

Integrierte Vollversorgung für Deutschland

Nach zahlreichen krankheitsbezogenen integrierten Versorgungsansätzen soll jetzt in Deutschland eine integrierte Vollversorgung aufgebaut werden. Die Prognos AG (Basel) schlägt aufgrund von Managed-Care-Erfahrungen in Deutschland und der Schweiz drei Grundmodelle vor, wie die integrierte Vollversorgung umgesetzt werden kann.

Michael Steiner, Leo Buchs

Der erste Versuch in Deutschland im Jahr 2000, integrierte Versorgung einzuführen, ist aufgrund fehlerhafter Anreizstrukturen gescheitert. Mit dem seit dem 1. Januar 2004 geltenden GKV¹-Modernisierungsgesetz sind die Rahmenbedingungen optimiert worden. Insbesondere die finanziellen Anreize durch ein IV-Budget in Höhe von rund 680 Millionen Euro pro Jahr haben zu einem Wettlauf

der IV-Modelle geführt. Um möglichst viel vom diesem IV-Budget abschöpfen zu können, werden derzeit in Deutschland indikationsbezogene IV-Verträge aus dem Boden gestampft.² Diese IV-Verträge beziehen sich hauptsächlich auf ausgewählte Krankheitsbilder oder Behandlungsformen (wie Endoprothetik, Kardiologie/Chroniker-Versorgung KHK³ etc.), um die Schnittstellenproblematik der bisherigen Regelversorgung zwischen einzelnen Sektoren und bei einzelnen Krankheitsbildern zu beheben.⁴ Mit integrierter Versorgung als ganzheitlichem Ansatz haben diese Verträge jedoch nicht viel zu tun.

Dem ganzheitlichen Versorgungsansatz können nur integrierte Versorgungsmodelle gerecht werden. Diese lassen sich – aufgrund der notwendigen Komplexität – nicht schnell aus dem Boden stampfen. Die Komplexität bezieht sich nicht auf das Versorgungsmodell an sich, sondern vielmehr auf die benötigten Steuerungsinstrumente für ein medizinisches und betriebswirtschaftliches Controlling. Die Komplexität ergibt sich daraus, dass integrierte Vollversorger die medizinische und ökonomische Verantwortung tragen für die eingeschriebenen Versicherten.

Grundlagen Versorgungskonzept

Für den Start integrierter Versorgung sind die Träger und die Anbieter entscheidend. Grundsätzlich können alle Anbieter im Gesundheitswesen und/oder Managementgesellschaften Träger einer IV-Gemeinschaft sein. Die direkte finanzielle Beteiligung der Krankenkassen ist in Deutschland aufgrund ihrer Rechtsform (Anstalt öffentlichen Rechts)



Michael Steiner



Leo Buchs

bisher noch nicht möglich. Der Prognos⁵ erscheint jedoch eine – wie auch immer geartete – Beteiligung der Krankenkassen unabdingbar beim Aufbau solch komplexer Organisationsformen. Die *Abbildung* stellt die Beziehungen der Beteiligten im Rahmen einer integrierten Versorgung dar. Der integrierte Versorger bietet der Krankenkasse ein Produkt an, welches die Krankenkasse wiederum

1 GKV: gesetzliche Krankenversicherung

2 Zirka 100 so genannte integrierte Versorgungsverträge bis Herbst 2004

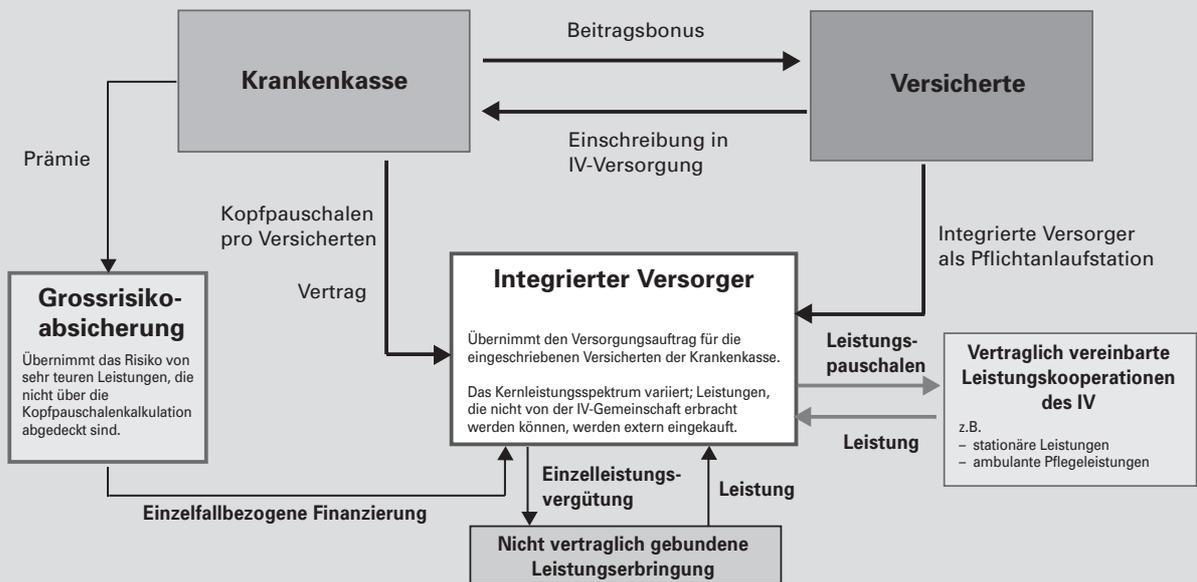
3 KHK: Koronare Herzkrankheit

4 Dies soll unter anderem auch durch die auf Bundesebene geförderten Disease-Management-Programme erreicht werden.

5 Die Prognos AG ist ein Wirtschaftsforschungs- und Beratungsinstitut, welches Politik und Wirtschaft mittels neutraler Analysen und Gutachten bei ihrer Entscheidungsfindung unterstützt. Ein zentrales Geschäftsfeld ist der Bereich Gesundheit & Soziales. Gegründet wurde die Prognos 1959 in Basel. Internet: www.prognos.com

Abbildung:

Grundstruktur einer integrierten Vollversorgung



Quelle: Prognos 2001, angepasst 2004

ihren Versicherten als Dienstleistungsprodukt in Verknüpfung mit weiteren Vertragsbestandteilen (Boni, als Pflichtanlaufstation IV-Gemeinschaft etc.) offeriert als alternative Versicherungsform. Der integrierte Versorger erbringt das Leistungsspektrum der Vollversorgung entweder in Eigenleistung oder kauft Leistungspakete oder Einzelleistungen ein (klassische «Make or buy»-Entscheidung).

Dieses Versorgungskonzept ist grundsätzlich nicht neu. Die hohen Anforderungen an die medizinischen und betriebswirtschaftlichen Steuerungsinstrumente und die fehlenden Anreizmechanismen haben aber bisher in Deutschland alle Beteiligten vor integrierten Vollversorgungsmodellen zurückschrecken lassen. Die medizinischen Steuerungsinstrumente beinhalten drei Steuerungsfelder, nämlich die Koordination, die Kommunikation und die Kooperation. Beispiele für medizinische Steuerungsinstrumente sind ärztliche Qualifikation, Präsenzzeiten, Praxisausstattung, Patientensteuerung bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen entlang der Leistungskette, evidenzbasierte Medizin/Leitlinien, Qualitätszirkel, Qualitätsindikatorenmessung,

Datenverarbeitungsstrukturen, Patientendossier sowie medizinische Auswahlkriterien für den Preferred-Provider-Ansatz.

Als betriebswirtschaftliche Steuerungsinstrumente dienen beispielsweise Kosten- und Leistungscontrolling (intern und extern), betriebswirtschaftliche Auswahlkriterien für die Preferred Provider und Marketing (wobei aktive Risikoselektion verboten bleibt). Dabei ist zu beachten, dass der Spielraum für Marketingaktivitäten in Deutschland bedeutend geringer ist als in der Schweiz.

Drei Grundmodelle integrierter Vollversorgung

Eine renommierte deutsche Krankenkasse hat nun die Prognos AG (Basel) beauftragt zu prüfen, ob es Geschäftsmodelle gibt, die diesen Anforderungen gerecht werden können. Dabei ist es zentral, dass die Anreize für die Krankenkasse und für den integrierten Versorger in die gleiche Richtung zielen.

Die Prognos schlägt in ihrer Studie basierend auf den Erfahrungen in Deutschland und der Schweiz drei Grundmodelle vor, welche die integrierte Vollversorgung in Deutschland umsetzen können.

Modell 1: «Integriertes Versorgungszentrum mit Ärztenetz»

- Zentrum erbringt fachärztliche, spezialisierte Leistungen.
- Hausarztnetz übernimmt flächendeckende Versorgung und stellt Gatekeeper- und Lotsenfunktion sicher. Besonders geeignet für verstädterte Region mit hohem Anteil multimorbider Versicherter. Beispiel aus der Praxis: HMO-Gesundheitsplan Basel (CH).

Modell 2: «Dezentrales Ärztenetz»

- Strukturierte Behandlung durch Ärztenetz: Der Patient wird entlang der Behandlungskette medizinisch begleitet.
- Satellitenstruktur (kleinräumige persönliche Zusammenarbeit bei überregionaler Gesamtstruktur). Besonders geeignet für ländliche Regionen mit geringer Anbieterdichte. Beispiel aus der Praxis: QP-Qualitätspraxen GmbH, Region Südbaden (D).

Modell 3: «Ambulantes Zentrum»

- Zentrale Erbringung der Gesundheitsversorgung für die Familie.
- Strukturierte Behandlung, Gesundheitsförderung und Servicequalität als zentrale Leistungsmerkmale.

Besonders geeignet für Ballungsräume mit hoher Anbieterdichte als Alternative zur bisherigen sektoralen Versorgung. Beispiel aus der Praxis: HMO-Zentrum (CH).

Damit Geschäftsmodelle der integrierten Vollversorgung für die Krankenkassen interessant sind, müssen die Risiken kalkulierbar sein. Die Vorteile der IV-Geschäftsmodelle liegen für die Kassen auf der Hand: Zum einen können sich die Krankenkassen im Wettbewerb absetzen. Zum anderen stärken integrierte Versorger den Wettbewerb unter den Leistungserbringern (beispielsweise durch Einzelverträge, hochwertige Versorgung, Exklusivrechte).

Die Risiken für die Leistungserbringer, zum Beispiel Fehlinvestitionen (falls das Geschäftsmodell von den Kassen zurückgezogen wird), lassen sich durch einen frühen Dialog und Erfahrungsaustausch mit den Krankenkassen minimieren.

Erfahrungen aus Deutschland und der Schweiz nutzen

Unternehmensstrukturen und Steuerungsinstrumente, die sich eignen, die medizinische und ökonomische Gesamtverantwortung zu übernehmen, wurden bisher nur punktuell erprobt. In Gänze wurden sie bisher nicht umgesetzt. Die Krankenkassen in Deutschland verfügen je nach Managed-Care-Vorgeschichte über Erfahrungen mit dem Einsatz einzelner betriebswirtschaftlicher und medizinischer Steuerungsinstrumente. Diese Erfahrungen müssen, neben den Erfahrungen der Managed-Care-Pioniere unter den frei praktizierenden Ärzten, genutzt werden, um komplexe integrierte Vollversorgungsmodelle aufzubauen. Darüber hinaus gilt es, die Erfahrungen und Steuerungsinstrumente aus den Schweizer Managed-Care-Modellen zu nutzen. Deutschland hat die notwendigen gesetzlichen Rahmenbindungen für die integrierte Vollversorgung ge-

schaffen. Jetzt müssen Leistungserbringer und Investoren gefunden werden, die über die indikationsspezifischen integrierten Versorgungsansätze hinaus integrierte Vollversorgung wagen. Basierend auf den bestehenden Erfahrungen können entsprechende Geschäftsmodelle entwickelt werden. ■

Autoren:

Michael Steiner

Prognos AG

Geschäftsfeldleiter

Gesundheit & Soziales

Aeschenplatz 7

4010 Basel

E-Mail:

michael.steiner@prognos.com

Leo Buchs

MHC Consulting

Inhaber

Leihgasse 44

6342 Baar

E-Mail: l.buchs@mhc-consulting.ch