

2 Modelle der integrierten Versorgung im Spannungsfeld zwischen Management und Politik

Volker Eric Amelung und Katharina Janus

Abstract

Nachdem der Gesetzgeber im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes erhebliche finanzielle Anreize gesetzt hat und gleichzeitig eine Abkehr von kollektiv orientierten Verträgen ermöglicht hat, ist die integrierte Versorgung in Deutschland im zweiten Anlauf in Fahrt gekommen. Grundsätzlich lässt sich differenzieren zwischen Produktintegration und Institutionenintegration. Zur Produktintegration gehören sowohl Ansätze des Disease Managements als auch sektor- und/oder disziplinenübergreifende Komplexpauschalen. Institutionenintegration umfasst horizontale und vertikale Integration. Beide Integrationsformen können in unterschiedlichen institutionellen Arrangements organisiert werden.

After the implementation of financial incentives as a part of the Health Care Modernization Act and the rejection of collective contracting, integrated delivery of care has picked up steam in Germany. In principle we can distinguish between product integration and institutional integration. The former deals with disease management approaches and cross-sectoral complex flat rates, the latter refers to horizontal and vertical integration. Both ways of integration can be managed within different institutional arrangements.

2.1 Einleitung

Vom ersten zum zweiten Quartal 2005 ist die Zahl der Verträge zur integrierten Versorgung von 643 auf 877 (Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung 2005) angestiegen. Unabhängig von der hohen Anzahl an Verträgen, die auch ein nicht unerhebliches Maß an Doppelzählungen beinhalten, haben die Diskussion und insbesondere die Aktivitäten auf Seiten der Leistungserbringer und -finanzierer eine Maturität erreicht, die zu nachhaltigen Veränderungen in der Struktur des Gesundheitssystems geführt haben. Somit kann konstatiert werden, dass nach den im Wesentlichen gescheiterten Vorgängermodellen durch das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) Rahmenbedingungen geschaffen wurden, die der integrierten Versorgung in Deutschland zum Durchbruch verholfen haben. Aber auch im internationalen Umfeld gehört die integrierte Versorgung sowohl aus wettbe-

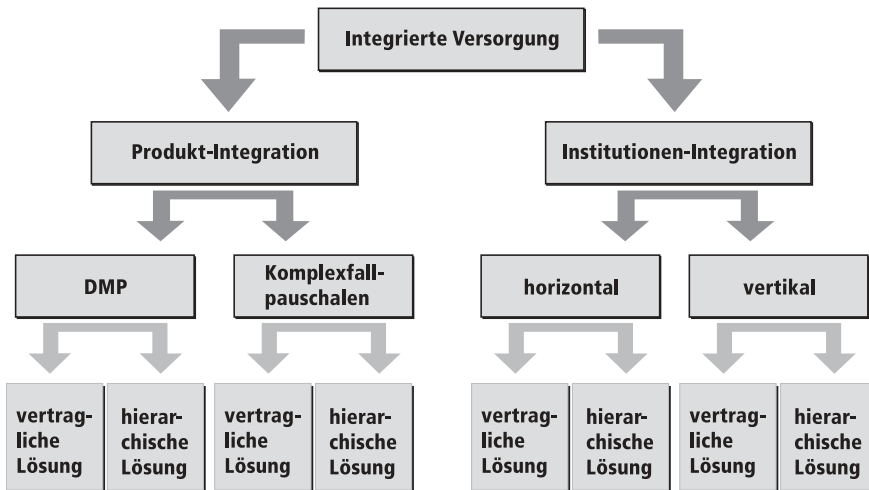
werbsstrategischer als auch aus gesundheitspolitischer Perspektive zu den bedeutenden Themengebieten. Entscheidend ist dabei, dass die integrierte Versorgung in ihren unterschiedlichen Facetten die zentralen Schwachstellen sämtlicher Gesundheitssysteme in entwickelten Ländern adressiert. Besonders hervorzuheben sind hier die Diskussionen zur Bedeutung chronischer Erkrankungen, demografischen Veränderungen, das Themengebiet „shared decision-making“, aber auch neue Technologie getriebene Kommunikationsmöglichkeiten, die ein anderes Ausmaß an Koordination ermöglichen (Anderson et al. 2003; Anderson et al. 2005; Bodenheimer und Grumbach 2002; Thorpe et al. 2004). Insofern wird das Themengebiet Integrationsversorgung auch nicht als Instrument im Rahmen der üblichen kurzfristigen Kostensenkungsdiskussionen adressiert, sondern vielmehr als Bestandteil einer strategischen Neuausgestaltung von Gesundheitssystemen bei sich wandelnden Anforderungen und Möglichkeiten. Bereits hier wird deutlich, dass das Forschungsfeld Integrationsversorgung vielschichtig und facettenreich ist und ein hohes Maß einer inhärenten Komplexität aufweist. Vor diesem Hintergrund sollen im ersten Abschnitt die unterschiedlichen Ansätze der integrierten Versorgung aufgezeigt werden. Die auch vom Gesetzgeber gewünschte Vertragsvielfalt führt dazu, dass Begriffe sehr unterschiedlich eingesetzt und verstanden (und somit auch missverstanden) werden. Entsprechend wollen wir daraufhin aufzeigen, dass integrierte Versorgung – genauso wie auch Managed Care – keine in sich geschlossene Theorie darstellt, sondern vielmehr eine Vielfalt an unterschiedlichen Ansätzen und Institutionen umfasst und somit auch nicht pauschal beurteilt werden kann (Amelung und Schumacher 2004). Anschließend werden die wesentlichen „Baustellen“ der integrierten Versorgung sowie Lösungsansätze skizziert. Hierbei ist es besonders wichtig, aus den Erfahrungen der gescheiterten Ansätze zu lernen. Neben fehlenden ökonomischen Anreizen war die erhebliche Unterschätzung der benötigten Managementkapazitäten bei der Umsetzung ausschlaggebend (Grumbach et al. 1998).

2.2 Modelle und Konzepte der integrierten Versorgung

In der einfachsten Form kann integrierte Versorgung als „Well planned and well organized set of services and care processes targeted at multiple needs/problems of an individual client or a category of persons with similar needs/problems“ (Nies und Berman 2004) verstanden werden. Es zeigt sich allerdings schnell, dass diese Definition nur unzureichend das komplexe Themenfeld integrierte Versorgung abbildet. Grundsätzlich können die im Rahmen der integrierten Versorgung zu treffenden Entscheidungen in drei Ebenen dargestellt werden (Abbildung 2-1).

Zunächst muss zwischen Produkt- und Institutionenintegration differenziert werden. Unter Produktintegration wird die klassische indikationsspezifische integrierte Versorgung verstanden. Dabei lassen sich grundsätzlich zwei Ausrichtungen unterscheiden: Auf der einen Seite gibt es Disease Management Programme (DMP), deren Ziel die Optimierung der Kommunikations- und Koordinationsprozesse auf verschiedenen Leistungsebenen darstellt. Auf der anderen Seite bestehen Komplexfallpauschalen, die ein primär wirtschaftlich optimiertes Leistungsbündel für eine bestimmte Indikation repräsentieren. Bei Leistungsprozessen wie beispiels-

Abbildung 2-1
Ebenen der Integration



Krankenhaus-Report 2005

WIdO

weise der totalen Endoprothese (TEP) werden schnittstellenübergreifend Einzelleistungen koordiniert. Klassisch im Sinne einer Wertschöpfungskettenoptimierung findet eine Isolierung der Einzelschritte der Leistungserstellung statt, um sie anschließend wieder zusammenzufügen. Häufig wurden hier sinnvollerweise zuerst Indikationen ausgewählt, bei denen die Leistungserstellung folgende Kriterien erfüllt:

- Die Komplexität des Leistungsprozesses ist verhältnismäßig niedrig,
- es handelt sich um einen elektiven Eingriff und
- die Mengenkompente (Anzahl Fälle und Kosten pro Fall) ist in der Regel sehr hoch.

Bei Institutionenintegration werden wiederum zwei Ebenen unterschieden. Auf der einen Seite die horizontale Integration, die auf die Erreichung von Skaleneffekten abzielt, sowie die klassische vertikale Integration, die das angebotene Leistungsprogramm in vor- und/oder nachgelagerte Versorgungsstufen ausdehnt. Dahinter steht das Konzept des „One-stop-shopping“, im Rahmen dessen dem Patienten eine integrierte und systematische Versorgung aus einer Hand angeboten werden soll (Janus 2003, Janus und Amelung 2005).

Als horizontale Integration bezeichnet man die Zusammenführung mehrerer ähnlicher Organisationen in einem System (The Institute for the Future 2000). Dahinter steht die Intention, Skaleneffekte und Effizienzgewinne zu realisieren, Marktanteile zu gewinnen und Markt- bzw. Verhandlungsmacht zu erhöhen (The Institute for the Future 1999; Johnson 1996). Als Folge entstehen Ärztenetze oder

Krankenhausketten, die in Bezug auf den Umfang der von ihnen angebotenen Leistungen stark variieren können.

Die horizontale Integration bewirkt jedoch – außer innerhalb der Institutionen – keinen kontinuierlichen Patientenfluss. Daher stellt die horizontale Integration häufig eine Vorstufe der vertikalen Integration dar, die eigenständig agierende Ärzte oder Krankenhäuser zu Systemen zusammenfasst. Um Transaktionskosten zu sparen, finden sich Leistungserbringer dann zumeist in einem zweiten Schritt zu vertikal integrierten Institutionen zusammen (Janus 2003; Buckley et al. 1999).

Die Terminologie der vertikalen Integration ist demgegenüber vielfältig. Vertikale Integration beschreibt die Einbeziehung von vor- oder nachgelagerten Produkten oder Dienstleistungen der Geschäftstätigkeit mit dem Ziel, die Wertschöpfungskette zu komplettieren und einen kontinuierlichen Patientenfluss sicherzustellen (Berkowitz 1996). Obwohl diese Form der Integration vielfältige Strukturen annehmen kann, sind einige Charakteristika konstitutiv:

- In der Regel wird ein gewisser Grad klinischer Integration entlang des gesamten Versorgungskontinuums erreicht, der über eine rein administrative oder finanzielle Integration hinausgeht.
- Die vertikale Institution ist mehr auf Prävention und Primärarztversorgung fokussiert.
- In der Regel übernimmt ein vertikal integriertes System neben dem medizinischen Risiko auch ein Teil oder das gesamte finanzielle Risiko.
- Das Rückgrat eines vertikal integrierten Systems stellt ein Informationssystem mit Dokumentations- und Kommunikationsbasis dar (Zelman 1996).

Das Ziel eines jeden integrierten Versorgungssystems ist es, Synergieeffekte zu schaffen und auf diese Weise Mehrwert zu generieren und einen Wettbewerbsvorteil zu erlangen (Coddington et al. 1996).

Aus institutionenökonomischer Sicht stellt sich sowohl für Produktintegration als auch für Institutionenintegration generell die Frage, ob virtuelle Netzwerke oder die Einbindung in ein Unternehmen (Hierarchie als Koordinationsmuster) als institutionelles Arrangement zu bevorzugen sind. Somit geht es aus unternehmerischer Sichtweise darum, Leistungen selber zu erbringen (hierarchische Organisation) oder sich partnerschaftlich als Netzwerk zu organisieren. In Bezug auf Transaktionskosten erscheint eine hierarchische Koordination vorteilhaft, da sie die bei marktlichen Verhandlungen inhärente Unsicherheit reduziert, opportunistische Handlungsmöglichkeiten begrenzt, Information leichter und schneller zugänglich macht (Riordan 1990) und dadurch den Koordinationsbedarf senkt. Daher ist einer der Gründe für die Leistungserbringung in hierarchischen Organisationsformen, dass Information im Markt nicht frei verfügbar ist. Sie muss „produziert“ (entdeckt, erfunden, gesucht oder auch verhandelt) werden und kann unter bestimmten Bedingungen ausgetauscht werden. Die Art, wie Information produziert, übertragen und glaubwürdig gemacht wird, charakterisiert hierarchische Organisationen entscheidend (Furubotn und Richter 1997).

Die Grabenkämpfe netzwerkartiger Organisationen werden in hierarchischen Organisationen eliminiert respektive reduziert. Idealerweise definiert ein hierarchisch organisiertes System eine zentrale Mission, die die gesamte Institution durchdringt. Bei rein netzwerkorientierten Organisationen hat in der Regel jede Ein-

heit eine eigene Mission, die mit der übergeordneten Zielsetzung in Konflikt stehen kann und zu Machtkämpfen – insbesondere in Bezug auf die Budgetverteilung – führt. In einer hierarchischen Organisation arbeiten alle auf ein übergeordnetes Ziel hin (Rea 1996). Das Ergebnis ist, dass Informations-, Verhandlungs-, Kontroll- und Anpassungskosten geringer sind und hierarchisch organisierte Systeme effizienter arbeiten können (Williamson 1986). Diese Tatsache beruht darauf, dass der externe Arbeitsmarkt als Antwort auf Opportunismus durch einen internen ersetzt wird. Im internen Arbeitsmarkt bezieht sich die Entlohnung auf die Stelle an sich und nicht auf den Angestellten. Auf diese Weise werden Einzelverhandlungen und Opportunismus reduziert (Pitelis 1991). Nichtsdestoweniger ist jeder Versuch, institutionelle Arrangements zu verändern und gleichzeitig die Anreizsysteme konstant zu halten, zum Scheitern verurteilt (Furubotn und Richter 1997). Ähnlich wie Marktversagen kann Hierarchieversagen auf Vertragsversagen zurückgeführt werden, nämlich das Versagen von Arbeitsverträgen. Dieses beruht auf dem mit Hierarchien verbundenen Konzept der Bürokratie (Williamson 1985, 1996). Die zusätzlichen Kosten der Bürokratie (Transaktionskosten hierarchischer Organisationen) werden als Ursache des Hierarchieversagens angesehen (Williamson 1996).

Verzerrte Anreizsysteme in Hierarchien schaffen Raum für Opportunismus in der Form, dass Ressourcen der Organisation für individuelle Ziele missbraucht werden (Williamson 1975, 1985). Dieser Tatsache kann nur entgegen gewirkt werden, indem entweder Kontrollmechanismen (Furubotn und Richter 1997) oder Anreizsysteme in Hierarchien implementiert werden (Janus und Amelung 2004a). Denn verzerrte Anreize können dazu führen, dass nicht nur im Sinne des Unternehmens, sondern auch aus Eigennutz interveniert wird. Dies ist in integrierten Versorgungssystemen von besonderer Bedeutung, da oftmals gegensätzliche Interessen der einzelnen Akteure eine Rolle spielen und sowohl klinische als auch wirtschaftliche Interessen miteinander vereint werden müssen.

Diese Überlegungen werfen Zweifel auf die Vorteile von Hierarchien im Vergleich zu virtuellen Netzwerkorganisationen. Mit der Größe der Organisation nehmen die Kontrollprobleme zu und überkompensieren die gewonnenen Vorteile (Williamson 1985). Daher scheint eine Organisationsform zwischen marktlicher und hierarchischer Organisation von Vorteil zu sein (Janus 2003; Robinson und Casalino 1996).

Aus der dargestellten Systematik des Verständnisses von integrierter Versorgung wird offensichtlich, dass eine einfache Beurteilung nicht zielführend ist. Jeder der vier dargestellten Stränge stellt grundsätzlich sinnvolle Lösungsansätze dar, die im Übrigen durchaus auch kombiniert werden können. Insbesondere vor dem Hintergrund sehr begrenzter Managementressourcen auf sämtlichen Ebenen des Gesundheitssystems bietet sich ein schrittweises Vorgehen an. Um kurzfristige Erfolge sicherstellen zu können, die für die Weiterentwicklung der integrierten Versorgung ausgesprochen wichtig sind, besteht die vielversprechende Option, zuerst relativ „einfache“ Integrationslösungen umzusetzen, um sich dann sukzessive komplexeren Fragestellungen zuzuwenden. Grundsätzlich hängt die Beurteilung allerdings primär von der Perspektive ab.

2.3 Integrationsansätze im Lichte unterschiedlicher Perspektiven

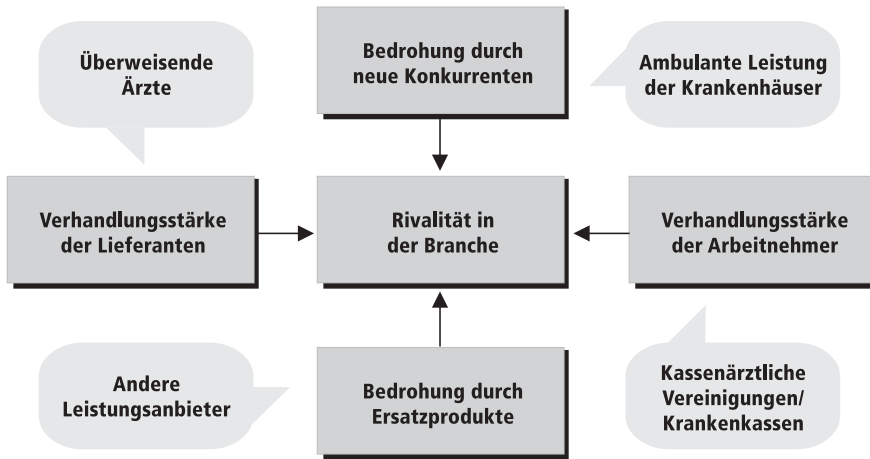
Eine wesentliche Schwachstelle in der Diskussion über integrierte Versorgung ist, dass nahezu grundsätzlich davon ausgegangen wird, dass Interessenharmonie zwischen den verschiedenen Beteiligten besteht. Bei näherer Betrachtung zeigt sich allerdings deutlich, dass sowohl die Ziele der mittel- und unmittelbar Beteiligten als auch die gewählten Strategien erheblich divergieren.

Aus Sicht der Gesundheitspolitik findet eine Beurteilung entlang der Dimensionen Qualität, Kosten und Zugang statt. Dabei ist es für die Gesundheitspolitik entscheidend, dass über die integrierte Versorgung die Qualität erhöht wird, respektive strukturelle Schwachstellen der Gesundheitssystemgestaltung aufgehoben werden und dies, wenn möglich, nicht nur zu gleichen, sondern zu niedrigeren Kosten. Um dieses umzusetzen, bieten sich aus gesundheitspolitischer Sicht zwei strategische Optionen: Handlungsspielräume durch mehr Freiräume zu schaffen oder, wie im Rahmen des GMG gewählt, in erheblichem Umfang finanzielle Anreize zu setzen. Aus Sicht der Gesundheitspolitik ist dabei besonders attraktiv, dass die finanziellen Anreize nicht aus eigenen Mitteln bestritten, sondern durch Umverteilungen finanziert werden. Idealerweise greifen die Akteure die durch die gesundheitspolitischen Strategien angestrebten Ziele auf. Aus gesundheitspolitischer Sicht ist es dabei unbedeutend, welcher der Akteure die Initiative ergreift. Auf die integrierte Versorgung übertragen bedeutet dies, dass es keine unmittelbare Präferenz gibt, ob sie von Krankenkassen, Krankenhäusern, Ärztenetzen oder Dienstleistungsgesellschaften initiiert wird. Erfahrungsgemäß führt allerdings ein derartiger Handlungsspielraum zu der inhärenten Gefahr, dass Marktteilnehmer sich nicht im Handlungszwang fühlen, sondern auf die Aktionen der anderen warten. Dieses kann zu einem Gefangenendilemma führen oder – wie bereits häufig in der Gesundheitspolitik gesehen – zu erheblichen Zeitverzögerungen bis hin zum Stillstand. Gerade vor diesem Hintergrund erscheint es zwingend notwendig, sich intensiv mit den Zielsetzungen der Leistungserbringer und -finanzierer auseinander zu setzen. Darüber hinaus muss die Perspektive der Patienten betrachtet werden, da sowohl in den in Deutschland existierenden Einschreibemodellen als auch in reinen Wettbewerbsmodellen im Endeffekt die Nachfrage entscheidend für die Gestaltung der Angebote ist.

Aus Sicht der Leistungsfinanzierer und Leistungserbringer erfolgt die Beurteilung integrierter Versorgungsansätze nach wettbewerbsstrategischen Kriterien. Konkret bedeutet dies, dass die Möglichkeiten der integrierten Versorgung generell nur daraufhin beurteilt werden können und sollen, ob sie sich dazu eignen, unternehmensindividuelle Ziele zu erreichen. Die Entscheidung über das Engagement in neuen Versorgungsformen wird also im Rahmen des klassischen betriebswirtschaftlichen Entscheidungsprozesses analysiert. Auf der Basis umfangreicher Marktforschung werden unterschiedliche strategische Optionen auf ihre Eignung zur Umsetzung definierter Ziele überprüft. Im Sinne der Ansoff Matrix (1965) besteht die Möglichkeit, entweder die Produkte zu verändern oder beizubehalten und/oder in bestehenden oder neuen Märkten zu agieren.

Die Beurteilung, welcher Ansatz aus strategischer Sicht Erfolg versprechend ist, kann entlang des „Five-Forces-Modells“ von Porter (1980) erfolgen und im-

Abbildung 2-2
Das „Five-Forces-Modell“ nach Porter (1980)



pliziert sowohl produktorientierte als auch institutionenbasierte Integrationsansätze (Abbildung 2-2).

Im Folgenden sollen die fünf Dimensionen anhand von konkreten Beispielen näher betrachtet werden. So stellt sich die Marktrivalität für ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung in einem völlig übersättigten Markt wie Berlin anders dar als für ein Krankenhaus im ländlichen Bereich. So wird im Berliner Beispiel die Wettbewerbsintensität derart stark sein und zu einem Verdrängungswettbewerb führen, dass horizontale Integration vielversprechend erscheint, um Rationalisierungseffekte auf derselben Ebene zu erschließen. Ein Zusammenschluss von mehreren Häusern kann sowohl höhere Kapazitäten des verbleibenden Marktvolumens absorbieren als auch einfacher Überkapazitäten abbauen. Aber auch eine vertikale Integration von vor- und nachgelagerten Produktionsstufen ist in einem hart umkämpften Markt ein sinnvoller strategischer Ansatz. So kann es die strategische Zielrichtung sein, durch den Aufbau von medizinischen Versorgungszentren im ambulanten Sektor das Einweisungsverhalten zu beeinflussen und damit den Patientenfluss zu steuern. Somit wird das Krankenhaus weniger vulnerabel hinsichtlich des Verhaltens der zuweisenden Ärzte. Gleichmaßen kann die Marktposition durch Integration nachgelagerter Versorgungsstufen nachhaltig gestärkt werden. Die dargestellten Argumentationslinien lassen sich natürlich nicht direkt auf ein Krankenhaus in einem ländlichen Umfeld übertragen. Hier steht nicht der Abbau von Überkapazitäten oder die Sicherstellung von Zuweisungen im Vordergrund, sondern das Erschließen von Rationalisierungspotenzialen durch koordinierte Behandlung.

Die zweite Dimension der Betrachtung stellt die Marktmacht der Zulieferer dar. Sowohl in gesättigten Märkten als auch im Fall der ländlichen Versorgung ist die

horizontale Integration eine geeignete strategische Option zum Aufbau von Marktmacht. Gleiches gilt auch für die Marktmacht der Abnehmer. Aufgrund der zunehmenden Möglichkeiten selektiven Kontrahierens werden Krankenhäuser versuchen, sich stärker in Verbänden zu organisieren, um der Gefahr zu entgehen, von der Leistungserstellung ausgeschlossen zu werden.

Darüber hinaus müssen Markteintrittsbarrieren sowie die Möglichkeit von Substitutionen analysiert werden. Aus Sicht eines Krankenhauses ist sowohl der Markteintritt von Vertragsärzten über ambulantes Operieren eine Bedrohung als auch Angebote ausländischer Krankenhäuser zur Erbringung elektiver Leistungen. Substitutionseffekte können dann auftreten, wenn Leistungen nicht mehr operativ, sondern medikamentös erbracht werden. Nur aus diesen exemplarischen Ausführungen wird deutlich, dass der Betrachtungswinkel diametral unterschiedlich ist zur Perspektive der Gesundheitspolitik, und zwar völlig unabhängig davon, ob Arztnetzwerk, Krankenkasse oder Krankenhaus.

Aus Patientensicht ist der Blickwinkel in weiten Teilen identisch mit dem der Gesundheitspolitik. Er wird primär dadurch ergänzt, dass die Entscheidungsfreiheit für die Versicherten zentrale Relevanz aufweist und sie sich nicht ohne erhebliche Erwartungen an Zusatznutzen in dieser einschränken lassen werden (Havighurst 2001).

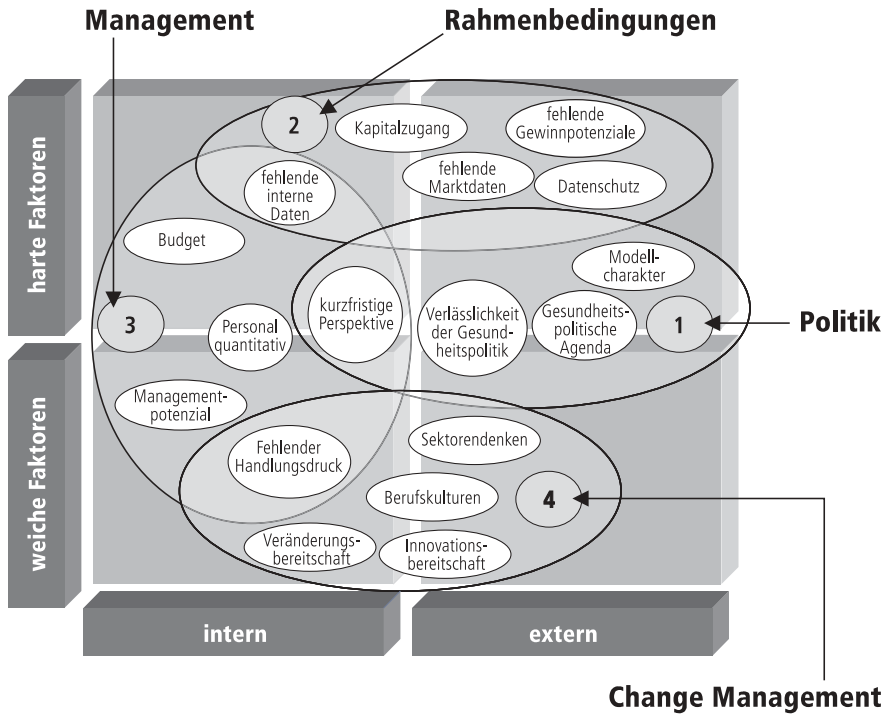
Die grundsätzliche Logik ist unabhängig davon, ob man die vorher skizzierte Produkt- oder Institutionenintegration betrachtet. Bei der Produktintegration ist logischerweise darüber hinaus zu berücksichtigen, wie sich diese Teilstrategie in die Gesamtstrategie einfügt. Hierbei ist insbesondere auf Kannibalisierungseffekte zu achten, bei denen man sich durch eine Teilstrategie in anderen Feldern selbst schädigt.

2.4 „Baustellen“ der integrierten Versorgung in Deutschland

Bei der Beurteilung von Erfolgs- und Misserfolgskriterien muss entlang der unterschiedlichen Zielsysteme differenziert werden (Amelung und Janus 2005). Im Gegensatz zu anderen Wirtschaftszweigen ist allerdings die Verknüpfung zwischen politischem Handeln und unternehmerischen Aktivitäten sehr viel enger und unmittelbarer. Entsprechend lässt sich häufig auch nur schwer zwischen politischen und unternehmerischen Problemfeldern unterscheiden. Allerdings zeichnet sich immer mehr ab, dass zumindest ein Teil der Verträge zur integrierten Versorgung der eigentlichen Intention des Gesetzgebers nicht entspricht und somit sich aus politischer Sicht die Frage stellt, ob zuviel Spielraum eingeräumt wurde.

Zu den aus der mehrjährigen Erfahrung der USA generierten abstrakten Erfolgs- und Misserfolgskriterien gilt es für die Diskussion in Deutschland einige spezifische „Baustellen“ zu berücksichtigen, die für die Umsetzung der integrierten Versorgung von Bedeutung sind (Janus und Amelung 2004b). Diese lassen sich unterteilen in primär interne versus externe Problemfelder, die entweder durch harte oder weiche Faktoren gekennzeichnet sind (Abbildung 2-3).

Abbildung 2-3
 „Baustellen“ der integrierten Versorgung



Diese gliedern sich in vier Hauptcluster, wobei es Schnittmengen gibt. Zunächst soll auf den ersten Cluster, der die Rahmenbedingungen für die integrierte Versorgung beschreibt, eingegangen werden. Er ist vorwiegend durch externe harte Faktoren gekennzeichnet, beinhaltet jedoch darüber hinaus auch „Grenzbereiche“, die weiche und interne Faktoren betreffen.

Integrierte Versorgung zielt darauf ab, vor- und nachgelagerte Bereiche wie z. B. Prävention und Rehabilitation in die Versorgungskette zu integrieren und auf diese Weise eine Versorgung „ohne Nahtstellen“ – die sog. „seamless care delivery“ – zu ermöglichen. Diese Sichtweise impliziert, dass langfristig und über Sektorengrenzen hinweg geplant, investiert und koordiniert wird. Der Anreiz zu derartigen Investitionen und strategischen Planungen hängt jedoch davon ab, ob für die Akteure die Möglichkeit besteht, langfristig einen Nutzen bzw. Gewinne aus ihrem Engagement ziehen. Andererseits sehen sich die Marktteilnehmer einer unsicheren politischen Lage gegenüber und reagieren dementsprechend zurückhaltend. Es sind zwar mit dem GMG die grundlegenden Voraussetzungen für integrierte Versorgung geschaffen worden, aber insbesondere Regelungen wie die einprozentige Anschubfinanzierung bis 2006 implizieren, dass Befristungen und Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen zu erwarten sind. Weiterhin ist die integrierte

Versorgung ein Thema unter mehreren anderen Themen, die aufgrund ihrer termingebundenen Einführung notwendigerweise Ressourcen binden.

Dennoch sind mit dem Inkrafttreten des GMG vielfältige Aktivitäten zur integrierten Versorgung initiiert worden. Allerdings haben viele dieser Ansätze lediglich Modellcharakter und die Leistungserbringer und -finanzierer „testen“ die integrierte Versorgung. Der Parallelismus von herkömmlichen Versorgungsstrukturen und der Möglichkeit, neue und innovative Versorgung aufzubauen, verhindert vielfach ein umfassendes Engagement. Anders als in den USA startete die integrierte Versorgung nicht aus einem freien Markt, in dem sich Strukturen nach Marktgesetzen entwickeln, sondern als Pilotprojekt in einem künstlich geschaffenen Wettbewerbsumfeld eingebettet in einen immer noch stark regulierten Gesundheitsmarkt.

Der zweite Cluster bezieht sich auf Rahmenbedingungen der integrierten Versorgung, die sowohl extern als auch intern begründet sind. Die entscheidende Frage für jedes unternehmerische Handeln ist die Verlässlichkeit, dass Gewinnpotenziale auch realisiert werden können. In einem stark politikdominierten Gesundheitswesen besteht die latente Gefahr, dass Gewinnpotenziale nicht langfristig gegeben sind, sondern im Rahmen einer nächsten Reform neutralisiert werden. Eng damit verbunden ist die Schwierigkeit, Risikokapital zu akquirieren, da dieses nur bei überproportionalen Gewinnmöglichkeiten in Märkte investiert wird. Darüber hinaus stellen Datenschutzgesetze in Deutschland eine Barriere dar, die die Informationsübermittlung und den Informationsaustausch zwischen Sektoren behindern und damit einer integrierten Versorgung vielfach im Wege stehen. Die Erfahrungen aus den USA haben allerdings gezeigt, dass die Implementierung von Informationstechnologie – obwohl mit hohen Investitionen verbunden – die entscheidende Funktion zur engmaschigen Vernetzung einer integrierten Versorgung darstellt (Janus 2003). Das benötigte Kapital muss zunehmend auch im privaten Sektor akquiriert werden – eine sicherlich in Deutschland noch unzureichend berücksichtigte Möglichkeit. Die Beteiligung des privaten Sektors an der Gestaltung integrierter Versorgungssysteme hängt allerdings ebenfalls wieder zum großen Teil von der langfristigen Verlässlichkeit der Gesundheitspolitik ab.

Der dritte Cluster umfasst im weiteren Sinne das Management. Dieser Bereich bezieht sich auf harte und weiche Faktoren, die intern begründet sind. Trotz erheblicher Anstrengungen in den letzten Jahren, die Managementkapazitäten sowohl auf der Seite der Leistungserbringer als auch auf der Seite der Leistungsfinanzierer zu erhöhen, sind diese nach wie vor ausgesprochen niedrig. Dies ist sowohl ein qualitatives wie quantitatives Problem. Konkret heißt dies, dass es sowohl an der notwendigen Qualifikation des bestehenden Mitarbeiterstammes mangelt als auch generell zu wenig Mitarbeiter in diesen Bereichen zur Verfügung stehen. Somit sind mehr und besser qualifizierte Mitarbeiter notwendig (Amelung 2003a, 2003b). Die Managementstrukturen im Krankenhaus sind beispielsweise auf „verwalten“ ausgerichtet und nicht auf die Entwicklung und Umsetzung neuer Geschäftsfelder. Es fehlen einerseits Mitarbeiter in ausreichender Zahl, andererseits sind die vorhandenen Mitarbeiter von ihrem Qualifikationspotenzial meistens ungeeignet, weil unterqualifiziert, derartige Aufgaben wahrzunehmen. Die Situation der Krankenkassen unterscheidet sich nicht grundlegend. Auch hier gibt es einen erheblichen Mangel an geeigneten und entsprechend qualifizierten Mitarbeitern, um integrierte

Versorgung in einem signifikanten Maße umzusetzen. Somit ist bei allen Beteiligten ein erheblicher Mangel an qualifiziertem Personal zu konstatieren. Dies lässt sich kurzfristig auch kaum beheben, da es weder die geeigneten potenziellen Mitarbeiter auf dem Arbeitsmarkt gibt noch die Möglichkeiten bestehen, in erheblichen Umfang „aufzurüsten“. Insbesondere die Krankenkassen sind gesetzlich in ihrem Handlungsspielraum sehr eingeengt und haben eher einen Personalüberhang. Kurzfristig könnte der Mangel an qualifizierten Mitarbeitern durch spezialisierte Beratungen oder Management-Gesellschaften kompensiert werden, wobei auch hier das Angebot an geeigneten Partnern sehr gering ist.

Der vierte Cluster beinhaltet weiche Faktoren, die zwischen dem internen und externen Bereich anzusiedeln sind. Im Wesentlichen geht es um Change Management bzw. die Veränderungs- und Innovationsbereitschaft im Gesundheitswesen. Das deutsche Gesundheitswesen ist wie kaum ein zweites durch starre Sektoren geprägt. Diese Sektorengrenzen stellen nicht nur Schnittstellen zwischen Vergütungssystemen dar, sondern sie sind gewissermaßen auch „mentale Kooperationsbarrieren“. Neben den scharf abgegrenzten Sektoren ist das deutsche Gesundheitswesen auch durch starke Berufsgruppenkulturen geprägt. Integrierte Versorgung beinhaltet aber nicht nur die Zusammenarbeit zwischen Sektoren, sondern auch die stärkere interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb der Sektoren.

Der letzte Aspekt betrifft die allgemeine Veränderungsbereitschaft des Gesundheitswesens. Obwohl in eines der dynamischsten Umfeldern eingebettet, ist das Gesundheitswesen ausgesprochen veränderungsresistent. Dies liegt nicht nur an den bereits mehrfach angesprochenen fehlenden personellen Ressourcen, sondern auch an dem fehlenden Handlungsdruck und der starken Dominanz ärztlicher Einflussnahme auf Entscheidungen (Degeling et al. 2003).

Entscheidend ist, dass in allen vier dargestellten Feldern „Blocking Issues“ vorzufinden sind. Folglich ist es auch nicht realistisch zu erwarten, dass einfache Lösungen gefunden werden können. Monokausale Lösungsansätze sind somit wenig Erfolg versprechend.

2.5 Fazit

Analysiert man die Baustellen in Deutschland sowie die weitaus umfangreicheren Erfahrungen aus den USA (Shortell et al. 2000; Draper et al. 2002; Janus 2003; Amelung und Schumacher 2004), so zeigt sich deutlich, dass das Kernproblem der integrierten Versorgung die als sicher wahrgenommenen Ausgaben zum Aufbau einer integrierten Versorgung bei gleichzeitig unsicheren Gewinnmöglichkeiten ist. Begründet ist dieses Spannungsverhältnis maßgeblich durch die mangelnde Verlässlichkeit sowohl der externen politischen Rahmenbedingungen als auch der internen kurzfristigen und auf operative Herausforderungen ausgerichteten Managementperspektive. Die Analyse der unterschiedlichen Zielsetzungen und Strategien hat deutlich aufgezeigt, dass die Akteure nur in einem geringen Umfang gemeinsame Ziele verfolgen und dieses auch deutlich transparenter gemacht werden sollte. So ist es auch bei der integrierten Versorgung unklar, ob durch diesen unternehmerischen Spielraum mit entsprechenden Gewinnmöglichkeiten geschaf-

fen werden soll und somit unternehmerische Vielfalt und Kreativität gefördert werden soll oder ob wiederum neue *geplante* Strukturen konzipiert, die parallel zur bereits existierenden Regelversorgung additiv hinzugefügt werden.

Die häufig vorgebrachte Argumentation, Investitionen in integrierte Versorgung seien in einem Kassenwettbewerb fatal, da durch optimierte Leistungsprozesse eine Risikoselektion initiiert wird, ist nicht haltbar. Studien zum Wechselverhalten zeigen deutlich, dass nicht die Hochkostenfälle wechseln, sondern primär junge und gesunde Versicherte.

Die Erfahrungen aus den USA zeigen auf, dass die Entwicklung von integrierten Versorgungssystemen einem „Trial-and-Error-Prozess“ unterworfen ist, der zu häufig unerwarteten Ergebnissen geführt hat. So konnten sich USA-weit agierende Arztnetzwerke bei weitem nicht in dem Maße durchsetzen wie erwartet, während kleinteilige Lösungen mit starkem lokalen Bezug sich oftmals ausgesprochen erfolgreich positionieren konnten. Eine der wesentlichen Lernerfahrungen aus den USA ist allerdings, dass der Aufbau integrierter Versorgungssysteme deutlich mehr Zeit benötigt als erwartet und keinen geeigneten Lösungsansatz zur Behebung kurzfristiger Probleme darstellt. Aus der Managementperspektive ist es selbstverständlich, kontinuierlich die erzielten Ergebnisse mit den festgelegten Zielen (Evaluation) zu vergleichen und aus den gewonnenen Erkenntnissen gegebenenfalls Korrekturen zu veranlassen. Darüber hinaus besteht allerdings rein aus gesundheitspolitischer Perspektive ein Interesse daran, die Ergebnisse zu evaluieren, um Grundlagen für zukünftige Handlungsperspektiven zu generieren.

2.6 Literatur

- Amelung V. Gesundheitsreformen: Managed Care und das Personalmanagement von Krankenhäusern. In: Topan A., Höppner H (Hrsg). Krankenhäuser im Wandel, 2003.
- Amelung V. DRGs und integrierte Versorgungssysteme: Neue Herausforderungen an das Personalmanagement von Krankenhäusern. In: Henke KD (Hrsg). Integrierte Versorgung und neue Vergütungsformen in Deutschland, Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft, Band 12, Baden-Baden: Nomos 2003.
- Amelung VE, Janus K. Erfolgsfaktoren für die integrierte Versorgung unter Einbeziehung von Erfahrungen aus den USA. In: Hellmann W (Hrsg). Handbuch integrierte Versorgung. 3. Erg. Lfg. 4/05.
- Amelung V, Schumacher H. Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement. 3. Auflage.
- Anderson G et al. It's the Price: Why the United States is so different from other Countries. Health Affairs 2003; 22 (3): 89–105.
- Anderson GF et al. Health spending in the United States and the rest of the industrialized world. Health Affairs 2005; 24(4): 903–14.
- Ansoff H. The firm of the future. Harvard Business Review 1965; 43(5): 162–78.
- Berkowitz EN. Essentials of Healthcare Marketing. Gaithersburg, Maryland 1996.
- Bodenheimer T, Grumbach K. Understanding Health Policy – A Clinical Approach. 3. Aufl., McGraw Hill 2002.
- Buckley MP, McKenna QL, Merlino DJ. Managed Care: Past, Present, Future. In: William J (Hrsg). Integrated Healthcare: Lessons Learned. 1999: 179–91.
- Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung. www.bqs-online.de Zugriff am 27. Juli 2005.
- Coddington DC, Moore KD, Fischer EA. Making Integrated Health Care Work. 1996.
- Degeling P et al. Medicine, management, and modernization: a “danse macabre”? British Medical Journal 2003; vol. 326: 649–52.

- Draper D et al. The changing face of Managed Care, *Health Affairs* 2002. Jan.-Feb.: 11–23.
- Furubotn E, Richter R. Institutions and Economic Theory – The Contribution of New Institutional Economics. 1997.
- Grumbach K et al. Primary care physicians' experience of financial incentives in managed-care systems. *New England Journal of Medicine* 1998; vol. 339: 1516–21.
- Havighurst C. Consumers versus Managed Care: The new class actions. *Health Affairs* 2001; July–Aug.; 8–27.
- Janus K. Managing health care in private organizations – Transaction costs, cooperation and modes of organization in the value chain. Frankfurt: Peter Lang Publishing 2003.
- Janus K, Amelung VE. (2004a), Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen – Anreizorientierte Vergütungssysteme für Ärzte. *zfo* 6/2004, 73. Jg: 304–11.
- Janus K, Amelung VE. (2004b). Integrierte Versorgungssysteme in Kalifornien – Erfolgs- und Mißerfolgskriterien der ersten 10 Jahre und Impulse für Deutschland. *Das Gesundheitswesen* 2004; 66: 649–55.
- Janus K, Amelung VE. Integrated health care delivery based on transaction cost economics – Experiences from California and cross-national implications. In: Savage G., Powell M. (Hrsg). *Advances in Health Care Management Volume 5 – International Health Care Management*. Elsevier Publications (erscheint im September 2005).
- Johnson RL. Hospital Governance in a Competitive Environment. In: Johnson EA, Brown M, Johnson RL (Hrsg). *The Economic Era of Health Care – A Revolution in Organized Delivery Systems*. San Francisco 1996; 180–96.
- Nies H, Berman PC. Integrating services for older people: a resource book for managers. European Health Management Association 2004.
- Pitelis C. Market and non-market hierarchies – Theory of institutional failure. 1991.
- Porter ME. *Competitive Strategies – Techniques for Analyzing Industries and Competitors*. 1980.
- Rea JR. Components of a vertically integrated system In: Boland P (Hrsg). *The Capitation Sourcebook*. 1996; 18–32.
- Riordan MH. What is Vertical Integration? In: Aoki M, Gustafsson B, Williamson OE (Hrsg). *The firm as a nexus of treaties*, London 1990; 94–111.
- Robinson JC, Casalino LP. Vertical integration and organizational networks in health care. *Health Affairs*, Spring 1996; 7–22.
- Shortell SM et al., *Remaking health care in America – The evolution of organized delivery systems*. San Francisco: Jossey Bass 2000.
- The Institute for the Future. *From hospital to health System: Taking a second look*. 1999.
- The Institute for the Future. *Health & Healthcare 2010*. San Francisco 2000.
- Thorpe KE, Florence CS, Joski P. Which medical conditions account for the rise in health care spending? *Health Affairs* 2004, Web Exclusive, W4: 437–45.
- Williamson OE. *Markets and hierarchies: Analysis and antitrust implications – A study in the economics of internal organization*. New York 1975.
- Williamson OE. *The economic institutions of capitalism – Firms, markets, relational contracting*. New York 1985.
- Williamson OE. *Economic organization – Firms, markets and policy control*. New York 1986.
- Williamson OE. *The mechanisms of governance*. New York 1996.
- Zelman WA. *The changing health care marketplace – Private ventures, public interests*. San Francisco 1996.