Integrierte Versorgung

Mit neuen Partnern *über alte Grenzen*

Die jüngste Gesundheitsreform verleiht der Integrierten Versorgung neue Schubkraft. Nutzen Kassen und Leistungsanbieter die Möglichkeiten? Anouschka Strang und Sabine Schulze ziehen eine erste Zwischenbilanz.

Wir kennen das. Wir müssen als Patient ins Krankenhaus und erhalten vom niedergelassenen Arzt ein Einweisungsformular sowie den Namen des Krankenhauses, in dem wir uns melden sollen. In der Eingangsuntersuchung im Krankenhaus soll dann geröntgt und Blut abgenommen werden. Schon wieder? Wir kennen auch das: Ein nachsorgender Facharzt verschreibt andere Medikamente als der Krankenhausarzt. Trotz gleicher Erkrankung. Welche Medikamente sind die geeigneten? Das gleiche gilt für unterschiedliche Behandlungsansätze: Welcher ist erfolgversprechender? Dem Patienten stellen sich in solchen Momenten viele Fragen, die oft unbeantwortet bleiben.

Abstimmungsmängel zwischen den Leistungsanbietern belasten nicht nur das Nervenkostüm des Patienten. Auch die Gesamtqualität und Effizienz des Versorgungsprozesses werden beeinträchtigt. Dies umso stärker, je komplexer das Krankheitsbild ist. Denn gerade Erkrankungen, die einen sektorübergreifenden Versorgungsbedarf verursachen, verlangen umfassende Behandlungskonzepte. Die Ausrichtung der Versorgungssektoren auf abgegrenzte Zuständigkeitsbereiche verhindert das. Heute müssen daher die Patienten oder auch deren Angehörige einen wesentlichen Anteil der Integrationsleistung übernehmen. Von Patienten wird allenthalben verlangt, dass sie

eigenverantwortlich handeln. Jedoch gibt es viel weniger Informationen und Transparenz über die Qualitätsunterschiede zwischen deutschen Krankenhäusern oder Ärzten, als beispielsweise über die Sicherheit von Autokindersitzen. Patienten genießen das Privileg der freien Arztwahl, wie aber treffen sie eine sinnvolle Auswahl aus dem Angebot an Leistungsanbietern?

Im Fachjargon heißen die dargestellten Probleme „Beeinträchtigung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung“ sowie „mangelnde Kundenorientierung“. Keine neue Diagnose des deutschen Gesundheitssystems. Ebenso wie die Ursachenanalyse, dass die Abstimmungsprobleme zwischen den Versorgungssektoren systemimmanent sind. Leistungsanbieter werden heute durch komplexe Bestimmungen der jeweils sektoral getrennten Modalitäten für Bedarfsplanung und Vergütung voranging dazu verleitet, individuelle Optimierungsstrategien zu betreiben. Beim Einzelnen wird damit das Bewusstsein einer medizinischen und ökonomischen Gesamtverantwortung für die Versorgung eines Patienten geschwächt.

> Patienten müssen heute ihre Behandlung häufig selbst managen.

Keine Patentrezepte. Klar sein sollte, dass Integrierte Versorgung ein ganz neues Versorgungsprodukt ist. Sie unterscheidet sich von der heutigen Gesundheitsversorgung dadurch, dass sie für ein vereinbartes Leistungsspektrum den gesamten Behandlungsbedarf eines Patienten berücksichtigt. Medizinisch ist dafür vor allem eine sektorübergreifend patientenorientierte Koordination der Leistungserbringung nötig. Für eine zugleich höhere Effizienz der Versorgung müssen auch die ökonomischen Aspekte medizinischer Entscheidungen – wiederum aus einer Gesamtverantwortung heraus – betrachtet werden. Dieses Verständnis ist nicht trivial, denn es erfordert für die Umsetzung vielfältigste bedarfs-, struktur- und regionenspezifische Alternativen. Integrierte Versorgungsmodelle sind weder von der Politik, von Kassen- oder Ärzteverbänden zentral entwickelbar, noch können sie prinzipiell flächendeckend ausgerollt werden.

In anderen Wirtschaftsbereichen zeigen sich Wettbewerbs- und Konkurrenzsituationen für die Entwicklung von Innovationen verantwortlich. Wettbewerbliche Such- und Entdeckungsprozesse können deshalb auch das Potenzial der Akteure für die Entwicklung innovativer integrierter Versorgungsmodelle wecken. Dabei führen Einzelverträge zwischen Krankenkassen und ausgewählten Leistungsanbietern zu Anbieterwettbewerb. Die Anbieter Integrierter Versorgung sind dann bestrebt, insbesondere im Vergleich zur sektoralen Versorgung einen Vorteil aufweisen zu können. Das zwingt sie, bei der Gestaltung ihres Angebots auf ein Höchstmaß an Qualität, Wirtschaftlichkeit und Orientierung an Patientenbedürfnissen zu achten. Kassen können Vertragsabschlüsse mit solchen Anbietern in Zukunft im Wettbewerb um Versicherte nutzen.

Durch die sektorübergreifende Ausrichtung der Leistungserbringung erhalten eingeschriebene Versicherte im Krankheitsfall ein umfassend koordiniertes und qualitätsgesichertes Spektrum an Behandlungsleistungen. Versicherte profitieren dabei zum Beispiel von der Auswahl hochqualifizierter und wirtschaftlich arbeitender Leistungserbringer, der Leitlinienorientierung von neuen Behandlungskonzepten und nicht zuletzt auch vom Verzicht auf überflüssige Leistungen. Wettbewerbliche Handlungsfreiräume schaffen eine zentrale Grundlage für wirkliche Strukturveränderungen.

Die Reform erweitert die Spielräume. Die jüngste Gesundheitsreform setzt neue Impulse für die Entwicklung der Integrierten Versorgung auf Basis von Einzelverträgen. Dabei ist die gesetzliche Definition von Integrierter Versorgung breit: Verträge nach Paragraph 140a Sozialgesetzbuch (SGB) V können „eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung“ beinhalten. Hierunter fallen zum Beispiel einfache Kooperationen zwischen einem Hausarzt und einem niedergelassenen Facharzt, die bereits vorhandenen Arztnetze, oder die Verbindung von mehreren Einzelleistungen zu einer Komplexpauschalleistung. Zudem können ganz neue Leistungsanbieter entstehen, die einen umfassenden Versorgungsauftrag – auch mit Budgetverantwortung – für ganze Versichertenpopulationen übernehmen. Diese populationsbezogenen Versorgungsverträge können auf bestimmte Indikationen beschränkt sein. Sie können aber im Rahmen von Vollversorgungsmodellen auch alle Indikationen einschließen und damit die Verantwortung für die medizinische Gesamtversorgung der Versicherten übertragen.

Integrierte Versorgung kann sozialrechtlich schon heute als Regelversorgung gelten. Somit müssen sich die Vertragspartner zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung sowie dem all-

Das steht im Gesetz

Vertragspartner nach Paragraph 140b Sozialgesetzbuch (SGB) V: Krankenkassen können Einzelverträge mit einzelnen Leistungserbringern oder Gruppen von Ärzten schließen. Auch Medizinische Versorgungszentren, Krankenhäuser oder Rehabilitationseinrichtungen sowie Managementgesellschaften können Vertragspartner werden. Für die neuen Verträge sind Kassenärztliche Vereinigungen nicht mehr als Vertragspartner vorgesehen. Ein Beitritt Dritter zu geschlossenen Verträgen ist nur mit Zustimmung aller Vertragspartner möglich. Innerhalb der Integrierten Versorgung dürfen die beteiligten Leistungserbringer sofern vertraglich vereinbart –von ihrem Zulassungsstatus abweichen.

Finanzierung nach Paragraph 140d SGB V: Bis zu einem Prozent der vertragsärztlichen Vergütungen und einem Prozent von allen Krankenhausrechnungen können von 2004 bis 2006 als Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung verwendet werden. Dadurch stehen jährlich etwa 220 Millionen Euro aus dem vertragsärztlichen Bereich und etwa 460 Millionen Euro aus dem akutstationären Bereich zur Verfügung. Im vertragsärztlichen Bereich gibt es darüber hinaus allgemeine Vorgaben zur Budgetbereinigung. Im Krankenhausbereich gilt: Nur zusätzliche Leistungen des Krankenhauses werden in der Integrierten Versorgung vergütet.

Illustration: Corbis

gemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts entsprechenden Versorgung verpflichten. Die Teilnahme der Versicherten an der Integrierten Versorgung ist freiwillig. Ein Teilnahmebonus ist möglich. Im Vertrag zwischen Kasse und integriertem Versorger ist außer dem Versorgungsauftrag auch die Vergütung festgelegt. Sie bezieht sich auf alle Leistungen des vertraglichen Versorgungsauftrags und umfasst dementsprechhend auch Leistungen von externen Leistungserbringern – sofern sie zur Erfüllung des Versorgungsauftrags benötigt werden. Die Übernahme von Budgetverantwortung ist ganz oder teilweise möglich. Der Sicherstellungsauftrag gilt im Rahmen der Integrierten Versorgung eingeschränkt. Im Gesetz ist geregelt, dass zur Finanzierung der Integrierten Versorgung von 2004 bis 2006 jährlich bis zu einem Prozent der ärztlichen Honorare und der Krankenhausrechnungen als Anschubfinanzierung verwendet werden können. Das sind etwa 680 Millionen Euro pro Jahr *(siehe Kasten „Das steht im Gesetz“ auf Seite 33)*. Bis Ende 2006 wird für den Bereich der Integrierten Versorgung keine Beitragssatzstabilität gefordert.

680 Millionen Euro stehen jährlich für die Integrierte Versorgung bereit. Das weckt Begehrlichkeiten.

Viele Vorschläge. Die ersten Angebote für Projekte zur Integrierten Versorgung gingen noch vor Inkrafttreten der jüngsten Gesundheitsreform bei den Krankenkassen ein. Bis heute erhielten die AOKs insgesamt rund 1.500 Vorschläge von Leistungsanbietern, Fachverbänden, Hilfsmittelherstellern, pharmazeutischen Unternehmen, Beratungsgesellschaften und anderen. Viele Anbieter haben Ideen und wollen für die Umsetzung finanzielle Unterstützung erhalten.

Etwa zwei bis drei Monate nach Inkrafttreten der Gesundheitsrefom liefen die internen Vorbereitungen, dann wurden die Krankenkassen auch nach außen sichtbar aktiv. Geplante Projekte oder bereits geschlossene Verträge zur Integrierten Versorgung taten die Kassen öffentlich kund. Hausarztverträge mit fachübergreifender ärztlicher Versorgung oder Komplexleistungen für Hüftoperationen wurden als neue Versorgungsformen vorgestellt, zunächst verhalten, im Laufe der Zeit aber immer schlagzeilenträchtiger. Offen bleibt, ob diese Projekte aus der Überzeugung heraus bekannt gemacht wurden, damit wirklich neue Versorgungskonzepte entwickelt zu haben, oder ob damit möglichst schnell Teile des gesonderten Finanz-Topfs verausgabt werden sollten und dem nur allzu verständlichen Beruhigungsbedürfnis der Politik entsprochen werden sollte.

Mit Blick auf die zahlreichen Angebote, die den Krankenkassen initiativ übersandt wurden, ist grundsätzlich hohes Engagement und Kreativität zu bezeugen. Dennoch konnten nicht viele dieser Angebote für weiterführende Verhandlungen verwendet werden. Oft ist es eine „alte Leistung in neuem Gewand“, die zusätzlich zur bisherigen Budgetvergütung aus den Mitteln der Integrierten Versorgung finanziert werden soll. Aussagen zum erforderlichen Qualitätsmanagement (zum Beispiel hinsichtlich Qualitätsindikatoren und Leitlinien) fehlen häufig völlig. Zudem werden oft hohe Vergütungsanforderungen gestellt, keine anreizkompatiblen Vergütungsstrukturen verwendet oder Kalkulationsgrundlagen nicht übersandt. In einigen Fällen werden zwar Preisnachlässe für Leistungskomplexe geboten, damit einhergehende Mengenausweitungen aber nicht thematisiert. Der Versorgungsauftrag insgesamt bleibt bei vielen Angeboten unklar. In der Regel gibt es zwar eine mehr oder weniger klare Zieldarstellung (etwa Vermeidung von Krankenhausaufenthalten, verbesserte Kooperation und sektorübergreifende Koordination). Die Instrumente und Methoden, um die Ziele zu erreichen, werden jedoch meist ebenso wenig genannt, wie die Art und Zahl der beteiligten Leistungserbringer sowie deren Verantwortungsbereich.

Erste Verträge. Angesichts der Angebotslage auf der einen und der hohen Zahl bereits abgeschlossener Verträge auf der anderen Seite sollten letztere genauer betrachtet werden. Derzeit groß in Mode geraten sind Verträge nach Paragraph 140a SGB V auf Basis eines indikationsbezogenen Konzepts. Im Rahmen von Komplexpauschalen werden den Kostenträgern Rabatte und den Versicherten medizinische Qualitätsgarantien zugesichert (zum Beispiel Verträge zu Knie-/Hüftgelenks-Totalendoprothesen). Hinter Konzepten für kardiologische und urologische Erkrankungen beispielsweise verbirgt sich in der Regel das Versprechen einer verbesserten Kommunikation und Koordination zwischen einzelnen niedergelassenen Haus- und Fachärzten gegen Zahlung einer Koordinationspauschale. Viele Hausarztmodelle basieren ebenfalls auf dem Versprechen besserer Kommunikation und Koordination gegen die zusätzliche Vergütung entsprechender Pauschalen.

Um nicht missverstanden zu werden: Solche Verträge können durchaus zu Verbesserungen im Vergleich zur jetzigen sektoralen Versorgung führen. Bei Komplexpauschalen können Qualität und Effizienz einzelner Behandlungsprozesse optimiert, Leitlinien beachtet und Wartezeiten verkürzt werden. Stärker kommunikationsbasierte Modelle können Informationsverluste zwischen Leistungsanbietern senken und im Rahmen von Qualitätszirkeln, Leitlinienorientierung, etc. die

Neue Versorgungsformen

Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Disease-Management-Programme (DMPs), Modellvorhaben und hausarztzentrierte Versorgung. Wo liegen die Unterschiede, wo sind die Schnittstellen zur Integrierten Versorgung? **DMPs** sind größtenteils sektorübergreifend mit der Zielsetzung eines optimalen Behandlungsprozesses angelegt. Sie sind weniger darauf ausgerichtet, Wirtschaftlichkeitspotenziale zu identifizieren und Zuständigkeiten und Organisationsformen zu verändern. **MVZ und hausarztzentrierte Versorgung** können zwar Bestandteile einer Integrierten Versorgung sein, berühren aber originär lediglich den vertragsärztlichen Bereich. **Modellvorhaben** beziehen sich eher auf die Möglichkeit einer wissenschaftlichen Evaluation neuer Behandlungsmethoden als auf die effiziente und effektive Neuordnung bestehender Versorgungsstrukturen. *Quelle: AOK-Bundesverband*

Versorgungsqualität erhöhen. Diese Konzepte gab es aber schon (lange) vor dem 1. Januar 2004 im AOK-System (etwa Verträge mit Komplexpauschalen für Knie- und Hüftgelenks-Totalendoprothesen in den AOKs Hessen und Rheinland, Mannheimer Hausarztmodell, Praxisnetz Nürnberg Nord). Ob die Mittel aus dem Topf für die Integrierte Versorgung ausgerechnet für solche Modelle genutzt werden sollten, ist zu hinterfragen.

Als Zwischenbilanz kann daher resümiert werden: Viele der angebotenen „innovativen" Projekte beruhen auf dem Leitsatz, möglichst viel von den Finanzmitteln der Integrierten Versorgung als extrabudgetäre Sondervergütungen „abzugreifen". Bei den seit Jahresbeginn publik gewordenen Verträgen handelt es sich letztlich vor allem um recht kleinteilige Ansätze der Integrierten Versorgung. Die Neuartigkeit – insbesondere bezüglich der Sektorüberwindung, der Übernahme einer umfassenderen Versorgungs- und Finanzierungsverantwortung oder Ausnutzung der wettbewerblichen Spielräume – hält sich immer noch in vorsichtig gehüteten sektoralen Grenzen. Sektorendenken ist weiterhin stark in den Köpfen der Akteure verankert.

Klar ist aber auch, dass wahrscheinlich nicht alle Integrationsprojekte, an denen Kassen und Leistungsanbieter zurzeit arbeiten, der Öffentlichkeit bekannt sind. Verträge mit höherem Integrationsgrad brauchen mehr Zeit als die Aushandlung einer Komplexpauschale. Und es gehört zu den wettbewerblichen Schutzrechten von Pionierunternehmern, dass diese Ideen der Öffentlichkeit zunächst vorenthalten werden.

Auf die Ziele kommt es an. Der Gesetzgeber lässt für die Entwicklung der Integrierten Versorgung bewusst viel Spielraum. Um Vertragsverhandlungen führen oder Verträge zur Integrierten Versorgung abschließen zu können, ist es dennoch notwendig, dass sich die (potenziellen) Partner über die Zielperspektive und damit die wesentlichen Bestandteile des Vertrags zur Integrierten Versorgung einigen.

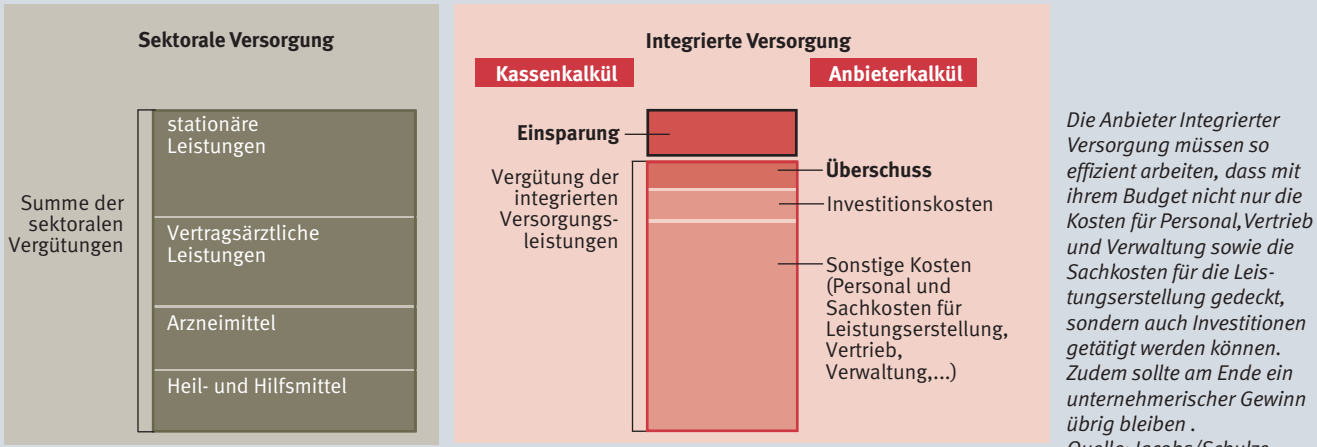
Oder anders ausgedrückt: Die Kalküle von Kassen und Anbietern müssen erfüllt sein, damit es zu einem Vertragsabschluss in der Integrierten Versorgung kommt. Damit der Vertrag dann auch in die Realität umgesetzt werden kann, müssen zudem die Interessen der Versicherten und Patienten berücksichtigt werden. Es muss sich für alle (langfristig) lohnen, sonst wird es keinen Entwicklungsschub für die Integrierte Versorgung geben. Die Abbildung *„Kalküle der Vertragspartner"* auf dieser Seite stellt schematisch ein integriertes Versorgungsangebot dar, das im Vergleich zur sektoralen Versorgung eine mindestens gleich hohe Versorgungsqualität aufweist. Für Krankenkassen wird ein Vertragsabschluss unter dieser Prämisse interessant, wenn die Leistungen des Integrierten Versorgers für die eingeschriebene Versichertenpopulation günstiger sind als die gleichen Leistungen im Rahmen der sektoralen Versorgung. Dann können Einsparungen erzielt werden, die der Kasse zufallen

> Von 1.500 Angeboten für neue Versorgungskonzepte an die AOK haben nur wenige überzeugt.

und für Bonuszahlungen an die Versicherten verwendet werden können. Ein Anbieter der Integrierten Versorgung wird dem Vertrag und der Vergütung unter anderem dann zustimmen, wenn sie ihm einen mindestens kostendeckenden Umsatz einbringt und einen Überschuss ermöglicht.

Um entscheiden zu können, welche Verträge zur Integrierten Versorgung abgeschlossen werden sollen, sind Zieldiskussionen auf Seiten der Leistungsanbieter wie auch der Krankenkassen zu führen. Auch die AOK-Gemeinschaft hat über Ziele, Erwartungen und Rahmenbedingungen hinsichtlich der Integrierten Versorgung beraten. Sie wird die Möglichkeiten der neuen Paragraphen nutzen, legt allerdings auf ein konsequent strukturiertes Vorgehen Wert. Genau definierte Anforderungen und Kriterien für Verträge zur Integrierten Versorgung gelten als Maßstab für jedes mögliche neue Versorgungsmodell. Verträge zur Integrierten Versorgung sollten ein Qualitätsmanagement auf Basis nachvollziehbarer Indikatoren und transparenter Qualitätsdokumentation vorsehen. Im Bereich der ökonomischen Anforderungen gilt: Nach der Anschubfinanzierung muss die Integrierte Versorgung bei mindestens gleicher Versor-

Kalküle der Vertragspartner



Die Anbieter Integrierter Versorgung müssen so effizient arbeiten, dass mit ihrem Budget nicht nur die Kosten für Personal, Vertrieb und Verwaltung sowie die Sachkosten für die Leistungserstellung gedeckt, sondern auch Investitionen getätigt werden können. Zudem sollte am Ende ein unternehmerischer Gewinn übrig bleiben .
Quelle: Jacobs/Schulze

Prämisse: Integrierte Versorgung bietet mindestens gleich hohe Qualität

gungsqualität kostengünstiger als die sektorale Versorgung erfolgen. Die Überwindung von Sektorengrenzen und der Abbau von Doppelstrukturen stehen im Fokus der notwendigen Strukturveränderungen. Im Rahmen der organisatorischen Anforderungen wird Wert auf Managementfähigkeit gelegt. Hier sind ein internes Regelwerk, Controllinginstrumente und Sanktionsmöglichkeiten als sinnvolle Bestandteile zu nennen.

Die Grenzen überwinden. Im bisherigen System stand die Eigenständigkeit der einzelnen Leistungserbringer nie ernsthaft in Frage. In der Überwindung dieser partiellen Zuständigkeiten liegt aber wesentliches Potenzial zur Steigerung der Versorgungsqualität und zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven. So einfach das klingt, so selten wird das in der Integrationsdebatte berücksichtigt. Heute gilt oftmals schon die „einfache" Kooperation zwischen Leistungsanbietern als „Integrierte Versorgung". Voraussetzung für eine echte Integration der medizinischen Versorgung sollte daher die Integration der einzelnen ökonomischen Kalküle aller beteiligten Leistungserbringer in eine Gesamtverantwortung sein. Nur mit der (zumindest teilweisen) Übertragung der medizinischen und ökonomischen Gesamtverantwortung an den Vertragspartner der Kasse steigen die Chancen einer wirtschaftlichen und bedarfsgerechten Versorgung. Es gibt dann keine Einzeltöpfe für Honorare, Arzneien und Kliniken mehr, sondern ein Gesamthonorar.

Wer Integrierte Versorgung praktizieren will, muss lernen. Das gilt für alle Beteiligten.

Management braucht Mut. Die Anforderungen an die Integrierte Versorgung und ihre Anbieter sind hoch. Insbesondere für populationsbezogene Versorgungsmodelle, deren Versorgungsspektrum (bis hin zu einer Vollversorgung) deutlich über die bekannten Komplexleistungen hinausgeht, sind noch einige Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Mutiges Umdenken sollte dabei an erster Stelle stehen. Da die Integrierte Verrsorgung bewusst mit althergebrachten Zuständigkeiten und Versorgungsschemata bricht, erfordert sie von allen Akteuren einen grundsätzlichen kulturellen Wandel. Kollektive und sektorale Denkstrukturen müssen überwunden werden.

Aber es stellen sich auch Entwicklungsaufgaben auf praktischer Ebene. Integrierte Versorgung erfolgt auf einzelvertraglicher Basis. Krankenkassen müssen daher neue Aufgaben im Vertragsmanagement wahrnehmen, zum Beispiel die Auswahl geeigneter Vertragspartner im Rahmen eines gezielten Einkaufsmanagements. Kriterien zur Auswahl geeigneter integrierter Versorger müssen dazu nicht nur aufgestellt, sondern auch vertraglich operationalisiert werden. Qualitätsanforderungen und ökonomische Anforderungen sind in ein justitiables Vertragswerk zu fassen und im Rahmen eines laufenden Vertragscontrollings zu überprüfen. Morbiditätsadjustierte Kopfpauschalen *(„Capitation"; siehe Glossar)* gewährleisten eine Integration der einzelnen ökonomischen Kalküle der heute getrennt agierenden Leistungserbringer in eine Gesamtverantwortung. Fragen der Risikoteilung zwischen Anbieter und Kasse sind auszutarieren und können anfänglich auch andere Vergütungsformen vorsehen. Die Kasse steht dabei vor der Aufgabe, eine Vergütung zu finden, die das Erreichen der Versorgungsziele unterstützt und zugleich Risikoselektions- und Rationierungsanreize seitens des integrierten Anbieters vermeidet.

Zugleich können sich Krankenkassen mit den integrierten Versorgungsmodellen im Wettbewerb um Versicherte positionieren. Deshalb sollte ihr Hauptaugenmerk auf dem Vertragsmanagement (Auswahl der integrierten Versorger, Vertragsverhandlungen, -controlling etc.) liegen. Hier haben Kassen individuelle Entscheidungsspielräume und sollten diese als „player" im Sinne ihrer Versicherten nutzen.

Auch den Leistungsanbietern stellen sich anspruchsvolle Entwicklungsaufgaben. Integrierte Versorger existieren im sektoralen System nicht, sie müssen sich als Vertragspartner der Kassen erst bilden. Neue sektorübergreifende Behandlungs- und Organisationsstrukturen sind zu entwickeln. Dazu muss geklärt werden, wer in welcher Form als Vertragspartner gegenüber der Kasse auftritt. Wird zum Beispiel eine Managementgesellschaft gegründet, die selbst keine Leistungen erbringt? Findet sich eine Gemeinschaft zusammen oder übernimmt ein einzelnes Krankenhaus oder Arztnetz einen sektorübergreifenden Versorgungsauftrag? Zudem ist zu klären, welches sektorübergreifende Behandlungsspektrum angeboten werden soll. Einzelne Leistungskomplexe, eine Versorgung einzelner Indikationen oder eine Vollversorgung? Wie viele und welche Leistungserbringer sind dafür nötig? Wie sollen diese vertraglich eingebunden werden? Welche Leistungen werden selbst, welche über externe Kooperationspartner erbracht?

Umdenken ist gefordert. Anbieter Integrierter Versorgung müssen ihr Angebot bei mindestens gleicher Qualität effizienter als die sektorale Versorgung erbringen können. Dazu gehören im Rahmen eines medizinischen und betriebswirtschaftlichen Managements der Einsatz von Steuerungsinstrumenten wie etwa Case-Management, Leitlinien und eventuell auch Gatekeepingstrategien und in jedem Fall ein umfassendes internes Qualitäts- und Kostencontrolling. Integrierte Versorger müssen

Lesetipps

- **Jacobs, K./Schulze, S. (2004):** Wettbewerbsperspektiven integrierter Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung; in: Cassel D. (Hrsg.): Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen. Nomos-Verlag Baden-Baden. S. 89-110
- **Amelung, V. E./ Schumacher, H./Amelung, A. (2004):** Managed Care - Neue Wege im Gesundheitsmanagement; dritte Auflage, Gabler Verlag, Wiesbaden.
- **Henke, K-D./Rich, R. F./ Stolte, H. (2004):** Integrierte Versorgung und Neue Vergütungsformen in Deutschland: Lessons Learned from Comparisons of Other Health Care Systems; Nomos Verlag, Baden-Baden.
- **Preuß, K-J./Räbiger, J./Sommer, J. (2002):** Managed Care: Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle, Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA; Schattauer-Verlag, Stuttgart.

ökonomische Verantwortung für den Versorgungsauftrag übernehmen. Das heißt, sie gehen konzeptionell deutlich über die heutigen Arztnetzprojekte hinaus. Eine zentrale Aufgabe wird deshalb in der internen Vergütung der beteiligten Leistungserbringer aus dem (Kopfpauschalen-)Budget des Anbieters liegen. Nicht zuletzt ist die Integration der beteiligten Leistungserbringer durch betriebstechnische Instrumente wie Informationstechnologien zum Datenaustausch und kommunikationsorientierte Instrumente wie Qualitätszirkel und Teambesprechungen organisatorisch umzusetzen. In das neue Rollenverständnis zu finden, die anstehenden Entwicklungsaufgaben zu lösen und damit auch umfassendere Integrationsmodelle mit nennenswerten, auf Verbesserungen der Versorgung ausgerichteten Konzepten bis hin zu einer Vollversorgung aufbauen zu können, all das verlangt von den jeweiligen Akteuren einiges an finanziellen wie auch personellen Ressourcen, Mut und Zeit. Die gesundheitspolitische Öffentlichkeit sollte daher nicht auf eine rasche Umsetzung der Integrierten Versorgung drängen. Dies widerspricht dem wettbewerblichen Gedanken. Ob in möglichst kurzer Zeit möglichst viele Verträge abgeschlossen werden, ist kein Maßstab für den Erfolg.

Auf zu neuen Ufern. Der Einstieg in den Vertragswettbewerb auf Leistungserbringerseite ist geschafft, der Ideen- und Umsetzungswettbewerb für patientenorientierte Behandlungskonzepte hat begonnen. Die positiven Einschätzungen sollen aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es auch kritische Aspekte gibt. Die aufgezählten Entwicklungsaufgaben verlangen einen hohen Ressourcenbedarf. Die Ausnahme vom Gebot der Beitragssatzstabilität ist auf dem Papier ein freundliches Angebot, in der Realität aber kaum nutzbar.

Und auch das Budget, das für die Integrierte Versorgung zur Verfügung steht, ist ambivalent zu bewerten: Auf der einen Seite schafft es finanzielle Klarheit, sichert „schnelles Geld“ und weckt die Kreativität bei Anbietern und Krankenkassen. Auf der anderen Seite zeigt sich schon heute: Diese Mittel werden – insbesondere unter politischem Druck – oft schnell für kleinteilige Integrationsansätze, die sich kaum vom Status quo unterscheiden, ausgegeben. Zudem werden die noch ausstehenden Bereinigungsmodalitäten durch das Ein-Prozent-Budget keinesfalls ersetzt. Durch eine unveränderte Bedarfsplanung im vertragsärztlichen Bereich und die Krankenhausplanung bleibt die Problematik von teuren Doppelstrukturen zudem bestehen. Auch die Frage von Doppelvergütungen wird nicht hinreichend gelöst. Die sektoralen Budgets müssen immer noch strukturell bereinigt werden, das heißt Leistungen, die in der Integrierten Versorgung erbracht werden, müssen in ihrer Zahl aus den bestehenden Budgets herausgerechnet werden. Diese gravierenden Probleme aufgrund kollektiver und einzelvertraglicher Parallelstrukturen beinhalten die Gefahr, dass Integrierte Versorgung zu einem add-on zu bestehenden Kollektivverträgen wird. Das Budget von etwa 680 Millionen Euro darf darüber hinaus auch nicht darüber hinwegtäuschen, dass es für umfassende integrierte Projekte erheblichen Finanzierungsbedarf gibt. Durch die gesetzliche Begrenzung der Anschubdauer auf drei Jahre kommen Finanzierungen über den Kapitalmarkt nicht in Frage. Ob im Ergebnis neue Ufer erreicht werden oder alle Akteure weiterhin im alten Fahrwasser kreuzen, hängt zum einen vom Engagement der Akteure der Integrierten Versorgung ab. Vielfältige und umfassende Integrierte Versorgungsmodelle sind möglich, erfordern aber klare Kriterien zur Auswahl geeigneter Anbieter, die Lösung von Entwicklungsaufgaben und nicht zuletzt ein neues vertragswettbewerbliches Rollenverständnis der Akteure. Für diese Aufgaben ist ein längerer Atem nötig. Vertragliche Schnellschüsse können ihr Ziel verfehlen. Die weitere Nutzung der neuen Vertragsmöglichkeiten hängt auch von den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen ab 2007 ab. Der Gesetzgeber muss weitere Reformen also bald angehen, um Planungssicherheit für alle Akteure zu schaffen.

Integrierte Versorgung kann nicht alle Probleme des Gesundheitswesens lösen. Sie kann aber dazu beitragen, dass mehr sektorübergreifende, transparente, patientenorientierte und effiziente Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung realisiert wird. In ihr steckt mehr Potenzial, als in der ersten Welle vorrangig kleinteiliger Modelle zum Ausdruck kommt. ◆

Dr. Anouschka Strang *ist Leiterin der Stabsstelle „Neue Versorgungsformen“ im Geschäftsbereich Gesundheit des AOK-Bundesverbandes.* **Sabine Schulze** *ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsbereich „Gesundheitspolitik und Systemanalysen“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK.*

Glossar

■ **Vertragswettbewerb:** Hierbei basiert die Versorgung auf individuellen Verträgen zwischen Kassen und Leistungsanbietern, statt des heute dominierenden Gefüges aus sektoralen plan- und kollektivwirtschaftlichen Detailvorschriften. Mehr Anreize und Möglichkeiten zu flexiblen Verträgen in der Gesundheitsversorgung fördern die Überwindung der starren Sektorgrenzen und die Entwicklung neuer Integrierter Versorgungsformen. Eine solidarische Wettbewerbsordnung stellt sicher, dass erweiterte vertragswettbewerbliche Freiräume keine unerwünschten Wettbewerbswirkungen hervorbringen und wettbewerbliche Such- und Entdeckungsprozesse ihre positiven Steuerungswirkungen entfalten können.

■ **Integrierte Vollversorgung:** Integrierte Vollversorgung bezieht sich auf den Umfang des Versorgungsvertrags. Vollversorgungsmodelle bieten nicht nur einzelne indikationsspezifische Leistungen aus unterschiedlichen Versorgungssektoren an, sondern übernehmen für die eingeschriebenen Versicherten die gesamte Versorgungsverantwortung. Dies impliziert nicht, dass alle vereinbarten Leistungen vom Anbieter selbst erbracht werden müssen.

■ **Capitation:** Eine Capitation- oder Kopfpauschalenvergütung bedeutet, dass ein integrierter Versorger statt einer einzelleistungs- oder fallbezogenen Vergütung einen pauschalen Betrag je zu versorgendem Versicherten erhält. Eine morbiditätsorientierte Kopfpauschale ist nicht nur an Alter und Geschlecht, sondern auch am Krankheitsrisiko des Versicherten orientiert, so dass der Anbieter z.B. für die Versorgung chronisch Kranker einen höheren Vergütungsbetrag als für einen gesünderen Versicherten erhält.

■ **Registrierungsstelle:** Bei der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemeinsam geschaffenen Registrierungsstelle können Krankenkassen geschlossene Verträge melden. Die von Rechnungskürzungen betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäuser erhalten Auskünfte darüber, ob für ihre Region Verträge zur Integrierten Versorgung vorliegen. Bis Ende Juli dieses Jahres wurden der Registrierungsstelle etwa 100 Verträge gemeldet. Das geschaffene Verfahren strukturiert Informationsflüsse, schafft Transparenz und wird offenkundig von den Beteiligten angenommen.