

INTEGRIERTE VERSORGUNGSFORMEN - CHANCE FÜR EINEN OPTIMIERTEN RESSOURCENEINSATZ IM GESUNDHEITSWESEN

Author: Heike Wöllenstein
Techniker Krankenkasse,
Landesvertretung Hessen

Contact: Heike Wöllenstein
TK Landesvertretung Hessen
Saonstr. 3

D-60528 Frankfurt
TKLV-Hessen@t-online.de

Unabhängig davon, ob die Dynamik steigender Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) prioritär durch sinkende Beitragseinnahmen oder steigende Ausgaben bestimmt wird, bleibt die Kernfrage im gesundheitspolitischen `Tagesgeschäft`: "Wie können die Finanzmittel der GKV effizient eingesetzt werden, um die gesundheitliche Versorgung der Versicherten zu optimieren?"

Viele gesundheitspolitische Akteure - auch die Krankenkassen - haben in den vergangenen Jahren bessere Handlungsoptionen für die Implementierung integrierter Versorgungsformen in die Regelversorgung unseres Gesundheitssystems eingefordert. Man erhofft sich davon, dass die Aufhebung der sektoralen Abschottung den Weg für einen optimierten Ressourceneinsatz frei macht.

Der Gesetzgeber hat durch die Neuregelungen im Gesundheitsreformgesetz 2000 deutlich bessere Rahmenbedingungen geschaffen, um die Integrationsversorgung als quasi experimentelle Versorgungs- und Finanzierungsform zu fördern. Die Ziele der integrierten Versorgung knüpfen dabei an die grundsätzlichen Versorgungsziele "Wirtschaftlichkeit" und "Qualität" an. Eine sektorübergreifende Zusammenarbeit soll dazu beitragen, das Prinzip "Geld folgt Leistung" zu verwirklichen, damit die medizinische Leistungserbringung auf der jeweils adäquaten Versorgungsstufe erfolgt. Eine bessere Versorgungsqualität soll vor allem chronisch Kranken zugute kommen, deren Behandlung eine abgestimmte Versorgungskette verlangt.

Alle neuen Versorgungsmodelle setzen an den Schnittstellen zwischen den heutigen Versorgungssektoren an und stärken die klassischen Managementfunktionen im Gesundheitswesen wie Planung, Steuerung, Organisation, Koordination, Kommunikation, Evaluation.

Für die Krankenkassen sind die vertraglichen Neuregelungen im Gesetz von besonderem Interesse (§ 140 b ff.), da sie Gestaltungsmöglichkeiten eröffnen,

um auf Versorgungsabläufe, auf eine verbesserte Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, Überkapazitäten und Fehlanreize, Einfluss zu nehmen.

Zu begrüßen sind die erweiterten Handlungsoptionen, die sich explizit auf einzelne Krankenkassen beziehen und die auch auf der Seite der Leistungserbringer den Verbandsvorbehalt entfallen lassen. Die Regelung, dass neue Versorgungsmodelle nicht mehr am Veto der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) scheitern können, bedeutet für deren Sicherstellungsauftrag Sprengstoff, sofern sie nicht bereit sind, neue Wege mit zu beschreiten.

Derzeit existieren fast 300 begonnene oder in Gründung befindliche Projekte, die allesamt der integrierten Versorgung zuzurechnen sind. An einem dieser Modellvorhaben, das bereits am 1.10.1996 gestartet wurde, lassen sich typische Ziele, Instrumente, aber auch Schwierigkeiten von Netzprojekten aufzeigen: dem Praxisnetz Berlin (PNB). Das PNB ist von besonderem Interesse, weil es für die Neuregelung im Reformgesetz quasi Pate gestanden hat und für seine Finanzierung zudem erstmals ein kombiniertes Budget vereinbart wurde. Dies bedeutet, dass es ein gemeinsames Budget für Ärzte, Krankenhäuser und Arzneimittel gibt. Damit übernehmen Ärzte die Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung der Versicherten nicht nur in medizinischer, sondern auch finanzieller Hinsicht.

Eine erste ökonomische Bilanz zeigt, dass 1998 ca. 4,3 % des Gesamtbudgets von 14,6 Mio. DM eingespart wurden (633 000 DM). Die Einsparungen wurden zu je einem Drittel aufgeteilt:

- als Investitionsmittel für Strukturverbesserungen des Netzes
- als Sonderausschüttung für Netzärzte
- als Bonus für Versicherte in Höhe von je 120 DM.

Insgesamt kristallisiert sich heraus, dass sich das kombinierte Budget als Finanzierungsgrundlage bewährt. Denn es erlaubt dem Praxisnetz, Behandlungsverläufe patientenorientiert über alle einbezogenen Leistungsbereiche hinweg zu steuern.

Neben vielen positiven Ansätzen, wie die Erarbeitung von Behandlungsleitlinien für chronisch Kranke oder die höhere Präsenz der Netzärzte, steht dieses Netz - wie viele andere - vor weiteren Herausforderungen. So muss die Inanspruchnahme der Netzärzte und der Netzstrukturen durch Netzversicherte weiter intensiviert werden. Denn wenn Versicherte Leistungen außerhalb des Netzes in Anspruch nehmen, führt dies neben medizinischen Problemen auch zu Schwierigkeiten bei der Budgetbereinigung. Aufgrund der noch ausstehenden Evaluation ist zudem nicht bewiesen, ob die Qualität der Versorgung durch mehr Kooperation und Kommunikation tatsächlich verbessert wird.

Ob und in welchem Umfang integrierte Versorgungsformen zu mehr Effizienz im Gesundheitswesen beitragen, hängt davon ab, ob die damit verbundenen

Chancen auch tatsächlich genutzt werden. Hierzu bedarf es einer konkreten Zielbestimmung, was integrierte Versorgungsformen leisten sollen: z.B. eine optimierte Basis-versorgung in einem sektorübergreifenden Netz, oder den Aufbau von krankheits-zentrierten Versorgungsketten im Rahmen eines Disease Managements? Fragen, die nur vor dem Hintergrund bestehender regionaler Versorgungsstrukturen geklärt werden können.

Für viele Fragen, insbesondere im Zusammenhang mit der Finanzierung der integrierten Versorgung, besteht noch dringender Klärungsbedarf:

- Wie kann die Gesamtvergütung auf Ebene der KVen bereinigt werden, damit die integrierte Versorgung nicht zu einer Verteuerung der Gesundheitsversorgung führt?
- Wie können Mindeststandards des Versorgungsauftrages definiert werden, damit das Morbiditätsrisiko nicht voll zu Lasten der Integrationsversorgung geht?
- Welche Kosten verursacht das Netz - Management selbst?

Für die künftige Entwicklung einer sektor- und berufsgruppenübergreifenden Integrationsversorgung ist entscheidend, ob es gelingt, Instrumente für die Leistungs- und Mengensteuerung zu erarbeiten, die für alle Seiten kalkulierbare Risikogrößen beinhalten und gleichzeitig den Versorgungsbedarf adäquat aufgreifen und nicht zu einer Unterversorgung führen. Dabei ist es unverzichtbar, Versorgungskonzepte zu erarbeiten, die den stationären Sektor stärker einbeziehen.

Und zuletzt sollten wir uns über eines im klaren sein: Die Diskussion über neue Versorgungsformen ist wichtig, aber wir brauchen darüber hinaus weiterhin eine intensive Diskussion über die Finanzierungsbasis der GKV.