

Gesetzgeberischer Veränderungsbedarf zur Förderung von anspruchsvollen Integrierten Versorgungslösungen mit "Bevölkerungsbezogener Flächendeckung"

Anhörung Ausschuss für Gesundheit - Block IV-A Ärzte und Zahnärzte

Montag, den 13. November 2006

Verfasser: Helmut Hildebrandt, Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH

Wir arbeiten seit Jahren intensiv an Konzepten zur Umsetzung von anspruchsvollen § 140-Lösungen, insbesondere an Formen der "Bevölkerungsbezogenen Flächendeckung", wie es das GKV-WSG als Zielrichtung benennt. Eine der umfassendsten Lösungen, das Projekt "Gesundes Kinzigtal", haben wir vor kurzem in einem Aufsatz zusammen mit anderen Autoren beschrieben und in diesem Zusammenhang auch recht intensive Einblicke in die Struktur der dortigen Lösung gegeben. Sie finden den Aufsatz anbei im Anhang.

Zunächst sei fest gehalten, dass einige Ansätze im GKV-WSG unserer Meinung nach das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitspotenzial, das mit Integrierter Versorgung im deutschen Gesundheitswesen gehoben werden kann, richtig adressieren. So ist es sinnvoll, der Pflegekasse eine Andockmöglichkeit an IV-Verträge zu geben. So ist es sinnvoll, die Anschubfinanzierung zu verlängern. Und so erscheint uns sinnvoll, die sektoralen Budgetbereinigungsmöglichkeiten fester vorzugeben.

Bei den Vorarbeiten und der Umsetzung unserer eigenen Lösungen wie aber auch aus der Erfahrung der (noch zu wenigen) anderen anspruchsvollen Lösungen, ist uns eine Reihe von Problemen aufgefallen, die im Zuge der Beschlussfassung des GKV-WSG / Gesundheitsreform 2006 noch mit angegangen werden sollten. Unsere Ideen dazu haben eine Reihe von Ähnlichkeiten zu den Vorschlägen im Gutachten von Cassel et. al. für den AOK-BV "Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung", an anderen Stellen ergänzen sie diese noch durch andere Lösungsvarianten.

Es geht uns dabei vorrangig um Fragestellungen, die das Potenzial von Integrierten Versorgungsverträgen mit bevölkerungsbezogener Flächendeckung zugunsten einer Optimierung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung in den bisherigen Regelungen einengen:

- (a) Unzureichende Regelungen zum Umgang und zur Verarbeitung von Daten durch Managementgesellschaften der Integrierten Versorgung sowie ein Problem mit dem § 305a SGB V.
- (b) Unzureichende Bestimmungen zum Steuerrecht trotz des BMF-Schreibens vom 15. Juni d. J.
- (c) Sorgen in Verbindung mit einer Morbi-RSA Regelung bzgl. der Gefahr von systematischen Fehlanreizen bzgl. Prävention
- (d) Ausweitung / Fokussierung der Anschubfinanzierung
- (e) Arzneimittelversorgung in der Integrierten Versorgung

Dazu schildern wir jeweils kurz die Problematik und unsere Lösungsvorschläge:

(a) Unzureichende Regelungen zum Umgang und zur Verarbeitung von Daten durch Managementgesellschaften der Integrierten Versorgung

Problematik:

- *Die Managementgesellschaften der Integrierten Versorgung sind bisher im Gesamtkanon der Datenschutzregelungen des SGB V nicht berücksichtigt. Die Krankenkassen können zwar nach § 284 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zum Zweck der Durchführung eines Vertrages zur Integrierten Versorgung „Sozialdaten zum Zweck der Krankenversicherung“ erheben und speichern, sofern es für diesen Zweck **erforderlich** ist. Sie dürfen auch nach § 284 Abs. 3 S. 2 i.V.m. § 295 Abs. 1 b S. 1 SGB V die dort genannten Daten zu Zwecken der Integrierten Versorgung versichertenbezogen verarbeiten, „sofern dies für die Zwecke der Integrierten Versorgung **erforderlich** ist“. Welche Daten genau für Zwecke der Integrierten Versorgung erforderlich sind, kann dabei strittig sein. Die nicht von § 284 Abs. 3 S. 2 i.V.m. § 295 Abs. 1 b S. 1 SGB V erfassten Daten können nur mit Einwilligung der Betroffenen versichertenbezogen verarbeitet werden – und das sind die meisten. Dies wirft, bei einem Vertrag in Form der „bevölkerungsbezogenen Flächendeckung“ insbesondere in Bezug auf die nicht eingeschriebenen Versicherten große Probleme auf. Eine versichertenbezogene Übermittlung von Daten durch die Krankenkasse an die Managementgesellschaft ist aber unbedingt erforderlich, damit die Managementgesellschaft ihrem in § 140 b Abs. 3 S. 1 SGB V formulierten Auftrag einer „qualitätsgesicherten“ und insbesondere „wirtschaftlichen“ Versorgung der Versicherten nachkommen kann. Die weitere Verarbeitung der evtl. erhaltenen Daten durch die Managementgesellschaft ist sodann von Unsicherheit geprägt, da diese als „besondere personenbezogene“ Daten nach BDSG noch strengeren Zulässigkeitsvoraussetzungen der Verarbeitung unterliegen als „normale“ personenbezogene Daten (Details finden sich in einem ausführlichen datenschutzrechtlichen Gutachten, das den Verfassern vorliegt).*
- *Sonderproblem § 305a: Die im GKV-WSG vorgesehene Ergänzung des § 305a birgt die Gefahr, dass auch eine Managementgesellschaft nach § 140 keine arztbezogenen Auswertungen von Arzneimittelverordnungen mehr vornehmen kann. Zwar heißt es in der Begründung, weiterhin zulässig sei die Verarbeitung und Nutzung dieser Daten für die gesetzlich vorgesehenen Zwecke und diese seien u.a. „die Informationen der Ärzte über verordnete Leistungen“. Damit dürfte jedoch die Information der Ärzte im Rahmen eines Prüfverfahrens oder einer Beratung nach § 305 a S. 1 gemeint sein. Die Möglichkeit der arztbezogenen Auswertung von Arzneimittelverordnungen ist im Rahmen der Durchführung eines Vertrages zur Integrierten Versorgung unbedingt erforderlich (und von den beteiligten Ärzten auch gewünscht!), wenn der Anspruch, eine „qualitätsgesicherte, wirksame, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung des Versicherten“ zu gewährleisten, erfolgreich umgesetzt werden soll.*

Lösung:

- Die Zulässigkeit der Übermittlung aller versichertenbezogener Daten von der Krankenkasse an eine Managementgesellschaft sollte explizit im SGB V verankert werden. Geändert werden müssen insbesondere die datenschutzrechtlichen Vorschriften der § 284 Abs. 3 S. 2 SGB V auf § 295 Abs. 1 b S. 1 SGB V.
- Es ist eine gesetzliche Grundlage für die gemeinsame Dokumentation nach § 140 b SGB V zu schaffen, die klare datenschutzrechtliche Verantwortlichkeiten vorgibt.
- Um die Datenverarbeitung innerhalb einer Managementgesellschaft zu vereinfachen und gleichzeitig eine bessere Kontrolle dieser Datenverarbeitung zu ermöglichen, sollte eine Managementgesellschaft nach § 140 b Abs.1 Nr.4 mit dem Abschluss eines Vertrages zur Integrierten Versorgung in der Form einer "Bevölkerungsbezogenen Flächendeckung" mit einer Krankenkasse gleichzeitig den Status eines Leistungserbringers nach dem 4. Kapitel des SGB V erhalten.

- § 203 StGB, der den Bruch der beruflichen Schweigepflicht unter Strafe stellt, sollte auf Mitarbeiter einer Managementgesellschaft erweitert werden.
- Spezialthema § 305 a: Im Zusammenhang mit der geplanten Neuregelung des § 305 a SGB V sollte eine Vorschrift aufgenommen werden, die Managementgesellschaften die Möglichkeit der arztbezogenen Auswertung von Arzneimittelverordnungen im Rahmen von Integrierten Versorgungsverträgen mit „Bevölkerungsbezogener Flächendeckung“ ausdrücklich erlaubt.

(b) Unzureichende Bestimmungen zum Steuerrecht ... trotz des BMF Schreibens vom Juni d. J.

Problematik:

- *Die Managementgesellschaften der Integrierten Versorgung sind bisher im Steuerrecht nicht als medizinische Leistungserbringer, für die eine Befreiung von der Umsatzsteuer vorgesehen ist, definiert. Nach diversen Diskussionen und Vorschlägen definierte jetzt das Schreiben des Bundesministeriums für Finanzen vom 15. 6. 2006 an die obersten Finanzbehörden d. Länder, GZ: IV A 6 – S 7170 – 39/06, das nähere Verfahren: Danach teilen sich IV-Managementgesellschaften nach § 140 b Abs.1 Nr.4 SGB V auf in:*
 - *Umsatzsteuerfrei: MGs, denen „die vollständige bzw. teilweise ambulante und/oder stationäre Versorgung der Mitglieder unter vollständiger Budgetverantwortung übertragen wird ... = erbringen gegenüber der Krankenkasse eigene Behandlungsleistungen“*
 - *Umsatzsteuerpflichtig: Soweit MG lediglich Steuerungs-, Koordinierungs- und/oder Managementaufgaben übertragen wird = Auslagerung von Verwaltungsaufgaben*
- *Diese Beschreibung ist aber nicht zweifelsfrei – insbesondere kann der Begriff „vollständige Budgetverantwortung“ so interpretiert werden, dass eine variable Handhabung bzw. eine Einsparteilung, wie etwa im Modell Kinzigal vorgesehen, nicht darunter verstanden wird.*

Lösung:

- Eine Managementgesellschaft § 140 b Abs.1 Nr.4 sollte mit dem Abschluss eines Vertrages zur Integrierten Versorgung in der Form einer "Bevölkerungsbezogenen Flächendeckung" mit einer Krankenkasse gleichzeitig den Status eines Leistungserbringers nach dem 4. Kapitel des SGB V erhalten. Damit würde die Erbringung eigener Behandlungsleistungen noch einmal herausgestellt (dies hatte das BMF als bedeutsam für die Umsatzsteuerbefreiung angesehen).
- Zusätzlich sollte in der Begründung des Gesetzgebers für den § 140 eine nähere Erläuterung zu dem Begriff der Budgetverantwortung in Verbindung mit der "Bevölkerungsbezogenen Flächendeckung" erfolgen, die auch Varianten von Budgetverantwortung etwa im Sinne von Einsparteilungen als Erfüllung von Budgetverantwortung definiert. Ein Vorschlag hierfür ist in dem Punkt d) mit eingearbeitet.

(c) Kritische Hinweise in Verbindung mit einer Morbi-RSA Regelung bzw. genauer gesagt, einer eng morbiditätsadjustierten Auszahlung aus dem Gesundheitsfonds und der Gefahr von Fehlanreizen = Bestrafung erfolgreicher Prävention

Problematik:

- *Wenn der vorgesehene Morbi-RSA sowie der morbiditätsbezogene Anteil der Auszahlung aus dem Gesundheitsfonds auf der Basis von Arzneimittel- bzw. Krankenhauskosten der Vorjahre berechnet wird,*

kann ein fataler Fehlanreiz im Sinne eines „ungewünschten Seiteneffektes“ entstehen, der in der Lage wäre, eine Weiterentwicklung von IV-Systemen mit Bevölkerungsbezug ganz entscheidend zu gefährden. Hintergrund: Für bevölkerungsbezogene IV-Lösungen wird ein Indexverfahren benötigt, das Erfolge in Beziehung setzt zu Normkosten. Hierfür hat sich in der Vergangenheit gezeigt, dass der RSA mit seinem Normkosten ein geeignetes Messverfahren darstellen kann (vgl. Hermann et al. 2006). Wenn der jetzige RSA umgewandelt würde, hätte er insofern auch eine Auswirkung auf die IV-Systeme.

- **Beispiel:** Ein IV-System schafft es erfolgreich, eine Gruppe von chronisch Kranken so zu stabilisieren und kompetent zu machen, dass die 50 Krankenhauseinweisungen, die diese Kranken in den früheren Jahren im Schnitt hatte, allmählich auf 20 Einweisungen absinken. Dafür hat das IV-System auf 3 Jahre gesehen ein Gesamtinvestment von 100.000 € in das Training und den Support, evtl. auch eine telemedizinische und/ oder Call Center Unterstützung für diese Gruppe in der Hoffnung auf einen späteren Ertrag hineininvestiert, danach kommt es mit lfd. Zusatzkosten in Höhe von 10.000 € aus. Die 30 eingesparten Krankenhauseinweisungen im 3. Jahr machen 90.000 € aus, dagegen steht aber laufender ambulanter Mehraufwand von rund 40.000 €. Gehen wir einmal davon aus, die Kosten und Effekte sich jeweils so über die Jahre verteilen, dass im Endeffekt auf 3 Jahre im Ergebnis der Saldo über die gesamte Laufzeit noch bei -49.000 € läge, für das vierte Jahr dann aber mit einem positiven Gesamtsaldo von 16.000 € und ab dem 5. Jahr dann mit einem ansehnlichen ROI zu rechnen wäre. Hier das Beispiel unter der Bedingung, dass die Einsparungen gegenüber den Normalkosten bei demjenigen bliebe, der den Zusatzaufwand auch aufgebracht hat (im Beispiel hier die IV-Gesellschaft und die Krankenkasse, die sich auch den Saldo teilen würden).

	1	2	3	4	5
KH Einweisungen	50	50	30	20	20
Aufwand für Prävention (nicht aktivierbare Investitionen in €)	-33.000	-33.000	-33.000	-10.000	-10.000
Einsparungen			+90.000	+135.000	+135.000
Ambulanter Zusatzaufwand			-40.000	-60.000	-60.000
Saldo Zusatzaufwand bzw. Einsparungsertrag p.a.	-33.000	-33.000	+17.000	65.000	65.000
Saldo über die Gesamte Laufzeit	-33.000	-66.000	-49.000	+16.000	+81.000

- Dieses Beispiel wäre doch nur zu begrüßen – hier würde in Gesundheit investiert, das Erfolgsrisiko läge bei dem Investor (wenn der Erfolg in geringerem Maße eintreten würde, sähe sein Ergebnis auch schlechter aus), das IV-System würde etwas gesamtgesellschaftlich Wertvolles entfalten. ABER: Wenn die Grunderkrankung zu den 50-80 ausgewählten Krankheiten gehört, die zur Berechnung der Morbiditätsadjustierung herangezogen werden, dann würde eine vertragsschließende Krankenkasse im dritten und vierten (und jedem weiteren) Jahr jetzt schrittweise weniger Geld aus dem Morbi-RSA (oder dem Gesundheitsfonds) für die betreffende Population bekommen, da ja ab dem zweiten Jahr die Versicherten Schritt für Schritt weniger morbid sind (gemessen an Arzneimittel- und Krankenhauskosten). Das bedeutet: Diese Krankenkasse könnte dem IV-System nicht mehr den gleichen Betrag vergüten, den die Versicherten anfangs (= als sie noch kränker waren) gekostet haben sondern müsste diesen Betrag absenken. Dies würde dann allerdings die Investment-Rechnung ruinieren, da das Investment sich nicht mehr rechnen könnte (Übrigens: Wem das Beispiel unwahrscheinlich scheint – es ist überhaupt nicht aus der Luft gegriffen und im Projekt Gesundes Kinzigtal würde sich ein solches Beispiel hervorragend entwickeln lassen, der erzielte Nutzen würde dann mit der Krankenkasse in einem definierten Verhältnis geteilt). Auch der Rückgriff auf standardisierte Werte hilft hier nicht: Ein Morbi-RSA-System hat notwendigerweise und systematisch diesen Effekt, es soll ja umgekehrt auch eine höhere Morbidität dann im Folgejahr wieder ausgleichen.
- Ergebnis: Wenn der nur mit einem Investment (in die Prävention) entwickelte Gesundheitsnutzen für denjenigen, der investiert hat, sich gar nicht mehr rechnen kann, sondern von der Gesamtheit aller Kassen über einen RSA konsumiert würde, hat niemand ein unternehmerisches Interesse mehr daran, in die Entstehung eines solchen Nutzens zu investieren. Übrigens: Dies würde unabhängig von IV-Systemen auch für die Krankenkassen selber gelten! Sie hätten nur noch ein Interesse an Prävention, wenn ganz kurzfristig Investment und Ertrag sich im gleichen Jahr schon rechnen würden (das ist kaum wahrschein-

lich) oder wenn Prävention im Marketing zur Kundengewinnung eingesetzt werden könnte, wie in der Vergangenheit mit geringem oder keinem Effekt geschehen.

Lösung:

- Wir können hier das Problem benennen, aber eine Lösung ist nicht so einfach zu definieren, da es ja ansonsten auch durchaus gewichtige Gründe für morbiditätsorientierte Vergütungen an Kassen und Dritte gibt. Es könnte sein, dass es sich im Endeffekt doch lohnen könnte, bei dem jetzigen von der direkten Kostensituation abgetrennten, geschlechts- und altersspezifischen RSA zu bleiben und diesen evtl. noch in Teilen zu optimieren. Für das Verhältnis Krankenkasse zu IV-System wäre prinzipiell auch im Analogverfahren zu den DMPs an eine getrennte Berechnung von RSA Profilen für die Regelversorgung und für die konkrete IV zu denken, so dass dann die Einsparungen im Vergleich zur Regelversorgung besser erfaßt werden. Für die Krankenkasse selber löst dieses Verfahren aber nicht das Problem in ihrer Beziehung zum RSA, da sie weiterhin aufgrund der reduzierten Morbidität weniger Ausgleichszahlungen erhalten würde.
- Vorschlag: Der Auftrag an den wissenschaftlichen Beirat des BVA, der die Auswahl der 50 – 80 Erkrankungen kurzfristig durchführen soll, wird erweitert um die Prüfung, wie eine wirtschaftliche Bestrafung erfolgreicher Prävention durch diese Regelung sicher vermieden werden kann. Wenn man dem Vorschlag der AOK zusammen mit Bundesknappschaft und Seekrankenkasse (Stellungnahme vom 2.11.) folgen würde, müsste man danach im Punkt 3 eine weitere Prüfungsaufgabe einbauen:

3. Kriterien für die Vorauswahl der oben definierten Krankheiten durch den wissenschaftlichen Beirat (1. Filter)

Notwendige Änderung in der RSAV:

Der vom Bundesgesundheitsministerium zu bestellende wissenschaftliche Beirat schlägt in einer Vorauswahl **100** Krankheiten auf Basis der in der RSAV präzisierten Krankheitsdefinition (grundsätzlich die ICD 10-Gruppenebene - siehe Nr. 1) vor, die

- **überwiegend einen schwerwiegenden Verlauf** haben oder
- **kostenintensiv und chronisch** sind.

⇒ **NEU: und für die keine Evidenz vorliegt, dass sie bei entsprechendem Investment in Sekundärprävention in ihren Gesamtkosten wieder absenkbar sein können.**

(d) Ausweitung/ Fokussierung der Anschubfinanzierung

Problematik:

- *Viele Krankenkassen, insbesondere die größeren Kassen, haben bereits zum 3. Quartal 2006 vor allem mit ihren Hausarztverträgen, die sie auch auf den § 140 b abgeschlossen haben, ihr maximales Potenzial bei dem Verbrauch der Anschubfinanzierung (bis zu 1% der KH und KV-Honorare) erreicht. Im GKV-WSG ist jetzt vorgesehen, dass die Anschubfinanzierung nur noch für Verträge mit "Bevölkerungsbezogener Flächendeckung" verwendet werden darf. Verträge vor dem 1.1.2007 können aber weiterhin die Anschubfinanzierung in Anspruch nehmen.*
- *Ergebnis: Die größeren Krankenkassen werden versucht sein, ihre Verträge weiter laufen zu lassen. Sie haben dann keinen zusätzlichen Anreiz mehr – wie eigentlich vom Gesetzgeber intendiert – sich für größere Lösungen mit Flächendeckung einzusetzen. Die kleineren Krankenkassen (bzw. solche mit geringer regionaler Häufung von Versicherten) hätten zwar noch einen Anreiz, haben aber dafür keine reale Chance auf einen solchen Vertrag mit Flächendeckung. Ein IV-System benötigt eine gewisse Mindestanzahl an Versicherten in einer Region, um sich produktiv entfalten zu können. Im Endergebnis wird also die Intention des Gesetzgebers nicht so eingelöst, wie es möglich gewesen wäre.*

- Ein weiteres Fragezeichen stellt sich mit der Erläuterung der Begrifflichkeit "Bevölkerungsbezogene Flächendeckung" in der Begründung des Gesetzentwurfs. Die dort entwickelte Erläuterung lässt zu viel Spielraum für Streitigkeiten und sollte deshalb enger und genauer im Sinne der Erzielung der maximalen Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitspotenziale gefasst werden. Dazu sollte sie an die Voraussetzung einer teilweise Budgetmitverantwortung gebunden werden.

Lösung:

- Statt den bisherigen Verträge – auch ohne Erfüllung des Kriteriums "Bevölkerungsbezogener Flächendeckung" – weiter die Anschubfinanzierung zu ermöglichen, sollte diese ab dem 1.4.2006 ausschließlich nur noch für Verträge angerechnet werden, die dieses Kriterium erfüllen. Integrationsverträge nach § 140 a ff., die gleichzeitig auch als Vertrag nach § 73 b „Hausarztzentrierte Versorgung“ fungieren, können nicht mehr die Anschubfinanzierung nutzen.
- Die Begrifflichkeit "Bevölkerungsbezogene Flächendeckung" in der Begründung des Gesetzentwurfs sollte in der Erläuterung (Zu Nummer 121 (§ 140d) Zu Buchstabe a Zu Buchstabe aa, 2. Absatz, 2. Satz) enger wie folgt definiert werden und an eine Voraussetzung geknüpft werden (auch die steuerrechtliche Erläuterung der Budgetverantwortung ist hier mit aufgenommen worden): „Eine solche Flächendeckung ist gegeben, wenn (a) den Versicherten in einer größeren Region (z.B. mehrerer Stadt- oder Landkreise) die Behandlung einer *chronischen bzw. schubförmig auftretenden* versorgungsaufwändigen Volkskrankheit in einer IV angeboten wird oder in einer auch kleineren Region das gesamte oder ein Großteil des Krankheitsgeschehens der Versicherten in einer integrierten Versorgung ermöglicht wird, und *(b) eine zumindest teilweise Budgetmitverantwortung durch die Gemeinschaft der Leistungserbringer bzw. die Managementgesellschaft übernommen wird. Eine solche teilweise Budgetmitverantwortung kann sich ausdrücken in erfolgsabhängigen Vergütungen, gesicherten Gewährleistungen, Einsparteilungsverträgen, Capitation-Vergütungen, Jahrespauschalvergütungen oder ähnlichen Verfahren. Sie ist durch geeignete Formen der Qualitätskontrolle und –sicherung zu begleiten.*“

(e) Arzneimittelversorgung in der Integrierten Versorgung

Problematik:

- IV-Systeme können bisher nur in begrenzter Form Wirtschaftlichkeitspotenziale in der pharmazeutischen Versorgung heben, so z.B. über Verträge nach § 130 a Abs. 8, wobei seit dem AVWG Krankenkassen auch Managementgesellschaften der Integrierten Versorgung mit dem Abschluss von diesen Verträgen beauftragen können. Am Beispiel „Gesundes Kinzigtal“ zeigt sich dabei, dass eine solche Beauftragung durchaus machbar ist und interessante Ergebnisse zeitigen kann. So wurden dort z.B. Umsteuerungen im Wert von ca. 600.000 € allein schon für die ersten drei Quartale erreicht.
- Mit dem WSG soll nun festgelegt werden, dass die Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln generell durch Verträge nach § 130 a Abs. 8 erfolgen soll und diese Verträge durch Ausschreibungen gewonnen werden sollen. Eine solche generelle Verpflichtung sowohl zur Sicherstellung der Versorgung durch Verträge nach § 130 a Abs. 8 wie zur Ausschreibung halten wir nicht für zielführend. Der Aufwand entsprechender Ausschreibungen würde in vielen Fällen den möglichen Ertrag übersteigen, stattdessen können unter Umständen freihändig geführte Verhandlungen ein sehr viel besseres Preis-Ergebnis-Verhältnis bieten. Neben den über Ausschreibungen und § 130 a Abs. 8 Verträge erzielbaren Rabatten können freihändig geführte Vertragsverhandlungen auch sehr viel individueller auf den Nutzen des IV-Systems ausgerichtete Ergebnisse vereinbaren, neben den Rabatten können so z.B. Boni für Zielerreichungen bei Gesundheitsoutcomes, Shared Value-Varianten und die Co-Finanzierung von begleitenden Kosten-Nutzen-Studien vereinbart werden.
- Unverständlich bleibt dagegen, wieso von IV-Systemen nicht auch Verträge mit Apotheken nach § 130 a Abs. 1 gemacht werden können sollen. Derartige Verträge würden es Apotheken erlauben, von den Höchstpreisen der ApoPreisVO abzuweichen und damit eine wirkungsvolle Konkurrenz gegenüber Ver-

sandhändlern mit Sitz im Ausland aufzubauen. Dieser Wirtschaftlichkeitsfaktor bleibt nach der bisherigen Fassung des WSG den Vertragspartnern eines IV-Systems versperrt.

Lösung:

- Veränderung von Art.1. Nr. 119: Statt dem im WSG vorgesehenen Satz, dass die Versorgung mit Arzneimitteln durch Verträge nach § 130 a Abs. 8 erfolgen soll, sollte dieses nur als „Kann-Regelung“ benannt werden bzw. ein Abweichen von der „Soll-Regelung“ ermöglicht werden. Zusätzlich sollte dafür in § 140 a Abs. 1 eingeführt werden, dass Leistungserbringergemeinschaften und Managementgesellschaften der integrierten Versorgung auch mit Apotheken nach § 130 a Abs. 1 Verträge schließen können, die entsprechend der dort formulierten Regelungen Nachlässe auf die Preisvorschriften des AMG und des SGB V zugunsten der im integrierten Versorgungsvertrag beteiligten Krankenkassen ermöglichen. Dafür sollte dann wie bisher schon die Ausschreibungspflicht des § 129 Abs 5 gelten und ein eigenes autonomes Vertragsrecht für Leistungserbringergemeinschaften und Managementgesellschaften wäre in § 140 a Abs 1 zu konstituieren.

Kontakt:

Helmut Hildebrandt
Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH
Borsteler Chaussee 53
D – 22453 Hamburg
Tel.: +49 40 514855 0
Fax: +49 40 514855 14
Mobil: +49 172 42 15 165
EMail: hh@gesundheitsconsult.de

Anlage: Veröffentlichung aus Gesundheits- und Sozialpolitik Heft 5-6, 2006

Das Modell „Gesundes Kinzigtal“

Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparcontractings

Die auf Management und Investment in Integrierte Versorgungslösungen spezialisierte Firma OptiMedis AG, Hamburg, und das Medizinische Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal e. V. (MQNK) haben ein regionales Gesundheitsunternehmen, die Gesundes Kinzigtal GmbH, gegründet. Nach mehrjähriger Vorbereitung und erheblichen finanziellen Investitionen wurde ein Vertrag zur Integrierten Versorgung mit der AOK Baden-Württemberg abgeschlossen, der die medizinische Vollversorgung für 30.000 Versicherte über alle Sektoren der Gesundheitsversorgung (mit Ausnahme der Zahnmedizin) zum Inhalt hat. Der Vertrag ist wirksam ab 01.11.05 und hat eine ungewöhnlich lange Laufzeit von 9 Jahren. Ein Kernpunkt des Vertragswerkes ist die zwischen der „Gesundes Kinzigtal GmbH“ und der AOK Baden-Württemberg vereinbarte erfolgsabhängige Vergütung in Form eines Einspar-Contracting im Unterschied zur bisher in Deutschland üblichen Einzelleistungsvergütung. Der Aufsatz beschreibt die Anlage des Modells, analysiert die Unterschiede zu den amerikanischen Erfahrungen mit Managed Care und diskutiert die Chancen und Herausforderungen eines solchen Ansatzes aus verschiedenen Blickwinkeln.

■ Hermann C., Hildebrandt H., Richter-Reichhelm M., Schwartz F. W. und Witzenrath, W.

1. Das Regionale Gesundheitsunternehmen

Die Gesellschaft Gesundes Kinzigtal GmbH ist eine Gemeinschaftsgründung des Medizinischen Qualitätsnetzes Ärzteinitiative Kinzigtal e. V. und der auf integrierte Versorgung spezialisierten OptiMedis AG, Hamburg. Die gemeinsame Gesellschaft mit Sitz in Haslach besteht seit September 2005.

Hermann, C. Dr., Stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der AOK Baden-Württemberg;

Hildebrandt, H. Geschäftsführer der Managementgesellschaft „Gesundes Kinzigtal GmbH“ und Vorstand der OptiMedis AG; Richter-Reichhelm, M. Dr., Aufsichtsratsmitglied der OptiMedis AG und KBV-Vorsitzender a. D.;

Schwartz, F. W.; Prof. Dr. med., Direktor der Abteilung, Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover und Aufsichtsratsmitglied der OptiMedis AG;

Witzenrath, W. Dr., Internist und Vorsitzender des Ärztlichen Beirats der Managementgesellschaft „Gesundes Kinzigtal GmbH“

Das Medizinische Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal e. V. MQNK besteht seit über 15 Jahren als ein Netz aus niedergelassenen Hausärzten, Fachärzten, Psychotherapeuten, sowie Krankenhausärzten. Zahlreiche Projekte zur Verbesserung der Versorgung im Kinzigtal wurden bereits in den vergangenen Jahren durch das MQNK initiiert, darunter die Entwicklung gemeinsamer Leitlinien für über 15 Erkrankungsentitäten, die Verbesserung der arbeitsmedizinischen Versorgung, der Impfversorgung und der Prävention bei Kindern und Senioren.

Die OptiMedis AG besteht seit März 2003 mit Sitz in Hamburg und wurde speziell für die Umsetzung und Unterstützung von Verträgen der Integrierten Versorgung gegründet. Durch die Verknüpfung der OptiMedis AG mit der im Bereich der Integrierten Versorgung langjährig positionierten Beratungsgesellschaft Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH steht ein stabiles und routiniertes Kompetenzteam für Managementleistungen zur Verfügung.

Die Gesundes Kinzigtal GmbH wurde gegründet, um eine professionell geführte organisatorische Plattform zur Verwirklichung der eigenen versorgungspolitischen Ziele zu haben. Als Ziele sind definiert:

- „Mit den Patienten, den anderen lokalen Gesundheitspartnern und den Krankenkassen zusammen entwickeln wir eine besser organisierte Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung im Kinzigtal.“
- „Wir nutzen die neuesten Erkenntnisse der Wissenschaft für Vorsorge und Behandlung und schaffen damit in Gemeinschaft mit allen Beteiligten ein „Gesundes Kinzigtal.“
- „Wir steigern die Attraktivität des Kinzigtals für den medizinischen Nachwuchs, erhöhen die Berufszufriedenheit der Ärzte, entwickeln zusätzliche Angebote und sichern damit längerfristig die Versorgung vor Ort.“

Für das Erreichen dieser Ziele sind die Entwicklung von innovativen Versorgungsangeboten und der Abschluss von Verträgen zur Integrierten Versorgung (IV) mit Krankenkassen vorgesehen, wobei die GmbH als IV-Managementgesellschaft nach den §§ 140 a ff SGB V fungiert. Hinzu kommen die Durchführung von Studien zur Versorgungsforschung und zur Erprobung wie zum Einsatz innovativer Präventions- und Therapieformen.

Mit dem Namen „Gesundes Kinzigtal GmbH“ bringt die neu gegründete Gesellschaft zum Ausdruck, dass sie eine Verbesserung der regionalen Versorgung sowie der Früherkennung und Prävention von Krankheiten zum Ziel hat. Gleichzeitig nimmt sie mit ihrem Namen Bezug auf die langjährigen Arbeiten der Weltgesundheitsorganisation unter der Bezeichnung „Healthy Cities, healthy communities“, an deren Umsetzung in Deutschland einer der beteiligten Gesellschafter und Geschäftsführer der neuen Gesellschaft, Helmut Hildebrandt, in den 90-er Jahren wesentlichen Anteil hatte.

In der Gesellschaft werden zwei unterschiedliche Kernkompetenzen zusammengeführt:

- (1) Medizinisches Wissen und Ärztliche Erfahrung (Wissensträger: Ärztenetz – MQNK)
Versorgungsprobleme, Engpässe und Schwachstellen des Systems sind den Medizinerinnen und Psychotherapeuten bekannt. Sie bringen darüber hinaus Kontakte und Erfahrung mit den anderen regionalen medizinischen Leistungserbringern in die Partnerschaft ein.
- (2) Gesundheitsökonomisches und Managementwissen sowie Investitionsfähigkeit (Wissensträger: OptiMedis AG sowie Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH).

Für die regionale Versorgungssteuerung ist Prozesssteuerungswissen aus den unterschiedlichen Sektoren genauso wichtig wie die neuen Erkenntnisse auf den Gebieten Gesundheitswissenschaft und Gesundheitsökonomie. Mit der OptiMedis AG sowie der Managementunterstützung durch Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH wird dieses Wissen zur Verfügung gestellt.

Das regionale Gesundheitsunternehmen „Gesundes Kinzigtal GmbH“ kann und muss wie ein klassisches Unternehmen Erträge erwirtschaften und kann dazu Investitionen tätigen und Erträge aus Unternehmenstätigkeit (Return on Invest) über mehrere Jahre kalkulieren.

2. Integrierte Versorgung Kinzigtal – Der Einsparcontractingvertrag mit der AOK Baden-Württemberg

Der Vertrag zwischen Gesundes Kinzigtal GmbH und der AOK Baden-Württemberg vom 30. 1. 2006 (mit Wirkung ab dem 1. 11. 2005) umfasst alle Sektoren der Versorgung und alle Indikationen; zunächst noch ausgenommen ist die zahnmedizinische Versorgung.

Die Gesellschaft Gesundes Kinzigtal GmbH finanziert sich (nach Abschluss einer bis Ende 2006 vorgesehenen Anschubfinanzierung) ausschließlich aus den durch sie organisierten Einsparungen gegenüber den Normalkosten (vgl. die Berechnungsform weiter unten) der Gesamtpopulation der AOK-Versicherten in der definierten Region. Dabei geht sie mit der AOK Baden-Württemberg ein auf neun Jahre hin geltendes Einspar-Contracting ein und hat anders als die bisherigen Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen ein Interesse an der „richtigen“ Versorgung zur „richtigen“ Zeit am „richtigen“ Ort, d. h. an der maximalen Effizienz der Versorgung über die Laufzeit des Vertrags.

Einsparungen beziehen sich auf das virtuelle Gesamtbudget der Krankenkasse. Das virtuelle Gesamtbudget ist an die Entwicklung der Gesamtkosten in Deutschland gekoppelt. Es bezieht sich nicht nur auf die eingeschriebenen Versicherten, sondern auf alle ca. 30.000 Versicherten der AOK in einer über Postleitzahlen definierten, sich selbst als zusammengehörig verstehenden Region. Der Vertrag ist insofern der erste, alle Versicherten einer Krankenkasse umfassende Vollintegrationsvertrag oder Populationsvertrag in Deutschland. Die Erarbeitung der Vertragskonstruktion sowie die Aufstellung der wirtschaftlichen Planungsrechnungen erfolgten durch Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH.

Die Versicherten der AOK Baden-Württemberg können sich dem Integrierten Versorgungsmodell durch Auswahl eines „Arztes bzw. Psychotherapeuten des Vertrauens“ anschließen. Es besteht Kündigungsfrist jeweils zum Ende eines Quartals. Sie erhalten keine gesonderten finanziellen Anreize, wie z. B. Reduzierungen der Praxisgebühr. Sie sind nicht auf die Konsultation der Leistungspartner des Systems beschränkt, sondern behalten die volle Arzt- und Krankenhaus-Wahlfreiheit. Die Managementgesellschaft und die ihr verbundenen Leistungserbringer sind deshalb gezwungen, die Versicherten immer wieder durch höherwertige Leistung und bessere Partnerschaft als Partner zu gewinnen. Die Orientierung der Gesellschaft ist deshalb auf die Entwicklung einer hohen Patientenzufriedenheit ausgerichtet. Inhaltlich und organisatorisch wird dies durch einen eigens eingerichteten Patientenbeirat, einen Patientenombudsmann und regelmäßige Befragungen der Patienten unterstützt. Der Kundennutzen drückt sich

Aus der Homepage der „Gesundes Kinzigtal GmbH“

Mit den Patienten, den anderen Gesundheitspartnern und den Krankenkassen zusammen entwickeln wir eine besser organisierte Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung im Kinzigtal

Wir sind uns sicher, dass wir eine besser organisierte Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung im Kinzigtal entwickeln können, als sie heutzutage üblich ist. Unnötig bürokratische Regelungen auf der einen Seite, fehl laufende Ausgaben auf der anderen Seite und ungenügende Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient wie Arzt und anderen Therapeuten und Einrichtungen behindern die optimale Gesundheitsförderung der Patienten. Hier wollen wir Initiative zeigen. Wir suchen dazu die Partnerschaft mit den Patienten genauso wie mit den Therapeuten und Gesundheitspartnern wie auch den Krankenkassen.

Wir nutzen die neuesten Erkenntnisse der Wissenschaft zu Vorsorge und Behandlung und schaffen damit in Gemeinschaft mit allen Beteiligten ein „Gesundes Kinzigtal“.

Eine der Schwächen unseres Gesundheitssystem ist die mangelnde Unterstützung von Prävention und Gesundheitsförderung. Diese möchten wir sehr viel mehr als bisher üblich gemeinsam mit den Patienten und den besten Wissenschaftlern ausprobieren und gezielt und frühzeitig angehen. Ganz wichtig ist uns dabei die gemeinsame Verständigung im Bündnis zwischen Arzt bzw. Psychotherapeut und Patient auf erreichbare und realistische Ziele. Wir denken aber auch an unsere Umgebung, an die Kindergärten, Schulen, die Arbeitsplätze, unsere Umwelt und die Situation im Alter. Mit den Städten und Dörfern im Kinzigtal zusammen wollen wir gemeinsame Aktivitäten entfalten und damit ein „Gesundes Kinzigtal“ schaffen.

Wir steigern die Attraktivität des Kinzigtals für den medizinischen Nachwuchs, erhöhen die Berufszufriedenheit der Ärzte und entwickeln zusätzliche Angebote ... und sichern damit die Versorgung vor Ort.

Eine ganze Generation von Ärzten erreicht in den nächsten Jahren die Altersgrenze. Die Sicherheit für die Vor-Ort-Versorgung im Kinzigtal wird damit langfristig gefährdet. In einigen Praxen und Krankenhäusern im Kinzigtal wird bereits das Problem deutlich, qualifizierten medizinischen Nachwuchs zu finden. Um hier rechtzeitig Vorsorge zu treffen, wollen wir mit unserer Gesellschaft neue Einnahmequellen für die Versorgung aufbauen und attraktive Arbeitsplätze schaffen. Mit den Projekten und Maßnahmen, die wir ergreifen, steigern wir die Attraktivität einer Niederlassung im Kinzigtal für den medizinischen Nachwuchs, erhöhen wir die Berufszufriedenheit der Ärzte und entwickeln neben einer besseren und klügeren Versorgung für die Bewohner des Kinzigtals auch noch zusätzliche Angebote für die Touristen, die unser schönes Tal besuchen.

Deshalb: **Gesundheit aus der Region...**

... für die Region

dabei vor allem in einer Optimierung der Behandlungskette, in einem veränderten Verständnis der Beziehung zwischen Arzt und Patient, u. a. durch gemeinsam abgeschlossene Zielvereinbarungen oder in zusätzlichen konkreten präventiven Leistungsangeboten aus.

2.1. Kernelemente des Vertrags aus der Sicht des Patienten:

Einschreibebedingung:

Die Versicherten der AOK Baden-Württemberg müssen im Kinzigtal in Südbaden ihren Wohnsitz haben (PLZ: 77709 – 77797 und 78132).

Geltungskraft / Einschreibung:

Die zusätzlichen Organisationsleistungen und Angebote für die Versicherten sind ab 1.7.2006 erhältlich. Die Einschreibung ist freiwillig.

Beteiligte Leistungserbringer:

Die Managementgesellschaft Gesundes Kinzigtal GmbH schließt ihrerseits Leistungspartnervereinbarungen für besondere gewünschte Leistungen ab. Mit zur Zeit 41 niedergelassenen Ärzten sind bereits Verträge abgeschlossen worden.

Mit Apotheken, Krankenhäusern und anderen Leistungspartnern erfolgen gegenwärtig Verhandlungen über Qualitäts- und Leistungspartnerschaftsverträge.

„Arzt des Vertrauens“:

Alle Vertragsärzte und Psychotherapeuten können als Leistungspartner der Gesundes Kinzigtal GmbH besondere koordinierende Aufgaben übernehmen. Bei der Einschreibung wählt der Versicherte sich einen Arzt / Psychotherapeut seines Vertrauens aus.

Freiheit der Versicherten:

Alle zugelassenen Leistungserbringer können auch weiterhin von den Patienten aufgesucht werden. Es besteht Freiheit der Arzt-, Krankenhaus- und Apothekenwahl.

Die Einschreibung ist jeweils 4 Wochen zum Ende des Quartals kündbar, die Auswahl des „Arztes des Vertrauens“ ist jederzeit änderbar.

Kosten für den Versicherten:

Der Versicherte hat keine Zusatzkosten zu seinem AOK-Beitrag zu zahlen.

Patientenbeirat / -rechte:

Die angestrebte partnerschaftliche Rolle zu den Patienten mündet auch in einer Beteiligung über die Gründung eines gewählten Patientenbeirats und die Etablierung einer „Charta der Rechte der Patienten“.

Besondere zusätzliche kostenlose Leistungen für die eingeschriebenen Versicherten:

- a) Innerhalb von 3 Monaten nach Einschreibung erfolgt eine große Check-Up-Untersuchung auf Anzeichen von eventuellen Gesundheitsrisiken, sowie eine sorgfältige Abstimmung zwischen Arzt / Psychotherapeut und Patient über den Ist-Zustand einschließlich Prognose des Arztes und Selbstprognose des Patienten. Eine solche Untersuchung wird allen Patienten angeboten, die Anzeichen auf das Vorliegen von Risikofaktoren haben oder chronisch krank sind. Außerdem wird ein angemessener Präventions- und Therapieplan in Form einer gemeinsamen Zielvereinbarung entwickelt. Die Check-Up-Untersuchung wird alle 2 Jahre wiederholt.
- b) Unterstützung der Versicherten bei der kurzfristigen Terminvereinbarung mit Ärzten / Psychotherapeuten und anderen Leistungserbringern.
- c) Einrichtung von Sprechstunden auch außerhalb der üblichen Praxisöffnungszeiten – nach Vereinbarung (z. B. für Berufstätige).
- d) Ernährungs- und Bewegungsprogramm für Familien mit adipösen Kindern.
- e) Prävention von Osteoporose.
- f) Programm zur Erkennung des Metabolischen Syndroms u. a. zur Prävention eines manifesten Diabetes mellitus.
- g) Durchführung regelmäßiger Impfwochen, verbunden mit dem Aufbau und der Dokumentation eines kompletten Impfschutzes mit jeweiliger Festlegung der nächsten fälligen Impfung („Recall“-Aufbau).
- h) gemeinsame Fallkonferenzen der behandelnden Spezialisten und des „Arztes des Vertrauens“ bei spezifischen Erkrankungen, z. B. chronischen Schmerzen / chronischen Wirbelsäulenerkrankungen.
- i) Pilotprojekt einer elektronischen Gesundheitsakte / Patientenakte Gesundes Kinzigtal mit optimiertem Medikamentenmanagement und einer Überprüfung zu befürchtender Medikamenteninteraktionen. Dieses Pilotprojekt ist zunächst aus datentechnischen Gründen voraussichtlich auf zehn Praxen mit insgesamt maximal 1.000 Patienten beschränkt.

2.2. Leistungsverpflichtungen im Vertrag

Die Gesellschaft Gesundes Kinzigtal GmbH ist der Vertragspartner für die Krankenkasse. Sie verpflichtet sich zur Reorganisation der Versorgungsabläufe und zur optimierten Versorgungssteuerung der sich einschreibenden Versicherten. Die Gesellschaft erbringt der AOK Baden-Württemberg gegenüber Planungs-, Steuerungs- und sonstige Managementleistungen, nämlich

- a) Koordination der Versorgungsprozesse über die Sektoren hinweg, z. B. von Haus- zu Facharzt, Krankenhaus und anschließender Pflege bzw. aktiver Rehabilitation.
- b) Krankheitsmanagement durch Unterstützung der Patienten bei der Bewältigung von Krankheiten.
- c) Schließung von Leistungspartnerverträgen mit Ärzten und anderen Leistungserbringern (sektorenübergreifend), Organisation und Abwicklung der Verträge.

- d) Telefonische Unterstützung der Versicherten innerhalb einer eigenen Geschäftsstelle.
- e) Etablierung eines Controlling- und Feed-Back-Systems.
- f) Steuerung und Organisation der Leistungsansprüche der eingeschriebenen Versicherten gegenüber den Leistungspartnern gem. §§ 20 – 43 b, §§ 44 bis 51 und 60 SGB V.
- g) Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit, Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Qualität der Leistungen im Sinne des SGB V.

Die Managementgesellschaft ist also nicht Übernehmer der Kostenträgerrolle, diese bleibt weiterhin bei der AOK und erfolgt weiterhin entsprechend der Regelungen der jeweiligen Sektoren, d. h. auch die Ausschüttung der Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung ist unberührt. Die zurzeit einzige Ausnahme stellen zusätzliche Vergütungen der Managementgesellschaft dar, die diese zur gezielten Steuerung von Leistungsveränderungen an ihre niedergelassenen Vertragspartner nach selbst definierten Regeln auszahlt.

Soweit nach einer Aufbau- und Anschubphase aus dieser spezifischen Steuerung verringerte Versorgungskosten quer über alle Sektoren und Indikationen entstehen, erfolgt eine Aufteilung der Einsparungsdifferenz nach einem spezifischen Verfahren zwischen Krankenkasse und Managementgesellschaft (vgl. die Details weiter unten), um die für beide Partner entstandenen oder vorab investierten Aufwände zu decken. Soweit keine Einsparungen aus der Steuerung entstehen oder falls Qualitätsdefizite entstehen, sind eine Reihe von besonderen Kündigungsoptionen des ansonsten auf den Zeitraum bis Ende 2014 festgeschriebenen Vertrags vorgesehen.

Um diese Leistungen erbringen zu können, erhält die Gesellschaft von der AOK Baden-Württemberg für ihre Steuerungszwecke die operativen Daten aller Versicherten im Kinzigital in pseudonymisierter Form, für die Teilgruppe der eingeschriebenen Versicherten (die mit der Einschreibung eine entsprechende Datenfreigabeerklärung unterzeichnet haben) darüber hinaus auch in offener Form. Gleichzeitig unterstützt die AOK die Steuerungsleistungen durch eine enge Kooperation mit der Managementgesellschaft auf der Ebene der lokalen Bezirksdirektion und der jeweiligen Fachexperten.

2.3. Ökonomie des Vertrags

Die Ökonomie des Vertrags unterscheidet zwei Ebenen:

1. Die Beziehung zwischen der Krankenkasse und der Managementgesellschaft. Diese ist geprägt von einer Ausrichtung auf eine mittel- bis langfristige Wirtschaftlichkeit über die gesamte Population. Sie ist in radikaler Form rein erfolgsbezogen und drückt sich aus in einer Teilung von Einsparergebnissen (Einsparcontracting).
2. Die Beziehung zwischen der Managementgesellschaft und den Leistungserbringern. Aus pragmatischen Gründen und zur Vermeidung von ethisch problematischen

Mindeerversorgungsanreizen ist hier nur eine langsame evolutionäre Veränderung der bisherigen Vergütungen vorgesehen. Die bisherigen Abrechnungswege und Verträge bleiben bestehen, können aber im Einvernehmen zwischen Krankenkasse und Gesellschaft auch verändert werden. Zunächst greift die Managementgesellschaft im Sinne einer Optimierung der Fallsteuerung der einzelnen Patienten in die Vergütung der Niedergelassenen ein.

Ad 1 :

Für eine im Einzelnen definierte Anschubphase bis Ende 2006 erfolgt eine Vergütung für den Infrastrukturaufbau. Für die Zeit ab dem Inkrafttreten der Regelstufe des Modells (geplant ab 1. 1. 2007) erhält die Managementgesellschaft für ihre Leistungen eine Vergütung ausschließlich bei Erfolg. Dieser Erfolg ist definiert über das erzielte Einsparungsdelta der Gesamtversorgungskosten der ca. 30.000 Versicherten mit dem Wohnsitz im Kinzigital gegenüber den normalerweise zu erwartenden Kosten.

Die dafür entwickelte Berechnungsmethode soll allgemein erläutert werden, allerdings sind die Details der Regelung Geschäfts-Know-how der OptiMedis AG und stellen damit ein Betriebs- und Geschäftsgeheimnis dar. Wir bitten gleichzeitig um Verständnis, dass die Details der Regelung als Geschäfts-Know-how der OptiMedis AG dem Schutz unterliegen. Im Ergebnis nutzt die Berechnungsmethode dafür die Referenzierung auf den Risikostrukturausgleich (RSA) der Krankenkassen und die aggregierten RSA-Normkosten über die Gesamtgruppe der Versicherten in einem definierten PLZ-Bereich. Mit verschiedenen rückversicherungsähnlichen Lösungen wurde eine für beide Seiten (Krankenkasse wie Managementgesellschaft) faire und nachhaltig auch über weitere gesundheitspolitisch motivierte Gesetzesänderungen hinweg nachvollziehbar rechenbare Form geschaffen. Die Normalkosten der Versorgung pro Altersstufe (RSA Normkosten West) mit einer spezifischen Anpassung bezüglich der ländlich geprägten Region bilden die Basis, gegen die die erzielten Einsparungen gerechnet werden. Diese Referenz wird immer rückwirkend auf der Basis der offiziell festgestellten Zahlen berechnet. Das Jahr 2004 gilt als „Basisjahr“.

Entgegen der ebenfalls diskutierten Überlegungen, nur die eingeschriebenen Versicherten individuell mit einem Vergangenheitswert zu bewerten, ist hier eine Lösung vereinbart worden, die auch die nicht eingeschriebenen und damit für die Managementgesellschaft nicht oder nur sehr begrenzt beeinflussbaren Versicherten in der Veränderungsrechnung berücksichtigt. Ziel dieser von der OptiMedis AG vertretenen Rechenmethode war der damit bewirkte Ausschluss der Diskussion und Anwendung von Risikoselektionen.

Jede klügere Ablauforganisation, rationalere Therapieform und /oder präventiv wirksame Anstrengung mit mittelfristig weniger Gesundheitsfolgekosten führt damit zu einem lokalen Systemnutzen, den die Managementgesellschaft nach Aufteilung des auf die AOK entfallenden

Anteils zur Refinanzierung ihrer in die Versorgungsoptimierung investierten Mittel und zur Erwirtschaftung eines Ertrags nutzen kann. Auch eine lokal erwirkte Einsparung, etwa durch den Einsatz einer rationalen Pharmakotherapie mit Vermeidung von „Me-too“-Präparaten und Konzentration der Verordnungen bei gleichwertigen Arzneimitteln auf wenige Hersteller (Umsetzung des § 130 a Absatz 8 SGB V) oder durch den wirtschaftlicheren Einsatz von Hilfsmitteln, Transportorganisation und Krankenhauseinweisungen kommt insoweit dem System zugute. Gleiches gilt – allerdings für beide Vertragspartner – in der angestrebten engeren Kooperation von Patienten, Krankenkasse und Leistungserbringern. Eine erfolgreich umgesetzte engere Kooperation bewirkt eine zusätzliche „Vertrauensproduktivität“.² Experten schätzen, dass inzwischen bei Zusammenrechnung aller Einzelkosten in allen Sektoren bis zu 20 % der Kosten des Gesundheitssystems den übermäßigen Kontroll- und Misstrauensaufwänden zuzurechnen sind. Durch die veränderte Finanzierung und Zielsetzung der Leistungserbringer kann auf eine große Zahl von Kontrollmaßnahmen, wie etwa MDK-Prüfungen, Kontrollanfragen, vorherige Gutachteneinholungen etc. verzichtet werden. Dieses ist auch erklärte Absicht der Vertragspartner.

Als Vertragsdauer ab Inkrafttreten der Regelphase ist der Zeitraum von acht Jahren vertraglich vereinbart worden. In diesem Zeitraum ist eine Kündigung nur in Ausnahmefällen möglich. In Form von Monatsabschlägen auf die zu erwartenden Einsparungsanteile mit anschließender Spitzabrechnung wird eine Liquiditätsabsicherung der Managementgesellschaft für die Zwischenphase vor Ergebnissicherheit erreicht. Dieser lange Sicherheitsraum erlaubt es der Gesundes Kinzigital GmbH, intensiv in die Prävention und Aufklärung der Patienten zu investieren. Auch der Einsatz von Schulungsprogrammen und die Entwicklung eines übergreifenden strukturierten Behandlungsmanagements (Individualisiertes Disease Management) für Multimorbide bringen insofern der Managementgesellschaft bei Kostensenkung in den Folgejahren einen ökonomischen Nutzen. Gegenüber der Krankenkasse mit ihrem Zwang zur Kameralistik und ihrer Rechtfertigung bezüglich der Veränderung ihres Beitragssatzes erlaubt die Etablierung der GmbH als Zwischenebene, die Investitionen wie ein normales Unternehmen über mehrere Jahre zu rechnen.

Die optimale Situation stellt sich beispielsweise wie folgt dar: Die GmbH und ihre Leistungspartner intensivieren das Screening und führen eine gezielte Herzkreislauf-Prävention durch. Außerdem verbessern und beschleunigen sie die Organisation des Rettungswesens und der Abläufe in den beteiligten Krankenhäusern nach einem Herzinfarkt/Schlaganfall. Im Effekt wird damit die Zahl der Herzinfarkte und Schlaganfälle (gegenüber der bisherig aufgetretenen und durchschnittlich für eine analoge Population zu erwartenden Inzidenz) vermindert und zusätzlich werden noch die Folgen reduziert.

Können damit z.B. von den zu erwartenden insgesamt 75 Schlaganfällen pro Jahr 20 Schlaganfälle mit durch-

schnittlichen Folgekosten von 47.000 € eingespart werden, entsteht damit im Ergebnis ein Einsparbetrag von 940.000 € gegenüber dem Referenzwert.³ Dagegen stehen geschätzte Aufwände von 200.000 €. Normalerweise könnte das eine inhomogene Ärztegruppe nicht leisten. In diesem Modell ist dies möglich, weil derart erzeugte Ersparnisse zu einem relevanten Teil bei der Managementgesellschaft verbleiben, die ihrerseits wiederum in enger Beziehung zu den Ärzten steht.

Das von der Gesundes Kinzigital GmbH im Rahmen des IV-Vertrags mit der AOK Baden-Württemberg mit verantwortete Finanzvolumen beträgt ungefähr 50 Mio € pro Jahr, bezogen auf 8 Jahre Betriebsdauer incl. voraussichtlicher Preissteigerungen somit annähernd 500 Mio €.

Ad 2:

Wie bereits beschrieben gelten alle Vertragsbeziehungen und Abrechnungswege zwischen der AOK Baden-Württemberg und den Leistungserbringern bzw. ihren Vertretungskörperschaften fort. Dies gilt insbesondere für die Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung und von dieser an die Niedergelassenen. In der Beziehung zwischen Managementgesellschaft und den niedergelassenen Leistungserbringern vor Ort entsteht aber durch ein eigens geschaffenes Vertragsverhältnis, den sog. Leistungspartnervertrag, ein zusätzliches Vergütungssystem. Von der Managementgesellschaft als sinnvoll erachtete Zusatzleistungen, die der Steuerung der Versichertenversorgung dienen oder die Einsparung von Sekundärkosten ermöglichen, werden zusätzlich vergütet. Dies gilt zum Beispiel für die bereits erwähnten gesonderten Gesundheits-Check-Ups, Prognoseberechnungen und Zielvereinbarungen, sowie für Projektgruppensitzungen, gesondert vereinbarte Präventionsleistungen und substituierend wirkende Leistungen, wie z. B. gezielte Vereinbarungen zum ambulanten Operieren.

Überall dort, wo sich die Managementgesellschaft durch zusätzliche Leistungen mittelfristige Kostenersparnisse verspricht, kann es sich für sie lohnen, derartige zusätzliche Vergütungen einzusetzen. Sie muss dabei beachten, dass sie diese angemessen unter sicheren Kosten-Nutzen-Relationen und jeweils nur in Differenz zur ohnehin vorhandenen Abrechnungsmöglichkeit bei der KV kalkuliert, um sich nicht finanziell zu übernehmen. Dabei ist vorgesehen, auch in der Vergütung von Ärzten und Psychotherapeuten, sowie anderen Leistungserbringern, einen teilweisen Erfolgsbezug mit einzuführen. Die Möglichkeit dafür ist der Managementgesellschaft durch die Analyse der Kostendaten eingeschriebener Versicherter gegeben.

In der internen Vereinbarung zwischen der Managementgesellschaft und den Leistungspartnern, die über ihren eingetragenen Verein gleichzeitig auch indirekte Mitgesellschafter sind, wurde festgelegt, dass diese Vergütungen in etwa analog gleichwertiger Vergütungen der Kassenärztlichen Vereinigung kalkuliert werden sollen.

Zu erwartende Prävalenzen und Inzidenzen im Kinzigtal



Prävalenz und Inzidenz ausgewählter chronischer Krankheiten und ihrer Spätfolgen - in Deutschland und im Kinzigtal

Krankheit / Spätfolge	Prävalenz-Anzahl	Neuerkrankungen - Anzahl	Prävalenz-Anzahl	Neuerkrankungen - Anzahl	Prävalenz-Anzahl	Neuerkrankungen - Anzahl
	Deutschland		Kinzigtal	- nur AOK-Vers.	Kinzigtal	- Pop. gesamt
Adipositas	20.000.000		7.500		15.000	
Arterielle Hypertonie	8.000.000		3.000		6.000	
Typ 2 -Diabetes	4.000.000		1.500		3.000	
Dialysepflichtigkeit	56.881	14.538	21	5	43	11
Amputationen		30.888		12		23
Erblindung		9.939		4		7
Fettstoffwechselstörungen	15.000.000		5.625		11.250	
Tödlicher Herzinfarkt		65.228		24		49
Apoplex		200.000		75		150
COPD	4.000.000		1.500		3.000	
Demenzielle Erkrankungen	1.000.000		375		750	
Osteoporose						
alle Fragilitätsfrakturen	1.740.000		653		1.305	
spez. Schenkelhalsfrakturen		118.964		45		89
Krebs		394.680		148		296

Damit soll vermieden werden, dass in den Anfangsjahren eine unangemessene Belastung der Managementgesellschaft eintritt, solange noch keine Erfolgseffekte aufgetreten sind. Die Anreize wurden stattdessen auf die Langfristigkeit des Erfolgs gesetzt. Beispielsweise ist eine Entscheidung über Erfolgsboni auf das vierte laufende Jahr des Vertragswerks vertagt worden. Entsprechend wurden übrigens auch die Vergütungsregelungen für die administrativen und Managementleistungen knapp gehalten und erfolgsbezogene Anreize vereinbart.

2.4. Steuerungsmöglichkeiten und Konzepte

Der Managementgesellschaft stehen zur Optimierung der Versorgungssteuerung und zur Erzielung der angestrebten gesundheitlichen und wirtschaftlichen Effekte eine Reihe von Hebel zur Verfügung:

a) Datenanalysen aus den laufenden operativen Daten – „Predictive Modelling“ und gezieltes Management

Die personenbezogene Zusammenführung der Daten zu laufenden Versichertenkosten (pseudonymisiert für die nicht eingeschriebenen, soweit vom Datenschutz her gestattet wird auch offen für die eingeschriebenen) erlaubt ein eigenes „predictive modelling“ für die betroffene Population. Durch Kooperation mit amerikanischen Krankenkassen und Managed Care Organisationen, sowie

eigenes diesbezügliches Know-how können erwartete Hochkostenrisiken frühzeitig erkannt und einem geeigneten Management zugeführt werden. Neben gezielter Bereitstellung von Informationen und einem Case Management durch entsprechendes Fachpersonal kann hier auch auf die direkte Kooperation der Leistungspartner zurückgegriffen werden.

Parallel stehen der Gesellschaft alle Möglichkeiten der weiteren Kooperation mit dritten Leistungspartnern zur Verfügung. Neben den AOK-eigenen Call Centern sind hier auch indikationsspezifische Dienstleister zu nennen, sowie Pharmafirmen, sofern sie sich mit Systemangeboten dem Management von Versorgungsproblemen widmen.

b) Therapeutische Zielvereinbarungen mit den Patienten

Im Sinne des „Shared Decision Making“ wird die Managementgesellschaft die in Vertragsbeziehungen stehenden Ärzte dabei unterstützen, konkrete therapeutische Zielvereinbarungen mit den risikoauffälligen Patienten zu treffen und in regelmäßiger Form adäquat auf ihre Zielerreichung hin zu überprüfen. Zur Grundlage der Zielvereinbarung wird dabei eine Selbstprognose des Patienten zu seiner Erwartung an seine Gesundheit in zwei Jahren und seine Ziele in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) gemacht, die durch eine Prognose des Arztes ergänzt wird. Beide Prognosen werden gegeneinander ge-

stellt, diskutiert und zur Ziel- und Wegentwicklung genutzt. Der Zeiteinsatz des Arztes und die strukturierte Analyse und Entwicklung eines vom Patienten selbst mitgetragenen Ziels und des Wegs dahin führt – so das Kalkül der Managementgesellschaft – zu einer erheblichen Compliancesteigerung, ebenso wie zu einem Zielführungs- und Strukturierungseffekt auf die ärztliche Therapie selber.

Das Modell „Kinzigal“ baut dabei ganz auf die argumentative Überzeugung der Patienten und verzichtet vollständig auf etwaige Druckmittel, behält sich aber eine Kündigung der Einschreibung bei mehrfachem vertragswidrigem Verhalten vor.

c) Unterstützung von Selbsthilfe und Selbstmanagement der Patienten

In der Versorgungsregion wird bisher nur in unterdurchschnittlichem Maße Selbsthilfe und Selbstmanagement unterstützt. Hier kann in Kooperation mit dem Gesundheitsamt, landesweiten Gremien sowie der nahe gelegenen Universität Freiburg eine gezielte Selbsthilfeförderung etabliert und nachhaltig zusammen mit den Ärzten vor Ort unterstützt werden.

d) Indirekte finanzielle Anreize für Patienten

Direkte finanzielle Anreize wie ein Verzicht auf bestimmte Zuzahlungen sind nicht vorgesehen, in indirekter Form erhält der Patient allerdings „mehr Nutzen für gleiches Geld“. Hierunter sind insbesondere die kostenfrei zur Verfügung gestellte elektronische Gesundheitsakte sowie die zahlreichen Zusatzangebote im Bereich der Prävention zu verstehen. Es wird erwogen, den Versicherten anderer Krankenkassen einzelne Leistungen gegen Honorar ebenfalls zugänglich zu machen. Indirekt würde damit der „Mehrwert“ der Einschreibung mit seiner kostenfreien Leistung deutlich gemacht.

e) Vertragliche Hebel gegenüber Leistungserbringern und Vergütungsanreize

Die Managementgesellschaft bietet allen niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten in der Region, also auch denen außerhalb des bestehenden Ärztenetzes, den Abschluss von Leistungspartnerverträgen an. In diesen Verträgen werden die gewünschten Zusatzleistungen und ihre Vergütungen geregelt. Sie erlauben damit die direkte Steuerungsmöglichkeit, etwa im Sinne der Vorrangigkeit von ambulanten gegenüber stationären Leistungen, und können sowohl zur qualitativen Absicherung wie auch zur Konzentration von Leistungen bei Vertragspartnern genutzt werden. Die Verringerung der in Deutschland im internationalen Vergleich sehr hohen Krankenhausfallzahlhäufigkeit wird dabei eine bedeutende Zielgröße. Der Sanktionsfall ist bei Versagen argumentativer Lösungen, etwa im Einzelgespräch und im Peer-Review, in der Vertragskündigung gegeben. Analoge Lösungen sind vorgesehen mit den relevanten stationären, pharmazeutischen, pflegerischen, rehabilitativen und sonstigen Leistungspartnern.

Über die Leistungspartnerverträge können in Kooperation mit der Krankenkasse auch alternative Vergütungssysteme vereinbart werden. Im Gespräch sind zurzeit bereits pauschalierte Vergütungen für definierte physiotherapeutische Leistungen, mit denen die Geltung nur in unzureichendem Maße auf den Gesundheitserfolg bezogenen Heilmittelrichtlinien in Teilen variiert würde. Weitere erfolgsbezogene Vergütungen sind vorgesehen und sollen im Laufe des Modells entwickelt und in ihrer Wirkung erprobt werden.

Eigene Zusatzvergütungen der Managementgesellschaft an die einzelnen Leistungspartner für gezielte Leistungen sind ebenfalls vorgesehen. Hierzu zählt insbesondere die Substitution stationärer Leistungen. Die darin gesetzten Anreize sind jeweils auf die Befolgung von Guidelines und die Erzielung von definierten Ergebnissen bezogen und sollen auch die Patientenzufriedenheit einbeziehen.

f) Zugriff der Leistungserbringer auf eine zentrale gemeinsame elektronische Patientenakte

Managementgesellschaft und Leistungserbringer haben sich bereits darauf geeinigt, die Praxisverwaltungssoftwaresysteme zu vereinheitlichen und für die sich einschreibenden Versicherten zumindest für eine Anlaufperiode kostenlos und für die anderen kostenpflichtig zur Verfügung zu stellen. Damit können Leistungserbringer und Patienten die jeweilige Patientenhistorie, die Zielvereinbarungen und die Befunde erheben, in der jeweiligen Therapieentscheidung berücksichtigen und nach jedem Arzttermin mit einem Zugriff wieder synchronisieren. Dem Datenschutz wird damit in vollem Umfang Rechnung getragen, der aufgrund fehlender historischer Daten auftretenden Doppeldiagnostik und Fehlbehandlung und aufgrund unterschiedlicher Medikationsstrategien unterschiedlicher Ärzte möglicherweise auftretenden Interaktionsproblematik aber vorgebeugt.

g) Schnelligkeit: Die „richtige“ Leistung zum „richtigen Zeitpunkt“

Die Verschleppung einer angemessenen Intervention über den richtigen Zeitpunkt hinaus spielt eine wesentliche Rolle für den Verlauf einer Erkrankung. Neben dem sekundären Krankheitsgewinn des Patienten und der Angst des Patienten vor Diagnostik und Therapie, sowie vor der zu befürchtenden Diagnose, kann eine solche Verschleppung auch in Infrastruktur- und Schnittstellenproblemen der Versorgung liegen. Beispielsweise muss in der Versorgungsregion hinsichtlich erforderlicher Psychotherapien häufig mit einer Verzögerung von bis zu 6 Monaten gerechnet werden. Hier und analog auch in somatischen Fällen kann die Managementgesellschaft durch geeignete Interventionen, z. B. durch die Kontrahierung von spezialisierten Vertragspartnern auf Stundenbasis, eine frühzeitigere angemessene Versorgung organisieren und versuchen, Angstlinderung und Complianceerhöhung zu erzielen.

h) Spezifische Nachsorgesteuerung

Einer der Kostenfaktoren ist die mangelhafte Nachsorge nach Aufhalten in Akut- oder Rehabilitationsklini-

ken. Hier kann die Gesellschaft in Abstimmung mit den Kliniken, Sportvereinen und anderen Partnern vor Ort sowie mit Telemonitoringangebietern geeignete Nachsorgekonzepte vorhalten und zum Einsatz bringen.

i) Allgemeine Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten

Prävention ist in der normalen Hausarztpraxis oftmals nach wie vor ein Stiefkind. Dies ist angesichts der bisherigen negativen Anreize aus der Vergütung auch nicht verwunderlich. Für die Managementgesellschaft ist der Anreiz jetzt gegeben, d. h. sie kann und muss sich damit auseinandersetzen, wie sie Kosten-Nutzen-effektive Prävention in Zusammenarbeit mit ihren Leistungspartnern gezielt fördern kann. Besonders interessant sind dabei Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten für ältere Patienten, etwa zur Vermeidung von Schenkelhalsfrakturen, Verminderung der Progredienz von Diabetes, Arteriosklerose, neurologischen Erkrankungen und Demenz. In Zusammenarbeit mit einer Arbeitsgruppe der Fraunhofer Gesellschaft soll ein Präventionsalgorithmus entwickelt werden, der dem Arzt den EDV-gestützten Zugriff auf eine „Evidence-based-prevention“ erlaubt.

Parallel soll in Zusammenarbeit mit den kommunalen Ebenen, den Bürgermeistern, dem Gesundheitsamt, den Schulen, den Betrieben und dem lokalen Tourismus an einer Initiative „Gesundes Kinzigtal“ gearbeitet werden, die Prävention und Gesundheitsförderung auch in einem breiteren regionalen Kontext in Übernahme des Setting-Ansatzes der Weltgesundheitsorganisation⁴ in den unterschiedlichen Einsatzgebieten fördern will.

j) Gemeinsame Arbeitsgruppen und Kooperation mit den Experten der Krankenkasse

Erklärtes Ziel des Vertrags ist die Reduktion von Bürokratie- und Kontrollaufwänden zwischen Leistungserbringern und Krankenkasse. Stattdessen ist vorgesehen, in sehr viel stärkerem Maße als bisher mit einander zusammen zu arbeiten. Ein Instrument dafür sind gemeinsame Arbeitsgruppen zu gezielten Versorgungsthemen mit der Ausarbeitung von Guidelines und Pathways, die dann ohne zusätzliche Prüfung oder mit vermindertem Prüfungsaufwand zur Abrechnung genutzt werden können.

2.5. Qualitätssicherung und Evaluation

Engmaschige Abstimmungen zwischen den Vertragspartnern mittels eines Lenkungsrates und verschiedener Arbeitsgruppenebenen sind vertraglich vereinbart. Aufgrund der Veränderung der Vergütungsanreize wurde dabei auch besonderer Wert auf ein umfangreiches Qualitätsmanagement gelegt. U. a. sind hier standardisierte EDV-gestützte Dokumentationen, Anforderungen an Qualitätszirkel, Qualitätsmanagementsysteme und gesundheitliche Indikatoren, sowie jährliche Qualitätsberichte, Patientbefragungen und Qualitätskonferenzen aller Leistungspartner festgelegt worden.

Eine Evaluation / Erfolgskontrolle über die Laufzeit des Vertrags soll durchgeführt werden. Geeignete Forschungsinstitute werden zurzeit gebeten, entsprechende Evaluationsmöglichkeiten vorzuschlagen. Neben der Messung der gesundheitsökonomischen Effekte steht dabei insbesondere auch die Evaluation der Ergebnisqualität im Sinne des medizinischen Outcomes und der Patientenbeteiligung im Focus.

3. Diskussion des Modells

Das Modell „Kinzigtal“ stellt teilweise eine Übersetzung, und teilweise eine Revision und Weiterentwicklung von Elementen des Ansatzes der Health Maintenance Organisation und des Managed Care in den USA dar. Der Vertrag verknüpft diese Elemente innovativ mit den Konzepten der Patientensouveränität, des „Shared Decision Making“ und der Gesundheitsförderung (Weltgesundheitsorganisation) in der auf europäischer Ebene entwickelten Ausprägung. Der Firmenverbund Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH und OptiMedis AG hat das zugrunde liegende Management-, Organisations- und Verantwortungsmodell in über zehnjähriger Arbeit und im engen Kontakt zu den nationalen und internationalen Reengineering-Experten der Gesundheitsversorgungssysteme entwickelt.

Im Folgenden soll aus verschiedenen Blickwinkeln das vorliegende Konstrukt noch einmal überprüft und diskutiert werden.

3.1. Diskussion aus der Differenz zum Managed Care in den USA

Die Schwierigkeiten und Probleme des „Managed Care“ in den USA wurden an anderen Stellen intensiv erörtert.⁵ Auf einige der Punkte sei hier eingegangen:

a) Langjährige Perspektive und daraus folgende Betonung der Prävention als „Investment in Health“

Amerikanische Health Plans und HMOs sind dem Problem hoher Turnover-Raten der Versicherten ausgesetzt. So berichtete eine der großen Krankenkassen der USA kürzlich, dass sich ihr Versichertenstamm im Schnitt in 3 Jahren einmal vollständig auswechsele.⁶ Jährliche Neuverhandlungen von Beiträgen und Budgets, eine ohnehin hohe Mobilität der Bevölkerung und aggressive Werbetechniken bestrafen eine auf langfristige Gesundheitsförderung angelegte Unternehmenspolitik eher, als dass sie sie fördern. Da mit dem Wechsel des Versicherten ein Investment der Versicherung in die Gesundheit und die Gesundheitsförderung der Versicherten nicht belohnt wird, entsteht ein Anreizproblem. Um einen gewissen Ausgleich und einen indirekten Anreiz zu bewirken, belohnen die Unternehmen als Einkäufer von Krankenversicherungsleistungen zwar mit den sog. HEDIS-Kriterien insbesondere die Zurverfügungstellung und die Nutzungsraten von präventiv wirksamen Leistungen und stellen zum Teil eigene Extra-Budgets zur Verfügung. Die Leistungserbringer selber

entwickeln aber meist nur kurzfristige Strategien. Eine „nachhaltige Entwicklung“ und ein gezieltes „Investment in Health“⁷ wird dadurch nicht gefördert.

Das Modell Kinzigital wurde in Reaktion auf diese problematische Anreizsituation von vornherein anders aufgebaut. Ein Anreiz für die maximale Entfaltung von Gesundheitsförderungs- und Präventionspotenzialen wird ökonomisch dadurch geschaffen, dass das Modell auf insgesamt neun Jahre ausgelegt ist und für diese Zeit die Berechnungsform der Referenzgröße stabil gehalten wird. Eine Investition in die Kompetenz des Patienten, mit seiner Erkrankung besser und adäquater umzugehen, rechnet sich insofern auch noch, wenn sich die Kosten dieser Investition erst über die Summe der Einsparungen im Laufe von mehreren Jahren wieder refinanzieren. Gleichzeitig kann davon ausgegangen werden, dass die Mobilität der Versicherten und die Wechselbereitschaft zu anderen Krankenkassen eher gering sein dürfte, sodass die Investitionsverluste insgesamt auch eher vernachlässigbar sein dürften.

b) Verzicht auf materielle Anreize für den Patienten

Managed Care Tarife in den USA und in der Schweiz erreichen ihre Versicherten unter anderem aufgrund der im Schnitt um bis zu 20% günstigeren Beiträge. In Deutschland sind analoge Beitragssatzrabatte nur eingeschränkt möglich. Als Ausgleich werden in den meisten deutschen Integrationsverträgen deshalb Verminderungen von Zuzahlungen als Anreiz für eine Einschreibung eingesetzt. Das Modell Kinzigital hat sich gegen derartige Anreize entschieden. Dies erfolgte aus zwei Gründen.

Zum einen sollen vor allem die kränkeren und multimorbiden älteren Versicherten zur Einschreibung erreicht werden. Diese sind aber häufig aus unterschiedlichen Gründen bereits von den Zuzahlungen ganz oder teilweise befreit. Ein Verzicht auf Zuzahlungen liefe insofern Gefahr, vor allem Mitnahmeeffekte bei Gesunden auszulösen. Die Einschreibung von Gesunden wiederum führt nur in sehr begrenztem Maße zu positiven Kostensteuerungseffekten.

Zum anderen läuft ein Anreiz über die Verminderung von Zuzahlungen oder über Jahresboni immer auch in anderer Weise Gefahr, missverstanden zu werden. Für den Patienten entsteht die Frage, warum ihm eine Einschreibung in eine besser organisierte und qualitativ hochwertigere Medizin ausgerechnet preiswerter als die herkömmliche Versorgung angeboten wird. Auch im normalen Wirtschaftsleben wird ihm eine hochwertigere Leistung nicht zu einem günstigeren Preis angeboten. Für den Versorgungsanbieter könnte insofern ein Imageproblem entstehen, das den Verdacht auf eine „Mangelmedizin“ fördert.

c) Verzicht auf individuelle Capitation des Leistungserbringers / Gefahr des Anreizes in Richtung Mangelversorgung

Im Rahmen von Managed Care Verträgen erhalten Leistungserbringer häufig direkte „Capitation“ genannte Vergütungen je Versicherten und Monat, unabhängig

von der individuellen Leistungsanforderung, aber verbunden mit der Leistungspflicht bei gerechtfertigter Anforderung. So interessant diese Lösung ist, um unnötige Leistungen als Folge eines Anreizes im Sinne einer Fee-for-service Vergütung zu vermeiden, so problematisch ist sie in ihrer individuellen Zuordnung eines eventuellen Ertrags aus einer unterlassenen diagnostischen oder therapeutischen Leistung. Neben der daraus entstehenden ethischen Herausforderung kann sich eine solche direkte Zuordnung auch ausgesprochen negativ auf das individuelle Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnis auswirken, muss dieser doch befürchten, dass der Arzt ihm nicht aus medizinischen, sondern aus monetären Gründen von einer therapeutischen Intervention abrät.

In einer Schweizer Publikation wurde aus diesen Gründen eine Begrenzung derart direkter finanzieller Anreize in Ärztenetzen und IV-Systemen empfohlen.⁸ Mit der Etablierung der Managementgesellschaft als Zwischenstufe zwischen der Krankenkasse und dem einzelnen Arzt, und mit der virtuellen Aggregation der Capitation auf die Gesamtpopulation wurde dieser Empfehlung im Modell Kinzigital gefolgt. Mit der Fortgeltung der Vergütungsregelungen der Kassenärztlichen Vereinigung sind die einzelnen Ärzte für den weit überwiegenden Teil der „Normalversorgung“ vor einer unter Umständen problematischen Anreizumkehr geschützt.

Die Managementgesellschaft ihrerseits kann analog zu einer Krankenkasse die Anreizumkehr sehr viel besser versicherungsmathematisch kalkulieren und balancieren und in den Rahmen einer mehrjährigen Betrachtung von Kosten-Nutzen-Effekten stellen. Sie hat ein langfristiges Reputations- und Leistungsinteresse und kann auf die Gesamtpopulation bezogen auch sehr viel besser von der Krankenkasse auf ihre Qualität und den gelieferten Gesundheitsnutzen hin kontrolliert werden, als es bei einer Einzel-Capitation hinsichtlich des einzelnen Leistungserbringer möglich wäre.

d) Freie Arztwahl

Die meisten Managed Care Lösungen in den USA sehen vor, dass die Versicherten ihre Ärzte und anderen Leistungserbringer nur unter einer eingeschränkten Auswahl von Leistungserbringern wählen können, mit denen die jeweilige Versicherung einen entsprechenden Leistungsvertrag abgeschlossen hat. Dieser limitierte Zugang zur Versorgung ist immer wieder Anlass für Auseinandersetzungen, auch wenn die Limitierung mit einer Qualitätsauswahl begründet wird. Denn der Patient muss befürchten, dass er seinen Hausarzt möglicherweise im nächsten Jahr nicht mehr auf der Liste vorfindet, oder dass ihm ein Arzt angeboten wird, der in spezifischer Weise an der Begrenzung der eigentlich erforderlichen Behandlung selber verdienen könnte.

Das Modell Kinzigital hat diese Option, die der § 140a SGB V durchaus erlauben würde, nicht gewählt. Drei Gründe sind dafür ausschlaggebend:

Ein limitiertes System kann zwar innerhalb der Systempartner die Schnittstellenprobleme aufheben, führt aber

notwendigerweise an seinen Grenzen zu neuen Schnittstellenproblemen (und erschwert die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen den Ärzten innerhalb und mit den Ärzten außerhalb des Systems). Genau diese bessere Zusammenarbeit ist aber für eine optimierte Versorgung der Patienten von ganz entscheidender Bedeutung – und die Annahme, man könnte alle Fachdisziplinen und Kompetenzen innerhalb des limitierten Systems vorhalten, wird sich spätestens bei selteneren Erkrankungen und Diagnosen als falsch erweisen. Zum anderen steht zu befürchten, dass eine Limitierung des Zugangs genau diejenigen Patienten eher aus der Einschreibung in das IV-System heraushalten könnte, die multimorbide sind und vielerlei Ärzte regelmäßig zu konsultieren haben. Zum dritten erscheinen den Modellinitiatoren die Kosten eines Kulturbruchs zwischen dem System der Freien Arztwahl und dem eines limitierten Modells in Deutschland so hoch, dass sie die daraus möglicherweise entstehenden Steuervorteile eher zu übersteigen drohen.

e) Verzicht auf Risikoselektion und die Techniken des „Creaming, Skimping, Dumping“

Kritiker werfen einer Reihe von Managed Care Kontraktformen vor, dass Leistungserbringer, Integrierte Versorgungssysteme und Health Maintenance Organizations die Selektion von guten und schlechten Risiken (und „Deckungsbeitragsträgern“) zu Lasten der Versorgungsoptimierung in den Vordergrund stellen. „Creaming, Skimping und Dumping“ wird in diesem Zusammenhang in der ökonomischen Theorie beschrieben.⁹ Erste Diskussionen erfolgen auch bereits in der bundesdeutschen Diskussion zu Integrierten Versorgungsverträgen,¹⁰

Das Creaming besteht in der Selektion von Patienten, die unterdurchschnittliche Kosten für die Leistungserbringer bzw. Integrierten Versorgungssysteme erwarten lassen. Die Selektion kann durch direkte Maßnahmen geschehen, indem vermehrt eher jüngere Patienten angezogen und beworben werden oder indirekt, z. B. indem Publikationen des IV-Systems besonders jüngere und sportliche Patienten abbilden oder dezidiert auf sportliche Aktivitäten hingewiesen wird.

Dumping ist eine korrespondierende Strategie zur Abwehr von Patienten, die aufgrund ihrer Konstitution eher Komplikationen erwarten lassen und somit überdurchschnittliche Kosten verursachen. Es sind zwei Formen des Dumping möglich. Zum einen die generelle Abwehr des Patienten und Weiterempfehlung zu anderen Praxen, zum zweiten die Umlenkung auf die Regelversorgung, z. B. durch Empfehlung, sich nicht einzuschreiben oder durch unzureichende oder negative Aufklärung.

Mit Skimping wird die Möglichkeit beschrieben, bestimmte Leistungen nicht anzubieten, um Patienten nicht behandeln zu müssen, die voraussichtlich hohe Kosten verursachen. Ein einfaches Beispiel ist die Nicht-Vorhaltung eines Diabetes-Beraters / Assistenten oder eines Diabetologen innerhalb eines Systems. Die Nicht-Vorhaltung kann für Patienten mit Diabetes ein Argument sein, sich dem IV-System nicht anzuschließen. Dabei wird unter

Skimping auch subsumiert, dass der Leistungserbringer die Qualität seiner Leistung reduziert und dadurch indirekt Patienten ausschließt.

Alle drei Selektionsvarianten sind in dem Modell Kinzigal dadurch ausgeschlossen, dass die retrograde Einsparungsrechnung nicht nur die eingeschriebenen Versicherten mit ihren Ist-Kosten, sondern auch die nicht eingeschriebenen Versicherten in die Berechnung einbezieht. Ein direkter oder indirekter Ausschluss von Versicherten, deren Versorgung einen überdurchschnittlich hohen finanziellen Aufwand erwarten lässt, hat keinen positiven Effekt für die Managementgesellschaft. Die Managementgesellschaft wird sich im Gegenteil gerade bei diesen Patienten durch eine strukturierte Behandlung besondere Nutzeneffekte erwarten. Ihr Anreiz besteht darin, die kränkeren und mit Risiko behafteten Patienten möglichst schnell zu einer Einschreibung zu bewegen.

Zusammenfassend berücksichtigen die im Modell Kinzigal entwickelten Lösungen die in den USA gemachten Erfahrungen. In einem viel beachteten Artikel wurde dort vor wenigen Jahren das Ende des Managed Care in den USA beschworen. Eine der zentralen Aussagen gipfelte in der Feststellung, dass die Konsumenten des Gesundheitssystems die Kostenkontrollstrategien des Managed Care in den USA als Behinderungen im Zugang zu Versorgung, in administrativer Überkomplexität und im artikulierten Ärger und der Frustration der Leistungserbringer erfahren haben.¹¹ Das Modell Kinzigal hat diese Kritik antizipiert und darauf positive Antworten entwickelt: Keine Behinderung im Zugang zur Versorgung, einfache Regelungen bzgl. der Administration und Leistungserbringer, die der entwickelten Lösung positiv gegenüber stehen und sich in ihrer Praxis dadurch unterstützt statt behindert und eingeschränkt sehen.

3.2. Diskussion aus der Sicht der Krankenkasse

Über die breite öffentliche und politische Diskussion zu den offenen Fragen eines zukunftstauglichen Finanzierungsmodells für das deutsche Gesundheitswesen einerseits und die seit Monaten hervorstechenden Aufregungen ärztlicher Proteste, die auf Basis von Schlagworten wie Budget, Bürokratie und Einkommensverlusten im Praxisalltag wuchern, andererseits wird es auch für eine Krankenkasse wie die AOK Baden-Württemberg mit rund 4 Mio. Versicherten im Südwesten der Republik, die es als ihre Aufgabe ansieht, Versorgung für ihre Kunden erfolgreich mitzugestalten, zunehmend schwieriger, grundlegende Systemschwächen unserer gesundheitlichen Versorgungslandschaft weiter ins allgemeine Blickfeld zu rücken. Absichtsvoll oder nicht ist der Ruf nach „Mehr Geld ins System!“ allemal einfacher – und ihm ist der Lobbyapplaus von vornherein sicher – als das mühsame „Bohren im dicken Brett“ struktureller Systemverschiebung des real existierenden deutschen Gesundheitsgeschehens.

Dabei liegen die grundsätzlichen Defizite seit langem offen zutage: Die weitgehend strikte Trennung insbeson-

dere von ambulanter und stationärer Versorgungsebene führt zu Brüchen in den Behandlungsabläufen der betroffenen Patienten, bildet die Ursache für das Nebeneinander von gleichzeitiger Unter-, Über- und Fehlversorgung in Diagnostik wie Therapie; Mehrfachuntersuchungen, Drehtüreffekte und wechselseitige Informationsdefizite der Einzelakteure provozieren Mehrausgaben ohne (im besseren Fall) zusätzlichen Gesundheitsnutzen.

Auch die AOK Baden-Württemberg setzt dagegen vor allem auf die Möglichkeiten des von der Politik seit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) 2004 gesetzten Zauberswortes der Integrierten Versorgung, wo immer sich medizinisch-ökonomisch sinnvolle Ansätze zeigen. Allerdings verbirgt sich hinter dem, was unter dem Label Integrierte Versorgung von Dritten angeboten und / oder vermarktet wird, häufig nicht der vielversprechende Weg von der Abschottung zur ganzheitlichen Versorgungsgestaltung, sondern primär ein aus finanziellen Motiven (Stichwort „1 %-Anschubfinanzierung“ nach § 140 d SGB V) getriebenes „Pumpen von altem Wein in neue Schläuche.“

Beim intensiveren Blick auf oftmals hochtrabend angepriesene Projektskizzen wird vielfach deutlich, dass es neben mannigfaltigen anderen Unzulänglichkeiten etwa im Hinblick auf Indikationenbezug, Laufzeiten oder Partnerauswahl, auch an der systematischen Grundvoraussetzung für die Umsetzung einer tatsächlichen Integrierten Versorgung in die Gesundheitslandschaft fehlt: die möglichst optimale verbindliche Kooperation aller, die Versorgung im konkreten Fall gemeinsam gestalten wollen oder sollen (Leistungserbringer verschiedenster Art untereinander, Krankenkasse). Kooperation in diesem Sinne setzt zwingend eine möglichst stringent eingeforderte Transparenz und offene zielorientierte Kommunikation unter den Beteiligten voraus.

Das Modell Kinzigital bringt in hervorragender Weise die Voraussetzungen mit, gerade diese Essentials erfolgreicher, praktisch gelebter Integrierter Versorgung in exemplarischer Weise zu realisieren. Hier begeben sich alle Akteure auf den Weg zu einer „neuen Kultur der Zusammenarbeit“, die erst versorgungspolitisch die intendierten Vorteile einer Integrierten Versorgung real werden lassen kann. Der für deutsche Verhältnisse vorbildlose umfassende populationsbezogene Ansatz des Projekts wäre ansonsten a priori zum Scheitern verurteilt und hätte durch die AOK Baden-Württemberg entsprechend keine Realisierungschance erhalten.

Mit der „neuen Kultur der Zusammenarbeit“ verbinden sich für eine große Versorgerkasse wie die AOK Baden-Württemberg konkret vor allem fünf entscheidende Motive:

a) Das Projekt Kinzigital als Investition in eine neue Versorgungsgestaltung

Die „Gesundes Kinzigital GmbH“ und die AOK Baden-Württemberg investieren gemeinsam in die Gesundheit der rund 30.000 Versicherten der AOK Baden-Württemberg im Kinzigital und in die bessere regionale Vernetzung der Versorgungsinfrastruktur.

Dieses Engagement muss, da es auf Nachhaltigkeit angelegt ist, langfristig erfolgen und drückt sich in einem Vertragsabschluss bis Ende 2014 mit vertraglicher Anschlussoption für die Partner aus. Neue Wege in der Gesundheitsförderung und Prävention, in der aktiven Einbeziehung der Patienten in das Behandlungsregime, im Aufbau sowohl interner Qualitätsmanagement- als auch externer Kooperationsstrukturen sowie die Übernahme wesentlicher Mitverantwortung für zu steuernde jährliche Gesamtausgaben für die AOK-Versicherten in Höhe von rund 50 Mio. EUR erfordern ein solides, auf Kontinuität angelegtes Zusammenwirken aller Beteiligten.

b) Das Projekt Kinzigital als Paradigma für Flexibilität und Bürokratieabbau

Die über Jahre gezüchtete allseitige „Kultur des Misstrauens“ in unserem Gesundheitswesen produziert mittlerweile Overheadkosten, die den unvermeidlichen administrativen Aufwand zur Steuerung der hochkomplexen Wirtschaftsbranche Gesundheitswesen in Deutschland mehr als verdoppeln dürften. Die „neue Kultur der Zusammenarbeit“ beinhaltet deshalb selbstredend auch Vereinbarungen über den umfänglichen Abbau überflüssiger Regularien beim Umgang aller Beteiligten miteinander.

Lokal angepasste entschlackte Lösungen auf klar strukturierter Basis intern zwischen den Ärzten, im Zusammenspiel mit anderen Leistungserbringern und der AOK-Bezirksdirektion vor Ort fußen auf Ablaufoptimierung und Bürokratieverzicht. Können sowohl eine zielgenaue Abstimmung zwischen den Therapeuten als auch „kurze Dienstwege“ zwischen Ärzten und AOK Baden-Württemberg anstelle vielfältiger Anfragen und Genehmigungsverfahren vereinbart werden, setzt dies erhebliche Ressourcen für Prävention, Vorsorge und unmittelbare Betreuungsleistungen gegenüber den Versicherten / Patienten frei. Diese Vertrauensproduktivität kann weiter gesteigert werden durch die über die Managementgesellschaft für die Arztpraxen angestrebte zusätzliche Entlastung von bürokratisch-organisatorischen Aufwänden. Die AOK Baden-Württemberg freut sich über jeden Euro, der aus dem administrativen Kontext in die unmittelbare Versorgung ihrer Versicherten umgeleitet werden kann. Das Projekt Kinzigital bietet alle Voraussetzungen dafür, aussagekräftig zu prüfen, wie weit es gelingen kann, mit dem optimierten Einsatz der Finanzmittel des Status quo die Versorgungsnotwendigkeiten einer auch im Kinzigital alternden Bevölkerung auf Sicht umfänglich abzudecken.

c) Das Projekt Kinzigital als Modell für erfolgsorientierte Vergütung

Völlig unabhängig von den gegenwärtigen innerärztlichen Auseinandersetzungen um Bewertungsrelationen oder „Gewinner“ und „Verlierer“ des neuen EBM 2000 Plus hat die Honorierung eines Arztes im ambulant-vertragärztlichen Bereich grundsätzlich keinen Bezug zu den patientenbezogenen Folgen seines Handelns. Die

Vergütung nivelliert unterschiedslos gute und weniger gute Versorgungsleistungen von Medizinern. Das von den Vertragspartnern des Kinzigal-Projektes entwickelte Vergütungsmodell antwortet auf diese unbefriedigende Systematik. Es setzt an seine Stelle ein Verfahren, das vom Prinzip her den erzielten Gesundheitsgewinn der AOK-Versicherten im Kinzigal im Verhältnis zur Situation aller Versicherten in Deutschland messbar macht und die projektbeteiligten Ärzte dafür in besonderem Maße vergütet.

Die AOK Baden-Württemberg geht davon aus, dass auf der Grundlage des strukturierten Zusammenwirkens der Beteiligten auf allen Versorgungsebenen tatsächlich in weitem Umfang die richtige Versorgung zur richtigen Zeit auf der jeweils adäquaten Versorgungsstufe erfolgt und gemeinsam mit dem Invest in die neue Vertrauenskultur auf diese Weise erhebliche finanzielle Ressourcen freigesetzt werden können. Eine gesteigerte Patientenzufriedenheit, ein Mehr an Lebensqualität und eine geringere Krankheitshäufigkeit lassen weitere Effizienzvorteile erwarten, die eine Vergütung am Gesundheitserfolg attraktiv werden lassen. Zusammen mit der von den Partnern gleichzeitig übernommenen ganzheitlichen medizinischen und ökonomischen Verantwortung sticht das Projekt Kinzigal damit auch für die AOK Baden-Württemberg in einzigartiger Weise aus dem Kanon der abgeschlossenen integrierten Versorgungsverträge hervor.

d) Das Projekt Kinzigal als innovative Variante effizienten Versorgungsmanagements

Die Bemühungen der AOK Baden-Württemberg sind in Übereinstimmung mit dem Handeln vieler Versorgerkrankenkassen im Lande seit Jahren maßgeblich darauf ausgerichtet, die Effizienz der eingesetzten Finanzmittel (Versicherten- und Arbeitgeberbeiträge) weiter zu optimieren. In verschiedenen Leistungsbereichen – etwa beim Krankengeld, im Bereich der Rehabilitationsmaßnahmen oder im Hilfsmittelsektor – konnten hierbei durch den Aufbau konsequenter kasseninterner Case-Management-Strukturen nachdrückliche Erfolge erzielt werden. Aufbau und Einsatz hochqualifizierter Fallmanager führen zu dem aus Versicherten- wie Krankenkassenperspektive gleichermaßen erfreulichen Resultat, dass Kundenzufriedenheit und ökonomischer Effizienzgewinn eindeutig in die gleiche positive Richtung weisen.

Versorgungsmanagement wird freilich um so häufiger (wenn auch meist vorschnell) als „Sparmodell enttarnt“, um so intensiver die unmittelbare Einbeziehung von Ärzten oder weiteren Leistungserbringergruppen ansteht.

Mit dem Projekt Kinzigal eröffnet sich im Kontext eine neue „externe“ Variante, die das offensichtliche Novum aufweist, vermeintliche oder tatsächliche Animositäten der direkt eingebundenen Ärzte vornehmlich auf elegante Weise aufzulösen. Die „Gesundes Kinzigal GmbH“ kann schon vom Ansatz her insbesondere aufgrund der gesellschaftsrechtlichen Beteiligung der Medizinischen Qualitätsnetz-Ärzteinitiative e. V. mit entsprechenden Personenidentitäten nicht als problematischer Widerpart

aufgefasst werden. Grundsätzliche strukturelle Problemlagen im Verhältnis Leistungsträger und Leistungserbringer bleiben auf diese Weise systematisch ausgeblendet. Im Gegenteil steht zu erwarten, dass die Managementgesellschaft von den beteiligten Ärzten richtigerweise als natürlicher Supporter realisiert werden wird, während gleichzeitig die AOK Baden-Württemberg neben der professionellen personellen Unterstützung auch aufgrund der gewählten Vergütungskonstruktion des Projektes im Versorgungsmanagement unschwer als Partner mit analoger Interessenlage wahrgenommen werden kann.

e) Das Projekt Kinzigal als Partner für den wirtschaftlichen Erfolg

Integrierte Versorgungsprojekte stehen für alle Krankenkassen – zumindest mittelfristig – unter dem gleichen ökonomischen Rechtfertigungsdruck wie alles Handeln im Bereich eigenverantwortlicher Aufgabenwahrnehmung. Integrierte Versorgungsmodelle mit mangelhaftem oder gar negativen Effizienzsaldo können in einer wettbewerblich ausgerichteten Krankenkassenlandschaft objektiv dauerhaft keinen Bestand haben.

Diese ökonomische Bewährungsprobe steht im Projekt Kinzigal zwar erst noch bevor. Es kann aber kein ernsthafter Zweifel daran bestehen, dass die Partner des Projektes größtmögliche Sicherheit für den notwendigen wirtschaftlichen Erfolg bieten. Mit der Kombination etwa von Rabatten der generischen Pharmaindustrie, optimierter DMP-Beachtung oder Effizienzgewinnen durch die „neue Kultur der Zusammenarbeit“ zwischen den Leistungserbringern vor Ort und der AOK Baden-Württemberg kann die Bilanz für das Projekt auch bei Gegenrechnung der zusätzlichen Steuerungsaufwände der AOK Baden-Württemberg positiv gestaltet werden. Begünstigend kommen kurzfristig die Bedingungen der Anschubfinanzierung hinzu. Ab 2007 geht die AOK Baden-Württemberg aber ohnehin von einem sich steigernden ökonomischen Erfolg bedeutender Dimension bezogen auf die zu steuernden Gesamtausgaben von rd. 50 Mio. EUR für ihre Versicherten im Kinzigal aus. Die Voraussetzungen stimmen, um Größenordnungen zu realisieren, die mit anderen Lösungen der Integrierten Versorgung bisher in Deutschland nicht annähernd realisiert werden konnten.

Fazit

Für die AOK Baden-Württemberg beschreibt das Projekt Kinzigal ein Stück Versorgungszukunft mit hohem Charme. Die Vertragspartner haben in einem langwierigen Prozess die Voraussetzungen für ein erfolgreiches Modell geschaffen, das bewusst Vertrauen, Qualitätsorientierung und Effizienz an die Stelle von Misstrauen, Beliebigkeit, Ressourcenverschwendung und nicht zuletzt gegenseitigen Schuldzuweisungen setzt. Ein Arzt, der sich verstärkt auf seine professionellen Kernkompetenzen qualitätsorientiert konzentrieren kann, lässt in der Folge Versorgungsleistungen erwarten, von denen die beteiligten Ver-

sicherten der AOK Baden-Württemberg im besten Sinne profitieren können.

Die AOK Baden-Württemberg kommt vor diesem Hintergrund mit dem Projekt Kinzigtal auch ihrem selbst gestellten Anspruch näher, Versorgung für ihre Versicherten in Baden-Württemberg aktiv partnerschaftlich mitzugestalten und in gemeinsamer Verantwortung Effektivität und Effizienz der Gesundheitslandschaft im Südwesten Deutschlands weiter an die Notwendigkeiten des 21. Jahrhunderts heranzurücken.

3.3. Diskussion aus der Sicht der Gesundheitswissenschaften

Die Ziele der Gesundheitspolitik und der Reformdebatte in Deutschland fokussieren im Allgemeinen auf Fragen des Leistungsrechts, der Struktur- und Ordnungspolitik und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung.¹²

Die Gesundheit der Bevölkerung oder von Teilbevölkerungen einer Region in den Mittelpunkt zu stellen, wie dies Public Health und Gesundheitswissenschaften tun, ist in Deutschland bislang weder auf oberster noch auf den unteren Ebenen zentrales Anliegen von Gesundheitspolitik.

Dabei ist, nicht nur aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht, individuell wie gesellschaftlich Gesundheit zuallererst ein elementares menschliches Anliegen. Gesundheit ist ein Grundrecht nach der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der UN. Doch Gesundheit generiert ebenso demographische Vorgänge mit Konsequenzen für die Alterung der Gesellschaft. Gesundheit hat ökonomische Folgen, und zwar in doppelter Weise: Gesundheit sichert gesellschaftliches „Humankapital“ als Voraussetzung für wirtschaftliche Produktivität, andererseits sind mit ihr wachsende Kosten der medizinischen Versorgung verbunden, die als Belastung für andere Bereiche der Volkswirtschaft und der politischen Gestaltung empfunden werden. Das Thema Gesundheit sorgt zwar für Schlagzeilen in den Medien, und Politiker fühlen sich ständig herausgefordert, neue gesundheitstechnische Fortschritte zu ermöglichen, ohne sich aber meist den Herausforderungen der ökonomischen und strukturellen Umsetzung selbst zu stellen.¹³

Diese Aufgaben haben sie in Deutschland im Wesentlichen den Gesetzlichen Krankenkassen und den mit diesen kontrahierenden Ärzten und anderen Leistungserbringern übertragen. Es ist umso erfreulicher, dass eine große südwestdeutsche Regionalkrankenkasse mit sehr hoher regionaler Versichertendichte einen in diesem Sinne Public Health-orientierten Versorgungsansatz wählt.

Die Nähe dieses Ansatzes zur gesundheitswissenschaftlichen Sichtweise geht noch weiter. Seit mehr als einem Jahrzehnt sind alle klassischen Industrieländer mit ähnlicher Herausforderung im Feld der Gesundheitspolitik und bei der Bereitstellung angemessener Gesundheitsdienste konfrontiert durch demographischen Bevölke-

rungsombau, neue Mobilität der Bevölkerung, hohe chronifizierende Krankheitslasten, neue Prozesse des sozialen Ausschlusses, kostensteigernde neue medizinische Technologien, wachsende private öffentliche Erwartungen bei zunehmenden Finanzierungsproblemen durch schrumpfende Arbeitsmärkte und stagnierende Bruttoinlandsprodukte.

Die beiden wichtigsten gesundheitswissenschaftlichen Fragen am Beginn des 21. Jahrhunderts lauten daher:

- Wie lassen sich weitere Verbesserungen der Gesundheit erreichen bzw. der aktuelle Status vor dem Horizont neuer Gefahren (kollektives Fehlverhalten vor allem bei Ernährung und Bewegung, aber auch Stressverarbeitung, Infektionen, soziale Destruktion u. a.) sichern?
- Wie lässt sich eine verbesserte Effizienz im Gebrauch der gesundheitlichen Ressourcen einschließlich der Reduzierung eskalierender Kosten erreichen?

Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht haben dabei in Deutschland vier Fragen eine herausragende Bedeutung:

1. Die starke Sektorisierung der Versorgung,
2. die mangelnde Präventionsorientierung der Versorgung,
3. ein Vergütungssystem nahezu ohne Anreize für gute ergebnisorientierte¹⁴ Versorgungsqualität.
4. der mangelnde Bevölkerungs- und Settingbezug von Vertragsstrategien der von der Politik zu unternehmerischem Wettbewerb aufgerufenen gesetzlichen Krankenkassen.

Man muss fast verblüfft feststellen, wie sehr es im hier vorgestellten Vertrags- und Versorgungsmodell gelungen ist, auf diese Fragen eine konstruktive Antwort zu suchen. Man könnte und sollte die

5. Langfristigkeit des Vorhabens und
6. seine implementierte Evaluation

als weitere Einzelstellungsmerkmale aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht benennen.

Natürlich ist es zu früh, über Erfolge zu spekulieren. Aber der Systemansatz des Modells ist ein gesundheitspolitisches und gesundheitswissenschaftlich wichtiges Novum.

3.4. Diskussion aus der Sicht der niedergelassenen Ärzteschaft

Die derzeitige Situation im deutschen Gesundheitswesen ist von Unsicherheit, Aggression und versuchter Vorteilgewinnung aller Partner gezeichnet. Politik und Krankenkassen versuchen jeder für sich mit diversen Einsparmodellen eine mögliche Zukunftsperspektive zu finden und gleichzeitig ihr Gewicht im Gesundheitssystem zu erhalten oder auszuweiten. Patienten, Ärzte und Psychotherapeuten, deren Standesvertretungen und die übrigen medizinischen Leistungserbringer befinden sich zunehmend in der Defensive und fürchten weitere Belastungen und

weitere wirtschaftliche Verluste bis hin zur immer häufiger werdenden Zahlungsunfähigkeit. Die jüngsten Protestaktionen der niedergelassenen Mediziner und ihre Drohung, aus der kassenärztlichen Versorgung auszusteigen, weisen klar auf die Nöte und Ängste der Leistungserbringer hin. Die Bereitschaft zum Zusammenschluss in sinnvoll fachübergreifenden Verbänden stagniert, während der Zulauf zu den eher im Gruppeninteresse agierenden Facharztverbänden zunimmt.

Wie nicht anders zu erwarten ist, greift in dieser Situation der Unsicherheit jeder nach dem eigenen Vorteil und vermutet ungerechtfertigte Vorteilsnahme bei den Mitbewerbern im System. Einige Patienten bestehen auf ihrem scheinbaren Recht auf ineffektive Kuren und physikalische Maßnahmen oder überbewertete Medikamente, andere sparen den Arztbesuch unter Hinweis auf die Kosten ein und werden mittelfristig zum ökonomischen Risiko für das Gesundheitssystem. Auf Seiten der Ärzte ist für viele beispielsweise die Einkommenssicherung durch Igelleistungen und der Zusatzurlaub zur Kompensierung der Verluste aus der Budgetierung zur Routine geworden. Andere verlieren ihre Motivation und arbeiten an der unteren Grenze des Möglichen. Apotheker, Altenpfleger und physikalische Therapeuten versuchen, sich Teilgebiete aus der medizinischen Behandlung zu eigen zu machen und so eine Absicherung zu erhalten. Das ganze System bedarf einer ausgeweiteten verwalterischen Kontrolle, der sich Kassen und MDK mit zunehmend ausuferndem Aufwand hingeben.

Insgesamt ist eine Unkultur des gegenseitigen Mißtrauens entstanden, die dem Gesundheitssystem schadet und viele Unkosten verursacht.

In dieser Situation von Hamsterrad und Motivationsverlust hat der Gesetzgeber im Jahr 2000 die Möglichkeit der Integrierten Versorgung gesetzlich fixiert und 2004 im § 140 SGB mit der 1 % – Anschubsfinanzierung eine Anreizsituation geschaffen. In der Folge sind inzwischen fast 2000 meist wenige Sektoren übergreifende Integrationsverträge geschlossen worden. Sie sind häufig finanziell während der ganzen Laufzeit von der 1 % – Unterstützung aus § 140 abhängig und verleiten zur Leistungsausweitung. Die Ärzte des MQNK haben aus dieser Entwicklung einen Ausweg gesucht und ihn in der Partnerschaft mit der Optimedis AG gefunden, die zur Gründung der „Gesundes Kinzigtal GmbH“ und zum Vertrag über ein Populationsmodell der Integrierten Versorgung im Kinzigtal mit der AOK Baden-Württemberg führte.

Wesentliche Aspekte dieses Pilotprojekts sind für die Ärzte, dass sie im Projekt nach eigener Vorstellung und Erfahrung an der Erhaltung der Gesundheit ihrer Patienten arbeiten können und dass sie mit den anderen Partnern des Gesundheitswesens gemeinsam eine Kultur des Vertrauens anstreben. Das Erreichen der gesteckten Ziele hängt großteils von der Güte der Kooperation der einzelnen Partner ab. Im einzelnen sieht das so aus:

Bei der Versorgung der Patienten strebt der Arzt über das kurzfristige Notwendige und Wirtschaftliche (EBM) hin-

aus langfristig eine Gesundheitsverbesserung an. Wenn er den Patienten als Partner mit eigener Verantwortung gewonnen hat, kann er mit einer größeren Compliance des Patienten rechnen. Durch das Aufgeben der „Übervaterrolle“ des Arztes im Verhältnis zu seinem Patienten wird ein eher partnerschaftliches Arzt-Patienten-Verhältnis erreicht, das unter günstigen Umständen eine wirksamere Hilfe ermöglicht.

Insbesondere in der Primär- und Sekundärprävention und bei multimorbiden Patienten kann durch optimierte Planung und Ablaufsteuerung effektivere Arbeit geleistet werden. Beschleunigte Vergabe von Terminen und zeitnah fertig gestellte Arztbriefe erleichtern Diagnostik und Therapie. Modernste Diagnose- und Therapieverfahren außerhalb der Leistungspflicht der GKV können angewendet werden, wenn diese krankheitsverhütend bzw. krankheitsverkürzend und sinnvoll sind. Die Behandlung nach den der Praxis angepassten Leitlinien sowie interdisziplinäre Fallkonferenzen, z. B. Schmerzkonferenzen, kommen dem Patienten ebenfalls zugute.

Der Arbeitsaufwand des Arztes im alltäglichen Praxisbetrieb ist in den letzten 15 Jahren durch immer neue Verwaltungsaufgaben, zunehmende Reglementierung und die EDV-gestützte Formularflut ständig gestiegen. Gleichzeitig hat die Patientenversorgung im Gesundheitswesen in allen medizinischen Sektoren an Güte verloren, nicht zuletzt wegen der durch Budgetierung eingeschränkten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. Ist in dieser Hinsicht in unserem Projekt eine Verbesserung der Situation zu erwarten?

Obwohl in der Partnerschaft mit der Kasse ein Großteil der Anfragen unnötig geworden ist und auch der MDK nur selten noch gebraucht wird, ist das neue System arbeitsaufwändiger. Jedoch ist die unbefriedigende und als sinnlos empfundene Verwaltungsarbeit jetzt durch mehr Zeit für den Patienten ersetzt worden. Sinnvolle zusätzliche Arbeit, z. B. in Fallkonferenzen, Qualitätszirkeln und Fortbildungen, wird nicht als drückende Last, sondern als Bereicherung empfunden.

Diese und andere von der Managementgesellschaft gewünschte Zusatzleistungen werden den Ärzten nach einem vorab vereinbarten Schlüssel vergütet und machen sie damit in diesen Fällen von der Budgetierung unabhängig. Zusätzliche finanzielle Anreize werden für innovative Ideen zur Verbesserung der Prozessabläufe geschaffen.

Die Arbeit in einer Gemeinschaft und mit selbst gesetzten Zielen ist befriedigend und lässt auch die Zuwendung zu den unerfreulicheren Tätigkeiten leichter werden.

Das berüchtigte „Hamsterrad“ ist herumgedreht: nicht mehr die Masse an Leistungen und Patientenkontakten, sondern die Krankheitsvermeidung wird prämiert.

Unsere Arbeit wird in geringerem Maße durch Politik, KV und Kassen bestimmt, und wir fühlen uns dadurch deutlich freier. Organisatorische Probleme nimmt uns der Managementpartner ab, ebenso Systemplanung und -ausbau, Verhandlungen mit anderen Partnern, wissenschaftliche

Begleitung und andere neben unserer Praxistätigkeit kaum zu bewältigende Aufgaben. Aus Erfahrung haben wir die projektinterne Verwaltung und das Formularwesen auf das Nötigste reduziert. Weiterhin bringt der Managementpartner vielfältige Beziehungen im deutschen Gesundheitssystem ein, die es erlauben, die Möglichkeiten unseres Pilotprojekts auszuloten.

Nicht zuletzt führen alle diese Neuerungen zu einer Wertsteigerung unserer Praxen, denn die Region und damit unsere Praxen bekommen für Nachfolger einen höheren Wert. Es wird leichter fallen, die Versorgung der Region auch zukünftig aufrecht zu erhalten.

Diese recht positive Erwartung an das Projekt darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich auch für die 35 Ärzte im Kinzigital (MQNK) um ein Pilotprojekt handelt. Niemand kann zurzeit mit Sicherheit sagen, ob es Erfolg haben wird oder nicht, und ob integrierte Medizin in dieser umfassenden Form der Populationsvariante mit dem Anspruch auf Selbstfinanzierung wirtschaftlich durchführbar ist. Ganz wesentlich für ihre Bereitschaft, sich dennoch darauf einzulassen, war die positive und konstruktive Arbeit mit den Partnern Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH und OptiMedis AG, und den für sie handelnden Personen. Die von ihnen eingebrachte Kompetenz sowohl fachlicher Art, wie auch im Verständnis ärztlichen Handelns und die Bereitschaft, das Erfolgsrisiko mit zu tragen, waren Voraussetzung für die einstimmig positive Entscheidung der Ärzte, dieses Pilotprojekt zu wagen. Hinzu kam die positive Erfahrung mit der AOK Baden-Württemberg und ihrer Bereitschaft, sich auf ein solches experimentelles Vorgehen einzulassen.

Allerdings ist zu erwähnen, dass es den Ärzten des Kinzigitals nur in Teilen gelungen ist, ihre Entscheidung auch den anderen Kollegen in Baden-Württemberg verständlich zu machen, so dass unter anderem als Konsequenz die Vorstandsmitgliedschaft des MQNK bei MEDI Baden-Württemberg zur Verfügung gestellt wurde. Für das Kinzigital selber wird hingegen von der vertraglichen Mitarbeit von weiteren 15–20 Ärzten außerhalb des MQNK zum Start der Einschreibung ausgegangen, so dass insgesamt mit einer Beteiligungsquote von knapp 70 % der Ärzte des Tals gerechnet wird.

3.5. Diskussion aus der finanzwirtschaftlichen Perspektive

„In general, managed care organizations are able to reduce health care expenditures in three specific ways: 1) by reducing the quantity of services used; 2) by reducing payments to providers; and 3) by selecting healthier patients.“¹⁵

Im Modell Gesundes Kinzigital wird auf das 3. Mittel des amerikanischen Managed Care vollständig verzichtet, das 2. Mittel nur eingeschränkt genutzt und das 1. Mittel zum Einen scharf kontrolliert bzgl. evtl. Qualitätseinbußen und zum Anderen durch die Freiheit der Arztwahl für den Versicherten ebenfalls in seiner Wirkungskraft sehr eingegrenzt. Unter finanzwirtschaftlichem Kalkül könnte inso-

fern das erzielbare Einsparergebnis sehr limitiert sein und zusätzlich noch durch die sich nicht einschreibenden Versicherten erheblich verdünnt werden. Reichen unter diesen Einschränkungen der Anteil an dem Einsparergebnis überhaupt aus, die erforderlichen Investitionen, Zusatzhonorare für die Ärzte und die Administrationskosten zu decken und einen ausreichenden Gewinn zu erwirtschaften, der eine nachhaltige Stabilität auch gegen unvorhergesehene Ergebnisschwankungen für die Gesundes Kinzigital GmbH sicherstellt?

Zum heutigen Zeitpunkt kann eine valide Antwort auf diese Frage noch nicht gegeben werden und unterliegt in vollem Maße dem unternehmerischen Risiko der Gesundes Kinzigital und seiner Gesellschafter. Zur Begrenzung des unternehmerischen Risikos sind allerdings drei Besonderheiten in der entwickelten Konstruktion berücksichtigt worden:

1. Das Einsparcontracting unterscheidet sich von den amerikanischen Capitation-Varianten dadurch, dass keine Budgetverantwortung übernommen wird, insofern auch keine versicherungstechnisch zu bewertenden Rückstellungen in die Finanzplanung aufgenommen werden müssen.
2. Zur Glättung von unvorhersehbaren Ausgabenschwankungen wurden verschiedene rückversicherungsähnliche Lösungen in das Rechenwerk der Einsparberechnung eingefügt, die vom Effekt her dazu führen, dass Hochkosten Einzelner durch ein Cap abgemildert werden.¹⁶
3. Die Liquiditätsausstattung der Gesundes Kinzigital GmbH erfolgt über zwischenzeitliche Abschlagsvergütungen auf den zu erwartenden Anteil an dem Einsparergebnis und muss insofern nicht die Gesundes Kinzigital GmbH vorfinanziert werden.

Darüber hinaus können durchaus konkrete und belastbare Einsparererwartungen formuliert werden. Viel stärker als im amerikanischen Managed Care beruht die Einsparkalkulation im Modell Kinzigital auf den Ergebnissen der Anstrengungen im Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung. Die Initiatoren gehen davon aus, dass die Einsparungen aus diesem Bereich nach Abzug der dafür erforderlichen Ausgaben den hauptsächlichen Nutzen darstellen werden. Von entscheidendem Vorteil ist dabei die incl. Anschub auf 9 Jahre fixierte Laufzeit des Vertrages, so dass auch Elemente, die nicht sofort, sondern erst in einigen Jahren zu Einsparungen führen, eingesetzt werden können.

Ein weiterer in hohem Maße relevanter Bereich ist der Krankenhaussektor. So können z. B. Annahmen getroffen werden, in welchem Maße unter Nutzung der vorhandenen Steuerungs-elemente, vgl. Teil 2.4, z. B. die Krankenhaushäufigkeit beeinflusst werden kann. Vergleichsweise können die Zahlen der Bundesknappschaft genutzt werden, die in ihrem zumindest in Teilen vergleichbaren Modellvorhaben Prosper¹⁷ die Krankenhaushäufigkeit um mehr als 15 % verringert hat. Zusätzlich kann darauf verwiesen werden, dass diese Quote in Deutschland um rund 35 % höher liegt als in vergleichbaren OECD-Ländern.

Trotz der international schon recht hohen Generikaquote in Deutschland besteht nach wie vor ein Spielraum von ca. 25 % für den Ersatz von Originalpräparaten durch Generika. Die Preisdifferenz zwischen Original- und Generikapräparaten beträgt im Schnitt ca. 30–40 %. Für die Arzneimittel steht Integrierten Systemen zusätzlich die Option des § 130 a Abs. 8 offen, nach dem Rabattverhandlungen mit Arzneimittelherstellern geführt werden können, die zur Zeit zwar nur mit den Krankenkassen abgeschlossen werden können, entsprechend dem AVWG allerdings nach Mandatierung durch Krankenkassen auch direkt durch Managementgesellschaften (Gesundes Kinzigital GmbH wurde durch die AOK entsprechend mandatiert). Die vormals Apotheken gewährten Rabatte in der Höhe von häufig 25 % (in Einzelfällen sogar bis zu 50 %) lassen sich – so die Erfahrungen in den letzten Monaten – zwar nicht in vollem Umfang übertragen, in den konkreten Verhandlungen sind aber dennoch deutlich bessere Werte zu erreichen, als die in den letzten Monaten bekannt gewordenen Rabattlösungen des Hausarzt – Hausapotheker-Vertrages der Barmer. Entsprechende Verträge mit Pharmaherstellern stehen für das Gebiet Kinzigital kurz vor dem Abschluss, neben Rabattverträgen kommen dabei auch andere Lösungen zum Einsatz.

Auch für die kleineren Ausgabepositionen, wie Heil- und Hilfsmittel, Krankengeld, Transporte und Kuren/Rehabilitation wurden von den Initiatoren detaillierte Managementkonzepte erarbeitet, die im Rahmen des IV-Vertrags zum Einsatz gebracht werden.

Die notwendigen Voraussetzungen für detaillierte Einsparkalkulationen liefern die pseudonymisierten Kosten- und Leistungsdaten der Versicherten, deren Abgleich mit den RSA-Normkosten und deren Auswertung mit Predictive Modelling Lösungen. Diese Analysen stellen das Herzstück eines Einsparcontracting-Modells dar, deshalb wird ihrer Durchführung und der dafür notwendigen IT-Infrastruktur auch die größte Aufmerksamkeit gegeben. Eine entsprechende Datenbank wurde dazu schon ausgearbeitet und befindet sich im Besitz der OptiMedis AG. Ebenso liegen umfangreiche Erkenntnisse und Erfahrungen vor zum Einsatz von Unterstützungs- und Informationsangeboten an Patienten, von Telemonitoring-Elementen und von Call Centern, die mit Krankenschwestern und Ärzten bestückt sind und im inbound und outbound Betrieb gezielte Unterstützung leisten.

„Vertrauensproduktivität“ – so haben die Initiatoren eine weitere Ressource genannt, deren Potenzial im Rahmen des Vertragsmodells genutzt werden soll. Das zunehmende Misstrauen im Verhältnis zwischen Krankenkassenmitarbeitern und ärztlich-pflegerischen Leistungserbringern haben Dimensionen angenommen, die auf beiden Seiten zu erheblichen negativen Kontrollkosten in Form von vorab einzuholenden Genehmigungen und zahlreichen Nachfragen und umständlichen Dokumentationsanforderungen führen. Schrittweise sollen im Rahmen des Vertragsmodells diese unproduktiven Kontrollkosten abgebaut und die Verfahren zugunsten von flexibleren und mehr am Ergebnis statt am Prozess orientierten Ver-

einbarungen abgebaut werden. Insbesondere soll dadurch auch zu einer Beschleunigung der „richtigen Behandlung“ zum „richtigen Zeitpunkt“ und an der „richtigen Stelle“ beigetragen werden.

Im Ergebnis sind ökonomisch eine Reihe von Ähnlichkeiten zwischen dem Modell Gesundes Kinzigital und den sog. Energieeinsparcontracting-Verträgen festzustellen. Der Contractor referenziert gegenüber einem Marktpreislevel, er setzt seine Intelligenz, sein Investment und sein Management-Know-how dazu ein Einsparungen zu erwirken, er nutzt moderne Informationstechnologie, teilt die Einsparungen nach einem bestimmten Schlüssel, der auch über die Jahre sich verändern kann, mit dem primären Kostenträger. Kritische Erfolgsfaktoren sind hier wie dort das Management-Know-how, die saubere Referenzierung, die richtige Balancierung der Investitionen und die Informationstechnologie.

Ein ganz entscheidender Erfolgsfaktor ist dabei die Lernkurve und die Schnelligkeit, mit der das erreichbare Potenzial auch tatsächlich real ausgeschöpft werden kann. Der umfangreiche Finanzplan der Gesundes Kinzigital GmbH arbeitet hier mit mehreren Szenarien und berücksichtigt die Erfahrungen, die OptiMedis/Hildebrandt GesundheitsConsult in der Beratung und Begleitung von diversen Ärztenetzen und IV-Verträgen in den letzten vier bis acht Jahren gemacht haben.

Den Vertragsparteien ist dabei bewusst, dass die im Vertrag garantierte Freiheit der Arztwahl für die Versicherten zu einer Verdünnung des möglichen maximalen Einsparerfolgs führt, haben doch die Versicherten damit immer die Wahl, auch außerhalb des Systems medizinische Leistungen nachzusuchen. Die Organisatoren sehen diese Regelung aber weniger als einen Nachteil sondern als einen Vorteil für die langfristige Wirtschaftlichkeit. Zum einen erleichtert diese Regelung den Bereitschaft der Versicherten, sich in das IV-System einzuschreiben, zum anderen stellt diese Freiheit auch den ständigen Ansporn für das IV-System dar, sich in optimaler Form kundenfreundlich zu verhalten und alle Routinen und Abläufe darauf zu beziehen, die Versicherten jeweils wieder davon zu überzeugen, dass die gewählten Leistungspartner und Behandlungsmuster dem Versicherten zum Vorteil gereichen. In gewisser Weise stellt damit die Freiheit der Arztwahl ein begleitendes Qualitätsprüfungssystem dar, mit dessen Ergebnissen die Managementgesellschaft die beteiligten Leistungspartner auch im Bedarfsfall konfrontieren kann.

Relativ wenig bundesdeutsche Erfahrungen liegen vor bzgl. der präzisen Kalkulation der erforderlichen personellen und sächlichen Aufwände für die Erzielung der o. a. Einsparungen. Neben den Aufwänden für die eigene Administration, die IT und die F+E-Kosten, für die auf Schweizer und US-Erfahrungen zurückgegriffen werden kann, schlagen hier v. a. die zusätzlichen Vergütungen an die Leistungspartner zu Buche. Der Managementgesellschaft stehen dazu die Berechnungsmethoden aus dem Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung, auf die auch im Analogschluss zurückgegriffen werden soll. Darüber hinaus lehnt sich die Management-

gesellschaft an die seit einigen Jahren in den USA erprobten Regelungen des sog. „Pay-for-Performance“⁴¹⁸ an, um besondere Qualitäts- und Outcomeerfolge anzureizen, so ist zum Beispiel vorgesehen, dass überdurchschnittliche Ergebnisse in den beteiligten Praxen und Krankenhäusern bei Patientenzufriedenheitserhebungen, bei Impfraten und bei der Reduktion von bestimmten Befund- und Laborparametern (z. B. BMI, HbA1c) und zusätzlich honoriert werden sollen. Im Rahmen der Kinzigital-Kooperation haben sich deshalb die Ärzte und die OptiMedis AG darauf verständigt, die erforderlichen Investitionen und Aufwände aus eigenen Mitteln zu bestreiten bzw. auf einem sehr niedrigen Aufwandsniveau auch bzgl. der personellen Ausstattung und den jeweiligen Verpflichtungen zu halten und erzielte Anschubfinanzierungen und Einsparerträge in den ersten Jahren soweit es geht zu thesaurieren und zur Rücklagenbildung zu nutzen. Seitens der OptiMedis AG wird davon ausgegangen, dass erst eine parallele Realisation von mindestens 4–5 analogen Modellen aufgrund der daraus möglichen Skalen- und Multiplikationseffekte zu einer nachhaltigen Verzinsung des eingesetzten Kapitals führen wird.

3.6. Diskussion aus der Patienten- und Konsumentensicht

Der Patient erlebt das System Gesundes Kinzigital wesentlich als eine Versorgungsstruktur, die nicht nach den Regeln impliziter oder expliziter Rationierung von Leistungen oder „Billigmedizin“ geprägt ist, sondern als ein strukturiertes Angebot von Experten für Gesundheit, die auf Grund ihrer Kompetenz ein Optimum in Kuration, aber auch Prävention zu erreichen versuchen. Daher wird er als Patient oder auch Kunde nicht den mehr oder weniger geschickt getarnten Versuch einer wie auch immer gearteten „Billigmedizin“ fürchten müssen, da solche – oft erst mittel- oder langfristig wirksamen – Einschränkung von Qualität in der Behandlung auf das System zurückfallen, sowohl öffentlichkeitswirksam mit der Auswirkung von Abwanderung aus dem System als auch wirtschaftlich durch weniger erreichte Gesundheit und damit größerer Unwirtschaftlichkeit mit geringeren Einsparungen. Das Modell des Einspar-Contracting würde fehlschlagen, dem System würde seine wirtschaftliche Grundlage entzogen.

Da der Patient dieses als vertrauensbildend von Anfang an erfährt, wird er sich im besten Sinne leiten lassen durch den Arzt seines Vertrauens und damit einen wesentlichen Beitrag leisten können zu einem sach- und problemgerechten Mitteleinsatz und einer adäquaten Inanspruchnahme von Leistungen.

Als Konsument muss er nur unwesentlich dazu lernen oder sein Verhalten ändern, vielmehr wird ihm das System recht vertraut erscheinen. Er wird durch seinen ihm bekannten Vertragsarzt geführt, Medizin wird dennoch für ihn erfahrbar und transparent, da sich sein persönlicher Experte, sein Arzt sich um ihm steuernd und lenkend kümmert mit dem Ziel, ihm ein Maximum an Gesundheit zu verschaffen und nicht wie bisher, ihm mit Blick auf Leistungsmöglichkeiten und Budgetgrenzen so

gut wie möglich zu führen. Allein dieser Umstand schafft vor dem Hintergrund aktueller Debatten um und innerhalb des ärztlichen Berufsstandes Vertrauen und erhöht die Bereitschaft des Patienten zum aktiven Beitrag an seiner Genesung mit einer erhöhten Compliance und Eigenverantwortung.

Innovation von Medizinmethoden, in Medizintechnik oder Pharmakotherapie werden schnell, aber nach kritischer Prüfung auf Wirksamkeit in das System eingeführt. Scheininnovationen, die bislang im deutschen Versorgungssystem aus einseitigen wirtschaftlichen Interessen im beträchtlichen Umfang verbreitet waren, haben im System Gesundes Kinzigital keinen Platz, da sie sich gegen die Zielsetzung einer größtmöglichen Gesundheit unter möglichst geringem Mitteleinsatz wenden.

In erhöhter Eigenverantwortung des Patienten mit zunehmender Konsumentenperspektive liegt ein wesentlicher Schlüssel erfolgreicher, moderner Medizin nach Abkehr von patriarchalischer Grundhaltung vieler Mediziner und Einbindung der Patienten in den Genesungsprozess. Durch offene Information, Zielvereinbarung und gemeinsame Entscheidungsfindung entstehen eine neue Kultur im Verständnis der Rollen untereinander, Medizin wird für jeden Patienten erleb- und gestaltbar, er wird zum wesentlichen Akteur mit einem begleitenden Experten an seiner Seite.

Eine bereits vor Gründung des Systems entwickelte „Charta der Rechte der Patienten“ – verpflichtend auch in die Qualitätsvereinbarungen mit den Leistungspartnern übernommen, sowie ein eigens für die Integrierte Versorgung geschaffener „Patientenbeirat“ im Sinne eines Beraters für die Managementgesellschaft und ein Ombudsmann bzw. eine Ombudsfrau komplettieren die Beteiligungsmöglichkeiten der Patienten auch auf weiteren Ebenen.

Erste Diskussionen mit caritativen und sozialen Organisationen aus dem Kinzigital öffentliche Diskussionsveranstaltungen zeigen, dass das Interesse an einer höheren Integration und Zielgerichtetheit der Versorgung sehr hoch ist. Als besonders wichtig wird dabei die offene Gestaltung des Systems mit der Wahlfreiheit für den Patienten (auch seine Wahl des „Arztes des Vertrauens“) und die zentrale Speicherung der Notfalldaten angesehen. Inwieweit die Versicherten sich für eine Beteiligung entscheiden, wird aber erst der Praxistest zeigen: Die Einschreibung beginnt mit Wirkung ab dem 1. 7. 2006 und die ersten Zahlen werden im Laufe des Herbstes berichtet werden können.

4. Ausblick

Erstmalig wird in diesem Modell Gesundheitsversorgung in Deutschland regional auf den Gesundheitserfolg ausgerichtet und ein Mikromanagement der Versorgung unterhalb der hochgradig aggregierten Regelungsmechanismen auf Landes- oder sogar Bundesebene ermöglicht. Mit einer auf Versorgungsoptimierung ausgerichteten

Managementgesellschaft, die mit lokalen Niedergelassenen verknüpft ist und gleichzeitig Kompetenz auf den Gebieten der Gesundheitswissenschaft und des Management einbezieht, ist ein neuer Player etabliert worden, der ein eigenes Interesse an einer regionalen Versorgungssicherheit und einer qualitativ hochwertigen Leistungserbringung hat.

Einhergehend mit der zusätzlichen Vergütung aus den Steuererlösen der Gesellschaft kann die Niederlassung für junge qualifizierte Ärzte attraktiver gestaltet werden und kann eine sehr gezielte Ansiedlungs- oder auch Anstellungspolitik betrieben werden. Damit ist ein solches Modell auch und insbesondere für unterversorgte oder von Mangelversorgung bedrohte Regionen von höchstem Interesse.

Korrespondenzadresse und weitere Informationen

OptiMedis AG

Borsteler Chaussee 53
D – 22453 Hamburg
Tel.: +49 40 514855 0
Mail: vorstand@optimedis.de

Nähere Informationen sind erhältlich auf der Website der neuen Gesellschaft www.gesundes-kinzigtal.de, auf der Seite der AOK Baden-Württemberg www.aok-bw.de, auf der Seite des Ärztenetzes www.mqrk.de und der Seite der OptiMedis AG www.optimedis.de.

Fußnoten

- 1 Manuskriptstand 29. 5. 2006
- 2 Das Unwort des Jahres 2005 „Entlassungsproduktivität“ wird in dem Vertragsmodell umgewandelt in die Kategorie der „Vertrauensproduktivität“.
- 3 Vgl. die Kalkulation in Ringelstein, E.B; Berger, K.: „Zerebraler Insult. In: Schauder, P.; Berthold, H.; Eckel, H.; Ollenschläger, G. (Hrsg.) Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker – Verwirklichung einer realistischen Utopie S. 242-243). Dort werden auf der Basis von Berechnungen aus dem Jahr 1999 von der Organisation for economic co-operation and development Werte von 18.500 – 74.300 EUR pro Fall und Jahr beschrieben. Hier wurde von einem Mittelwert von 47.000 EUR ausgegangen. Die individuellen Langzeitkosten des einzelnen Patienten werden von Ringelstein et al mit einem Wert zwischen 18.000 – 230.000 EUR pro Fall (inzidenzbasiert) angegeben. Kolominsky-Rabas vom Erlanger Schlaganfallregister errechnet „discounted lifetime costs per case“ in der Höhe von 43.129 € für die „first-year survivor“ von „first-ever ischemic strokes“ (Stroke. 2006; 31:1179-1183)
- 4 Naidoo, J. & Wills, J.: Lehrbuch der Gesundheitsförderung. BZgA (Hrsg) Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg 2003: 257 ff
- 5 Vgl. u. a.: Amelung, V.; Schumacher, H.: Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement. Wiesbaden 2004 (3.Auflage) Dalzell, M.: Has Capitation Weathered the Storm? Managed Care July 2002: 18-26

- Haubrock, M.; Hagmann, H.; Nerlinger, T.: „Managed Care – Integrierte Versorgungsformen“, 1. Aufl., [Management im Gesundheitswesen], Huber, Bern; Göttingen; Toronto; Seattle, 2000
- Jacobs, K; Schulze, S. Managed Care und integrierte Versorgung in den USA – Erfahrungen und Lehren für die Diskussion in Deutschland. In: Klauber, Robra, Schellschmidt: „Krankenhaus – Report 2005 – Schwerpunkt: Wege zur Integration“, Schattauer, Stuttgart, 2006
- Wiechmann, M.: Managed Care, Grundlagen, internationale Erfahrungen und Umsetzung im deutschen Gesundheitssystem, Deutscher Universitätsverlag, 2003
- 6 Mündliche Mitteilung eines Vertreters von Humana an Helmut Hildebrandt, Hamburg August 2005
- 7 Vgl. Kickbusch, I.: Die Gesundheits-Gesellschaft. Megatrends der Gesellschaft und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg, 2005
- 8 Roos, Andreas (1999): Ethische Überlegungen zu Managed Care. Folia Bioethica Nr. 24, SGBE, Genf-Lugano ISBN 2-940003-23-8
- 9 Vgl. Ellis, R. P., „Creaming, Skimping, and Dumping: Provider Competition on the Intensive and Extensive Margins.“ Journal of Health Economics, 17:537-555, 1998. Auf einem Diskussionshinweis von Dr. Steffen Wahler beruhend.
- 10 Heinrich, S.; König, H. H.: Vergütungssysteme in der integrierten Versorgung – Auswahlkriterien, Kalkulation und Einsatzmöglichkeiten. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 1-2, 2006: 23
- 11 „Consumers experienced managed care’s cost-control strategy in the form of barriers to access, administrative complexity, and the well-articulated frustration of their caregivers.“ Robinson, James C.; The End of Managed Care, JAMA. 2001;285:2622-2628
- 12 Schwartz, F.W, Kickbusch, I, Wismar, M.: Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik. In: Schwartz, F.W., et al(Hrsg.): Das Public Health Buch, München, Jena (2.A.) 2003, 229 ff..
- 13 Schwartz, F.W.: Public Health-Zugang zur Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung, Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze. In: Ders. et al. (Hrsg.) Das Public Health Buch. München; Jena (2.A.), 2003, S.3 ff.
- 14 Zu diesem national wie international zunehmend wichtiger werdender Ansatz, vgl. z. B.: Boyle, S., Payment by results in England. Euro Observer. 7,4: 1-4, 2005; ebenso als frühe deutsche Übersicht: Krauth, C. Schwartz, F.W., Perleth, M.: Weiterentwicklung des Vergütungssystems in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen. Hannover, als MS gedruckt. 1997
- 15 Rich, R.F.; Erb, C.T.: The two Faces of Managed Care Regulation and Policy-Making. Stanford Law & Policy Review 2005; Vol. 16; No 1: 233-276 unter Zitierung von Altman, D.; Cutler, D; Zeckhauser, R.J.: Enrollee Mix, Treatment Intensity, and Cost in Competing Indemnity and HMO Plans. National Bureau of Economic Research. Working Paper No. 7832
- 16 Vgl. auch die gleichlautende Empfehlung in: Heinrich, S.; König, H. H.: Vergütungssysteme in der integrierten Versorgung – Auswahlkriterien, Kalkulation und Einsatzmöglichkeiten. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 1-2, 2006: 24
- 17 Eine nähere Beschreibung und Diskussion des Modells „Prosper“ der Bundesknappschaft findet sich bei Greve, G.: Das integrierte Versorgungssystem prosper. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 3-4, 2006: 23 ff
- 18 Vgl. Rosenthal, M; Fernandopulle, R; Song, H; Landon, B: Paying For Quality: Providers’ Incentives For Quality Improvement. In: Health Affairs, 23, no. 2 (2004): 127-141 und: Pieper, C.: „Pay-for-Performance“ in den Vereinigten Staaten – ein Versorgungskonzept mit Perspektive? In. Ärzte Zeitung 03. 04. 2006 und Mappes-Niediek, N; Schlette, S.: USA: „Geld für Leistung“ in Kalifornien zeigt erste Erfolge. In Gesundheitsmonitor / health policy monitor 2/2006 (Bertelsmann Stiftung)