

Integrierte Versorgung

So wird das nichts

Von Walter Plassmann

Schon jubeln sie wieder. Die integrierte Versorgung sei auf einem guten Weg, frohlockt Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt; die Krankenkassen sollten das Instrument noch stärker einsetzen, fordert ihre nordrhein-westfälische Kollegin Birgit Fischer; ein Viertel der Versorgung sieht Allzweck-Einflüsterer Karl Lauterbach bald integriert organisiert. Doch wie so häufig, haben auch diese Einschätzungen aus luftigen Politikerhöhen mit der Realität nichts gemein. Die integrierte Versorgung vertieft derzeit eher Gräben, als dass sie hilft, sie zuzuschütten, und von einer Verbesserung der Situation für Patienten ist man meilenweit entfernt. Ein Zwischenbericht von der Basis.

Am Anfang stand ein Irrtum. Er war fundamental und ist deshalb offenbar besonders langlebig. Er äußerte sich darin, dass Politik, Krankenhäuser und Krankenkassen die niedergelassenen Ärzte und ihre Vertretung, die Kassenärztlichen Vereinigungen, als Hauptverhinderer der integrierten Versorgung ausgemacht hatten. Belegt werden konnte dies nicht, war aber wohl auch nicht nötig, da der Glaube bekanntlich Berge versetzt.

Seit mittlerweile zehn Monaten sind die KVen aus der Organisation von integrierter Versorgung herausgedrängt – ihre Rolle als Sündenböcke haben sie dennoch behalten. So musste der Verfasser in einer Diskussionsrunde der Hamburger Ärztekammer verblüfft den Vorwurf eines im Gesundheitswesen gut bewanderten Krankenhausarztes hören, dass die KV zwar seit Jahresanfang keinerlei Rolle in der integrierten Versorgung mehr spiele, sie trotzdem aber die Hauptschuld für dessen schleppende Einführung trage. Zugegeben – der Vorwurf führte zu vorübergehender Sprachlosigkeit.

Die Grundanalyse stimmt allerdings – die integrierte Versorgung kommt nicht recht voran. Vor allem aber: Dort, wo sie vorankommt, wirkt sie nachgerade kontraproduktiv, gemessen an den inhaltlichen Zie-

len, die in sie gesetzt wurden und werden. Das hat Gründe, und diese Gründe bestehen seit Jahren. Sie wurden durch die Gesundheitsreform des Jahres 2003 („GMG“) nicht beseitigt – und sie werden gerne übersehen, denn sie passen nicht in den politischen Mainstream. Aber sie treten immer deutlicher hervor, gerade in Hamburg.

Unbestritten fasziniert die Idee der integrierten Versorgung. Es ist zwar zweifelhaft, ob man mit „iV“ Einsparungen im Gesundheitswesen erzielen kann, aber es ist nicht zweifelhaft, dass mit enger zusammenarbeitenden Ärzten aus Praxis und Klinik, gut eingebundenen Heil- und Hilfsberufen und permanentem Erfahrungsaustausch die Behandlungsabläufe verbessert und wahrscheinlich auch verkürzt werden könnten. Das ist je nach Indikation unterschiedlich, aber gerade dort, wo unser System Schwächen zeigt – bei der Betreuung von chronisch Kranken, vor allem multimorbiden Patienten –, verspricht dieser Ansatz den größten Erfolg.

Aber er wird nicht verfolgt. Das ist nicht weiter verwunderlich, denn exakt die Rahmenbedingungen, die solches Tun erschweren, wurden in der vergangenen Reform nicht angegangen – ja sie wurden teilweise noch verschlechtert. Das lässt sich ablesen an der bislang vorliegenden Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen.

Integrierte Versorgung ist laut Gesetz die Zusammenarbeit entweder von zugelassenen Leistungserbringern aus unterschiedlichen Bereichen (ambulant – stationär – Hilfsmittel – Heilmittel) oder die „interdisziplinär fachübergreifende Versorgung“ – womit letztlich jeder fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis der Weg in die integrierte Versorgung offensteht. Auf der anderen Seite kann jede einzelne Krankenkasse als Vertragspartner auftreten, und Gemeinschaften aller Art sind sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch auf der der Leistungserbringer gestattet.

Haben sich Vertragspartner gefunden, können sie das gesamte Gesetzeskapitel „Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern“ neu schreiben – inklusive

aller „nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen“ und der Krankenhausfinanzierung. Damit stehen in der ambulanten Versorgung auch Gesamtvertrag, EBM und Qualitätssicherungsvorschriften zur Disposition. Die Gestaltungsfreiheit ist nachgerade unbeschränkt.

Aber sie wird nicht genutzt. Bislang bekannt gewordene Verträge beziehen sich nahezu ausschließlich auf operative Leistungen. Zusammengefasst („integriert“) werden sehr gerne Operation und Rehabilitation, garniert mit einer Garantie für das Operationsergebnis, oder es werden Pauschalen vereinbart, die unabhängig davon bezahlt werden, ob die Operation ambulant durchgeführt oder ein anschließender Aufenthalt in einer (Beleg-)Klinik erforderlich wurde. Letztere Verträge werden gerne versehen mit Service-Vorteilen für die Patienten wie schneller OP-Termin, ggf. Einzelzimmer, Abend- oder Wochenend-Operation. Je nach Versorgungsregion werden diese Verträge ausschließlich mit stationär tätigen Leistungserbringern abgeschlossen oder mit Belegärzten – die völlig zu Recht schon immer in Anspruch genommen hatten, „integriert“ tätig zu sein.

Ob diese Verträge einmal zu Einsparerfolgen führen werden, sei dahingestellt – Krankenkassen-Vertreter geben hinter vorgehaltener Hand durchaus zu, dass diese Hoffnung mit den Verträgen nicht verknüpft wird. Viel wichtiger ist, dass solche Verträge nichts an der Versorgungssituation ändern. Und nicht nur das: Sie vertiefen und verstärken sogar Probleme, wegen derer die integrierte Versorgung geschaffen wurde!

Da ist der „Graben“ zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Ist von integrierter Versorgung die Rede, steht die mangelnde Durchlässigkeit der Sektoren und die verbesserungsfähige Kooperation immer im Mittelpunkt. Die bislang abgeschlossenen Verträge ändern an diesem Phänomen überhaupt nichts – im Gegenteil. Die absurd konstruierte gesetzliche „Anschubfinanzierung“ hat den Strategen auf beiden Seiten nur eine neue Schaufel in die Hand gegeben, um den Graben zu vertiefen.

So werden iV-Verträge nicht zuletzt deshalb angestrebt, um mit dem Geld, das die Krankenkassen von der Gesamtvergütung im ambulanten und den Rechnungen im stationären Bereich einbehalten dürfen, eine gezielte Umverteilung zu erreichen. So ziehen Hamburger Ersatzkassen bei der KVH Gelder ab für Verträge, in denen keinerlei ambulante Leistungen enthalten sind. Auf dem Umweg über die integrierte Versorgung finanzieren so die Hamburger Ver-

tragsärzte und -psychotherapeuten einzelne Kliniken der Hansestadt. Die darob ausgebrochene Freude bei Krankenhausdirektoren wird von den Kassen allerdings gedämpft: Mittelfristig würden Verträge über ambulante Leistungen die Mehrheit ausmachen, sodass der Verlagerungseffekt dann umgekehrt laufen werde. Wie auch immer – es war jedenfalls in den hehren Verlautbarungen zur Gesundheitsreform nicht enthalten, dass skrupellos in die Geldbörse unbeteiligter Dritter gegriffen werden kann.

Mit kräftiger Hilfe der Krankenkassen wird die integrierte Versorgung aber auch eingesetzt, um den Markt zu „bereinigen“. IV-Verträge sollen zu Konzentration von Leistungen bei einigen Leistungserbringern führen und andere vom Markt verdrängen. Solche Befürchtungen waren von Ärzten geäußert und von Krankenkassen entrüstet zurückgewiesen worden. Jetzt ist klar: Genau dies führen viele Kassen im Schilde. Gezielte Vertragsangebote an einige wenige Kliniken und Praxen sollen im fachärztlichen Bereich für eine Auslese sorgen. Geht die Rechnung auf, sind keine Versorgungsverbesserungen zu erwarten, sondern bestenfalls noch längere Wartezeiten. Den Kassen ist das gleichgültig, weil sie sich von einer Ausdünnung des Angebotes langfristig Einsparungen versprechen.

Der größte Vorwurf gegen den aktuellen Umgang mit der integrierten Versorgung erwächst aber aus der Weigerung, ausgerechnet diejenigen Indikationen einer IV zuzuführen, bei denen dies aus Versorgungsaspekten am sinnvollsten wäre: den chronischen Krankheiten. Diese Weigerung ist verständlich, denn die Politik verlangt den Kassen die objektive Unmöglichkeit ab, gegen eigene Interessen zu verstoßen.

Die integrierte Versorgung ändert nichts an dem aberwitzigen Verteilungssystem des „Risikostrukturausgleiches“. Dieses unbeachtet von öffentlicher Aufmerksamkeit vor sich hin wuchernde Milliarden-Euro-Ungewöhnlichkeit soll den Krankenkassen gleiche Wettbewerbschancen garantieren, indem Kassen mit „schlechten Risiken“ Ausgleichsgelder erhalten von Kassen mit „guten Risiken“. „Gut“ und „schlecht“ wird aber allein an den Parametern Alter, Geschlecht und Versichertenstatus gemessen; der Krankheitsstatus spielt nicht die geringste Rolle.

Dies heißt in der Konsequenz, dass jeder Versicherte, der mehr Ausgaben im Gesundheitswesen verursacht als der Durchschnitt der Gruppe, der er angehört, für eine Kasse ein Verlustbringer ist. Deswegen ist es ein Irrtum zu glauben, dass Kassen nur an jungen, gesunden Versicherten ein Interesse

hätten; viel wichtiger ist, dass sie Versicherte gewinnen, die gesünder sind als ihre Alters- und Geschlechtsgenossen – wobei eine rüstige alte Frau ein erheblich besseres „Geschäft“ für die Kasse darstellt als eine gesunde 20-Jährige, denn bei ersterer ist der Unterschied zwischen „wenig Ausgaben“ und „Durchschnittsausgaben“ erheblich größer als in einer Gruppe, in der man schon im Durchschnitt weniger Kosten verursacht.



Walter Plassmann ist stellvertretender Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und unter anderem verantwortlich für neue Versorgungsformen

Eine Gruppe fällt bei dieser Betrachtung völlig durch den Rost: die chronisch Kranken. Ihre Versorgung ist erheblich teurer als der Durchschnitt ihrer Gruppe, ohne dass die Kassen einen Ausgleich bekämen (Ausnahme sind DMP-Versicherte). Die Konsequenz: Jede Kasse wäre mit dem Klammerbeutel gepudert, wenn sie sich beispielsweise um die Verbesserung der Versorgung von MS-Patienten mittels einer integrierten Versorgung bemühen würde. Sie wäre schnell zur „MS-Kasse“ mutiert mit der Folge, dass jeder Versicherte mit MS, der wegen der verbesserten Versorgung in diese Kasse wechselte, das Defizit der Kasse erhöhte. Da dieses kleine Einmaleins aber kein Geheimnis ist, **werden MS-Patienten noch lange auf eine Verbesserung ihrer Versorgung mittels integrierter Versorgung warten müssen – genauso wie Versicherte, die an Depressionen leiden oder an Rheuma, an Schmerzen oder an Krebs.**

Aus diesem Teufelskreis kommt man nur heraus, wenn der Kardinalfehler der integrierten Versorgung behoben wird, der darin besteht, dass dieses Instrument nicht dazu geschneidert wurde, die Versorgungs-

situation zu verbessern, sondern unliebsame Mitspieler kaltzustellen. Schon die Gesetzgebung hat die integrierte Versorgung vor allem als Mittel gesehen, die KVen auszuhöhlen. Dazu muss man nicht die Polemiken der Lauterbachs dieses Landes heranziehen, schon die offizielle Begründung der Gesetzesänderungen lässt an dieser Zielsetzung keine Zweifel.

Eigentlich logisch also, dass die integrierte Versorgung nicht „ethisch“ eingesetzt wird zum Wohle des Patienten, sondern lediglich das Kriegsarsenal der Verteilungskämpfer erweitert hat. Die Kassen können jetzt endlich die KVen piesacken und die Finanzgarotte zuziehen, die Krankenhäuser den Vertragsärzten in die Tasche greifen (und umgekehrt) und der Verdrängungswettbewerb kann angefeuert werden. Nur einer hat davon nichts: der wirklich kranke Patient.

Erfreulich ist immerhin, dass diese Entwicklung mitunter selbst von denjenigen eingeräumt wird, die eigentlich auf der Gewinnerseite sitzen: den Krankenkassen. So verkündet DAK-Vorstand Herbert Rebscher seit einiger Zeit, dass die integrierte Versorgung erst dann System verändernde und verbesserte Wirkung haben wird, wenn sie „gemeinsam und einheitlich“ beschlossen wird.

Hierin liegt in der Tat der einzige Schlüssel, mit dem die integrierte Versorgung zu retten ist. Sie kann und soll eingesetzt werden, um sich im Wettbewerb ein wenig differenzieren zu können. Dann gehört sie allerdings nicht mit Budgetmitteln der Krankenhäuser und der Kassenärztlichen Vereinigungen finanziert. Dort aber, wo sie ihre segensreichen Wirkungen für die Versorgung, für die Patienten entfalten soll, müssen die klassischen Instrumente des gemeinsamen Handelns der gemeinsamen Selbstverwaltung wieder genutzt werden. Dies auch deshalb, um die enormen Organisationsaufgaben und -kosten einer umfassenden integrierten Versorgung bewältigen zu können.

Anreize, dies zu tun, ließen sich ohne weiteres finden. Selbst unter den jetzigen Gegebenheiten ist es in Hamburg gelungen (wenn auch mit einem enormen Kraftakt), das DMP Brustkrebs integriert zu organisieren – unter Beteiligung aller Partner. Aber man muss dies auch wollen – was schwerfallen dürfte angesichts der damit verbundenen Aufgabe der Sekundärziele. Geschieht dies nicht, wird die integrierte Versorgung allenfalls eine kleine Nebenrolle im Gesundheitswesen spielen und irgendwann ganz von den Marketingabteilungen verwaltet werden. Eines wird sie aber nicht erreicht haben: eine Verbesserung der medizinischen Versorgung.