

Integrierte Versorgung

Modelle am Prüfstand

WIEN – Integrierte Versorgung ist eines der Schlagwörter der modernen Gesundheitspolitik. Es stellt sich vermehrt die Frage nach einer Evaluation der Effizienz und Effektivität Integrierter Versorgungsmodelle im Vergleich zur Regelversorgung. Schließlich müssen die neuen Modelle erst beweisen, dass sie den Patienten und dem System einen zusätzlichen Nutzen bringen.

„Unter Integrierter Versorgung (IV) wird die bessere Verzahnung der Leistungsanbieter verstanden, um eine Verbesserung der Versorgungsqualität zu erreichen. Es geht auch darum, Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren und die Patientenkarriere und nicht die einzelnen Behandlungsepisoden in den Vordergrund zu stellen“, erklärte Univ.-Prof. Dr. BERNHARD J. GÜNTERT, Vorstand des Instituts für Management und Ökonomie im Gesundheitswesen an der Universität für medizinische Informatik und Technik (UMIT) in Hall in Tirol.

Zentrale Merkmale der Integrierten Versorgung sind die Kooperation der Leistungsersteller in den Inhalten und den Zielen der Behandlung, die Koordinati-

on der verschiedenen Aktivitäten, die Kommunikation über die erfolgte Diagnostik und Therapie und der Informationstransfer zwischen den verschiedenen beteiligten Leistungsanbietern und den Patienten. Während unter der horizontalen Integration die Vernetzung von Leistungsanbietern in einem Sektor verstanden wird, zielt die vertikale Integration auf die Vernetzung von niedergelassenen Ärzten, von Akutkrankenhäusern und Reha-Einrichtungen. Die erweiterte Integration umfasst sowohl die horizontale als auch die vertikale Integration. Eine weitere Unterscheidung erfolgt in indikations- und populationsbezogene Modelle. Erstere zeichnen sich durch konkrete Behandlungspfade sowie einfache Evaluierbarkeit und gute Steuerbarkeit aus.

Ziel der Evaluation ist es, eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und wirtschaftliche Versorgung zu garantieren, die Zufriedenheit der Versicherten sicherzustellen und einen ausreichenden Zugang zu den Leistungen zu ermöglichen. Mögliche Ansatzpunkte für die Evaluation sind die gesamte Behandlungskette und der Betreuungsver-

lauf unter Berücksichtigung aller Leistungsanbieter und der gemeinsamen Strukturen, weiters die Zielsetzungen, die mit den IV-Modellen verbunden sind und die Ergebnisse. Evaluationsparameter sind z.B. die medizinische Qualität gemessen an Outcome- und Performanceindikatoren, Kundenzufriedenheit und der finanzielle Erfolg. Evaluation erfordert Methodenvielfalt. Eingesetzt werden beispielsweise Methoden der Organisationsforschung, der Versorgungsforschung und der Public-Health-Forschung ebenso wie der klinischen Forschung.

Wettbewerb in Deutschland

Prof. Dr. JUTTA RÄBIGER, Leiterin der gesundheitswissenschaftlichen Studiengänge in Berlin, vertritt die These, dass sich in Deutschland eine neue politische Linie des Wettbewerbs im Gesundheitswesen entwickelt hat, die durch Vertragsfreiheit und Angebotsvielfalt gekennzeichnet ist. IV-Modelle sollen dabei gleichsam als Innovationsmotoren den Wettbewerb um die besten Versicherungs- und Versorgungsmodelle stimulieren.

Ungeklärt ist allerdings noch das Verhältnis von Wettbewerb und Evaluation; außerdem wird Evaluation nur teilweise verpflichtend gefordert. Qualität und Wirtschaftlichkeit sind Wettbewerbsparameter. Versicherte haben die Wahlfreiheit zwischen Regelversorgung und In-



tegrierter Versorgung. Während die Regelversorgung per se als „gute“ Versorgung gilt und sich nicht „beweisen“ muss, stehen IV-Modelle unter hohem Erwartungsdruck: Sie müssen erst beweisen, dass sie „besser“ und „billiger“ sind.

Versicherte erwarten von IV-Modellen naturgemäß das, was sie in der Regelversorgung vermissen, also beispielsweise erweiterte Öffnungszeiten, Hausbesuche, und Qualitätssiegel für Ärzte. Weiters erwarten sie freie Arztwahl (wobei Boni den Verlust der freien Arztwahl ausgleichen), eine hohe Qualität der Leistungen und Produktinformationen von anbieterunabhängigen Institutionen.

Um bessere Chancen am Markt zu haben, müssen sich IV-Modelle verstärkt an den Präferenzen der Patienten orientieren. Genaue Grundlagen dafür bilden Marktforschung, Marketing aber auch Qualitätsmanagement und Zufriedenheitserhebungen. Aber auch der Gesetzgeber kann zur Verbes-

serung der Marktchancen von IV-Modellen verschiedene Strategien verfolgen.

Indikatorengeleiteter Wettbewerb

Im Rahmen des so genannten indikatorengeleiteten Wettbewerbs konkurrieren Anbieter um die bestmögliche Erfüllung vorgegebener Qualitätsindikatoren. Die Qualitätsergebnisse werden dabei transparent gemacht und vergleichend bewertet. Voraussetzung dafür ist ein standardisiert einsetzbares Evaluationskonzept. „Die gemessene Qualität bietet die Basis für Sanktion und Selektion der Angebote, wobei gute Qualität durch Kundengewinnung und Pay for Performance (P4P) belohnt werden kann“, erklärte Dr. Räßiger.

Der Nutzen dieses Wettbewerbs lässt sich auf drei Ebenen festmachen: Versicherte können verschiedene Anbieter miteinander vergleichen und rationale Entscheidungen zwischen alternativen Produkten treffen. Anbieter wiederum können ihre Partner anhand der Qualitätsbewertungen auswählen bzw. Marketingaussagen treffen. Für die Politik wird das Angebot über den Wettbewerb in die gewünschte Richtung gesteuert, Qualitätswettbewerb wird verwirklicht, eine qualitätsorientierte Vergütung ermöglicht sowie eine rationale Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen realisiert. Voraussetzung für den, wie Prof. Räßiger es bezeichnete, „gelenkten Wettbewerb“, ist, dass Versicherte frei zwischen verschiedenen Versorgungsformen wählen können und sich auch an der Qualitätsbeurteilung orientieren. Die Anbieter stehen im qualitativen Wettbewerb, sie sind bereit oder wurden verpflichtet, sich am Benchmarking zu beteiligen und werden durch Kundenzulauf und/oder finanzielle Anreize für Qualität belohnt. Die Wissenschaft wiederum muss Qualitätskriterien entwickeln, erproben und überprüfen. Der Staat schließlich schafft bzw. benennt eine anbieterunabhängige Institution zur Datensammlung, Fremdevaluation und zur Information der Versicherten nach dem Muster der Stiftung Warentest. ISA

4. Symposium Integrierte Versorgung: „Methoden der Evaluierung“, November 2009

Tipp: Die Präsentationen und der Bericht zum Symposium können unter www.wgkk.at heruntergeladen werden.



Univ.-Prof. Dr. Bernhard J. Güntert

Foto: UMIT

Mediskop

Der freie Beruf Arzt im Wandel

Die Zeiten ändern sich. Auch für die althergebrachte Form der Berufsausübung der niedergelassenen Ärzte. Es sind nicht die Forderungen der Kassen, sondern vielmehr die Vorstellungen des Klientel bzw. der Patienten, die sich eine zeitgemäße Betreuung wünschen. Dazu gehören natürlich Öffnungszeiten der Praxen, die denen der Geschäftswelt ähnlich sind. Nicht unbedingt am Sonntag, aber zumindest wochentags von 8.00 bis 19.00 Uhr.

Man erwartet sich auch von den Ärzten ein breiteres Angebot. Will heißen: Mehrere Fächer unter einem Dach. Vergleichsweise gibt es doch auch immer weniger Milchgeschäfte, Bäcker oder Fleischer, die ausschließlich ihre Ware anbieten. Vielmehr bieten die Fleischer schon Semmeln und Getränke, Bäckereien oft Milchprodukte und Getränke an. Tankstellen verkaufen mittlerweile schon lange nicht mehr nur Treibstoff. Immer breiter wird das Angebot in den einzelnen Geschäften. Selbst die Apotheker beschränken

Kommentar



Dr. Wilhelm Hans Appel

sich nicht mehr auf rezeptpflichtige Arzneimittel. Tees, Nahrungsergänzungsmittel und Kosmetika nehmen einen immer größer werdenden Umsatzanteil ein.

In der österreichischen Ordinationslandschaft schaut es aber noch aus wie im vorigen frühen Jahrhundert. Zum einen, weil es die liebe Tradition so will. Zum anderen, weil neuen Niederlassungsformen

so ziemlich alles in den Weg gelegt wird, was so den „Schreibtischtättern“ und Politikern nur einfällen kann.

Die Betriebsform eines Ambulatoriums wird den Kollegen mittels Grundsatzbeschlüssen der Ärztekammer verwehrt. Da könnte ja jeder kommen! Schließlich sind Ärzte, die Ambulatorien betreiben, Mitglieder der Wirtschaftskammer und damit Abtrünnige.

Ärzte-GmbHs wiederum sind so manchem industriellen Gesundheitskonzernchef ein Dorn im Auge. Wollen doch die Ärztekammer die Ärzte-GmbHs in ihrem Hohheitsbereich halten. Und, weil das noch nicht genug ist an dilettantischer Verhinderungspolitik, geben noch Gesundheitspolitik und diverse fremde Interessensverbände ihren lähmenden Senf dazu.

Wo bleibt der freie Beruf Arzt? Wo bleibt die freie Wirtschaft? Wo bleibt das Grundrecht der freien Erwerbstätigkeit? Eigentlich dürften diese Barrieren gar nicht existieren.

Wo sich eine medizinische Versorgungseinheit niederlässt, wie sie sich zusammensetzt, welches Angebot sie der Bevölkerung bietet, müsste allein den dort tätigen Verantwortlichen überlassen bleiben.

Wehrmutstropfen der freien Berufsausübung ist - und wird es bleiben -, dass sich die Leistungsanbieter den marktwirtschaftlichen Regeln zu unterwerfen haben. Es sollte zwar jeder den Beruf „Arzt“ nach seiner Façon ausüben dürfen, ein Recht auf Leistungsabnahmegarantie und Bezahlung ist jedoch nicht damit zu verknüpfen. Kann schon sein, dass das so manchem Kammerbonzen - hier oder da - oder traditionellen Langzeitpraktikern nicht hoch willkommen ist. Aber: die Zeit kann man nicht aufhalten. Das gilt auch für die Ärzte-GmbH ohne sinnlose Einschränkungen. Selbst, wenn deren Betreiber Mitglieder von Zwei (Zwangs)kammern sind. Egal. Das wäre wohl das kleinste Übel.