

Zukunft: integrierte Versorgung

Ist die integrierte Versorgung nur Managed Care in neuen Schläuchen? So oder so: Für die Umsetzung braucht es Pioniere und Macher, die andere motivieren, die organisieren und planen. Sowie die richtigen Anreize – für Versicherte wie für Ärzte. Ein Bericht vom 6. Schweizerischen Kongress für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften.

Jürg Lendenmann



Das Thema «Integrierte Versorgung im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Qualität» lockte mehr als 200 Interessierte ins Auditorium Ettore Rossi des Inselspitals Bern – Teilnehmerrekord für den Schweizerischen Kongress für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften vom 30. Oktober 2009.

Es braucht Pioniere

Managed Care (MC) ist 19 Jahre alt. «Dieser übergeordnete Begriff», so Manfred Manser¹, Vorsitzender Konzernleitung Helsana-Gruppe, «umfasst sämtliche Instrumente, Methoden und Strukturen zur Steuerung der Gesundheitsversorgung auf allen Ebenen. MC ist Integration der Versorgung und der Finanzierung.» Mit Inkrafttreten des KVG am 1. Januar 1996 wurde es möglich, alternative Versicherungsmodelle (MC-Modelle) wie Gesundheitszentren (HMO) und Hausarztmodelle anzubieten.

Bei der sich aus MC entwickelnden «integrierten Versorgung sollen ambulante, stationäre und rehabilitative Versorgung von Patienten besser vernetzt werden.» Wichtig seien auch ein besserer Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten und die gemeinsame Arbeit an einem klar definierten Therapieziel. Die integrierte Versorgung stellt den Versicherten mehr in den Mittelpunkt. Manser bedauerte, dass Pioniere, wie sie in der Anfangsphase von MC zu finden waren, heute bei der integrierten Versorgung (noch) fehlen.

Unternehmerische Ärzte und wenig Politik

Bei MC ging es zu Beginn vor allem darum, die Leistungserbringung zu steigern, erklärte PD Dr.

oec. publ. Konstantin Beck², Leiter CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie. «HMOs erzielen heute, wie die jüngste Publikation der CSS zeigt, insgesamt signifikante Leistungseinsparungen (gewichteter Durchschnitt 18%), wobei die einzelnen HMOs unterschiedlich gute Resultate erzielen und individuell beurteilt werden müssen. Wer für diese Leistungsunterschiede verantwortlich ist, lässt sich nicht zweifelsfrei darstellen. Zahlreiche Indizien sprechen für vernünftige Konsumenten.»

Heute seien erst 10% bis 12% der Versicherten in einem MC-Modell, mittelfristig dürften es nach Beck 20% werden. Was es nach wie vor brauche, seien nüchterne Zielsetzungen und unternehmerisch tätige Ärzte, nicht aber noch mehr Politik.

Motivieren, organisieren, planen

Ein Modellfall für Disease Management und integrierte Versorgung ist das finnische Asthma Programm, dessen Erfolgsgeschichte Prof. Tari Haahtela³, Helsinki University Hospital, skizzierte: Es gelang innerhalb von 10 Jahren (1994–2004), die Morbidität von Asthma und ihre Auswirkung auf Individuen und die Gesellschaft beträchtlich zu verringern. Das Modell funktioniere nicht nur in Ländern wie Finnland, erklärte Haahtela und zeigte, wie es mit Erfolg auf Brasilien übertragen werden konnte. Doch um das finnische Modell erfolgreich kopieren zu können, müsse man «motivieren, organisieren und planen».

Nach dem gleichen Muster wurde 2008 das Finnish Allergy Programme begonnen, und 2009 startete in Polen nach finnischem Vorbild «Polastma».

Grundversorgermangel in den USA

In den USA arbeiten 46% der Allgemeinpraktiker in kleinen Praxen mit einem oder zwei Ärzten, schilderte Thomas Bodenheimer⁴, MD, University of California. Die Grundversorgung stecke in einer grossen Krise; nur 7% der Medizin Studierenden wollen wegen des verhältnismässig tiefen Verdienstes und der hohen zeitlichen Belastung noch Allgemeinpraktiker werden. Grosse integrierte Versorgungssysteme wie Kaiser Permanente, Geisinger Health System oder die Mayo Clinic gebe es nur wenige. Im Vergleich zu den Grundversorgerpraxen seien deren Serviceleistungen schneller und besser koordiniert; die integrierten Versorgungssysteme verfügen über moderne Computersysteme, publizieren bessere Qualitätsdaten und können die Kosten besser kontrollieren.

Faktor Mensch

Prof. Dr. Katharina Janus⁵, Columbia University New York, wies darauf hin, wie entscheidend der Faktor Mensch ist, der in einer integrierten Versorgung Verantwortung übernimmt. Entsprechend dieser Erkenntnis setzen Institutionen wie Kaiser nicht nur auf monetäre Anreize. Für Bewerber wichtig seien u.a. auch zeitliche Flexibilität (Teilzeitstellen), Unterstützung und das Branding. «Sensemaking» und «Knowledge-intensive Firms» zeigten mögliche Ansätze für die Anreizsetzung in der Integrativen Versorgung auf. ■