

Arnold Rekitke

»Integrierte Versorgung«



Qualitätsdefizite im Gesundheitssystem

Arnold Rekkte
»Integrierte Versorgung«
Qualitätsdefizite im Gesundheitssystem

Arnold Rekitke ist gelernter Krankenpfleger und Diplom-Pflegewirt. Er ist seit 2002 bei der Gewerkschaft ver.di als Gewerkschaftssekretär beschäftigt. Zuerst im Bereich Gesundheitspolitik in der ver.di Bundesverwaltung, nun im Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen in Hamburg.

Arnold Rekkittke

»Integrierte Versorgung«

Qualitätsdefizite im Gesundheitssystem

VSA: Verlag Hamburg

www.vsa-verlag.de

Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors Public Health im Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen. Unter dem Titel: »Umsetzung, Rolle der Qualität und Motivation der Akteure bei der Implementierung von integrierten Versorgungskonzepten im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland« abgeschlossen am 29.10.2010.

Für Wiebke und Clara

© VSA: Verlag 2011, St. Georgs Kirchhof 6, D-20099 Hamburg
Alle Rechte vorbehalten
Druck und Buchbindearbeiten: Idee, Satz & Druck, Hamburg
ISBN 978-3-89965-462-2

Inhalt

1. Einleitung und Fragestellung	7
2. Gesundheitswirtschaft und neue Versorgungsformen	16
3. Gute Qualität und Qualitätsdefizite in der Gesundheitswirtschaft	46
4. Perspektive integrierte Versorgung	62
4.1 Integrierte Versorgung (§ 140a-d SGB V)	69
4.2 Medizinische Versorgungszentren (§§ 95; 140b SGB V)	91
4.3 Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V)	95
4.4 Praxisnetze (§ 73a SGB V)	96
4.5 Exkurs: Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung (§ 116a-b SGB V)	99
4.6 Fazit des Gesetzes zur Modernisierung der GKV	100
5. Motivation für Veränderung – Vorteile für die Akteure	109
5.1 Motivation und Vorteile der gesetzlichen Krankenversicherungen	110
5.2 Motivation und Vorteile der Politik	113
5.3 Motivation und Vorteile der Krankenhäuser	118
5.4 Motivation und Vorteile der Patientinnen und Patienten	123
5.5 Motivation und Vorteile der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte	128
5.6 Motivation und Vorteile der Beschäftigten	134
5.7 Motivation und Vorteile der Pharmaindustrie und anderer Anbieter	139
5.8 Motivation und Vorteile der Kassenärztlichen Vereinigungen	143
5.9 Motivation Qualitätssteigerung?	145

6. Nachteile einer innovativen, vernetzten und integrierten Versorgung	152
6.1 Nachteile für die gesetzlichen Krankenversicherungen	152
6.2 Nachteile für die Politik	153
6.3 Nachteile für die Krankenhäuser	154
6.4 Nachteile für die Patientinnen und Patienten	159
6.5 Nachteile für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte	163
6.6 Nachteile für die Beschäftigten	170
6.7 Nachteile für die Pharmaindustrie und andere Anbieter	173
6.8 Nachteile für die Kassenärztlichen Vereinigungen	174
7. Fazit	177
8. Die Interviewpartnerinnen und -partner	184
Anhang: Erläuterungen zur Methode	187
Literatur	193
Danksagung	213

1. Einleitung und Fragestellung

Das deutsche Gesundheitssystem befindet sich in großen Umstrukturierungen und es werden Reformen von den unterschiedlichsten Seiten als notwendig erachtet (Arthur Andersen 1999; Glaeske et al. 2001b), da die bestehenden Strukturen, Institutionen und Instrumente bezüglich der Effizienz optimierungsbedürftig erscheinen. Dieses betrifft sowohl Leistungserbringer und Kostenträger als auch Beitragszahler und Patientinnen und Patienten. Die Gesundheitswirtschaft ist zuständig für die Gesunderhaltung der Bevölkerung und ist zugleich ein ökonomisch wie auch beschäftigungspolitisch relevanter Bereich; bei bestehenden gravierenden Schwächen in der Leistungserbringung und gleichzeitig steigenden Kosten (Schwartz/Busse 1998; Braun et al. 1999; Stapf-Finé/Schölkopf 2003; Opielka 2005).

Nach einer umfassenden Darstellung der Gesundheitswirtschaft werden in dieser Arbeit der derzeit erkennbare Wandel und die hieraus resultierenden Folgen beschrieben und analysiert. Veränderte Rahmenbedingungen, wie die Zunahme von ambulanter medizinischer und pflegerischer Versorgung zulasten der stationären Versorgung, werden anhand quantifizierter Daten erläutert (Fretschner et al. 2002; Gewiese 2002; Steffen 2003; Eichener/Heinze 2005). Gründe und Ziele der Umstrukturierungen, die Zukunft der Gesundheitswirtschaft sowie ihrer Beschäftigungsentwicklung auf der Grundlage der soziodemografischen Entwicklung werden dargelegt (Kröhnert et al. 2005; Niejahr 2005: 77ff.). Durch einen perspektivischen Umbau der Gesundheitswirtschaft sollen die Mängel in der Leistungserbringung bei steigenden Kosten beseitigt werden und es soll zu einer erheblichen Effizienzsteigerung kommen (SVR Gesundheit 2000/2001; Lauterbach/Stock 2001a; Hilbert et al. 2002; Rosenbrock/Gerlinger 2003; Wille 2003; SVR Gesundheit 2005). Dies soll unter anderem durch die Verlagerung vormals stationär erbrachter Leistungen in den ambulanten Sektor gelingen. Da es durch die unterschiedlichen Sektoren zu Versorgungslücken und fehlenden Überleitungen von einem Sektor in den nächsten kommt, muss es hier nach Ansicht führender Experten wie dem »Sachverständigenrat Gesundheit«¹ zu einer Überwindung dieser Abgrenzungen kommen, um

¹ Seit 2005 wurde der Name in »Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen« geändert. Vorher hieß er »Sachverständigenrat für die Kon-

diese fehlenden Überleitungen und Versorgungslücken zu schließen (SVR Gesundheit 2009). Dadurch soll die bestehende »Unter-, Über- und Fehlversorgung« (SVR Gesundheit 2000/2001) beseitigt werden.

Vor diesem Hintergrund stellt sich mir die Frage, ob nicht mithilfe der integrierten Versorgung das System der medizinischen Versorgung, welches derzeit aus einer Vielzahl mehr oder weniger unverbundener Einzelteile besteht (Hajen et al. 1999; Bäcker et al. 2000; Deppe 2002; Glaeske 2002; Rosenbrock/Gerlinger 2003), zu einem umfassenden und damit neuen Versorgungssystem umgebaut werden kann (SVR Gesundheit 1994; Mühlbacher 2002; Busse/Riesberg 2004). Integrierte Versorgung ist eine Organisationsform, welche die Trennung der medizinischen und pflegerischen Versorgung zwischen den einzelnen Sektoren überwindet. Bislang wird diese Versorgung in stationäre Krankenhausversorgung, ambulante medizinische und pflegerische Versorgung sowie den Bereich Rehabilitation unterschieden. All diese Bereiche sind rechtlich getrennt und unterliegen unterschiedlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen und Finanzierungen. Integrierte Versorgung will mit einer stärkeren Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren die Qualität der Patientenversorgung zumindest für den Geltungsbereich des fünften Sozialgesetzbuches, der gesetzlichen Krankenversicherung, verbessern und gleichzeitig die Versorgungskosten senken. Mithilfe einer integrierten Versorgung werden von wissenschaftlicher Seite mehr Transparenz, ein guter Informationsfluss, eine erhöhte Zusammenarbeit von Ärzten und anderen Heilberufen, kürzere und weniger Krankenhausaufenthalte, Zeit- und Kostenersparnis sowie Therapie-Empfehlungen auf dem neuesten medizinischen Stand erwartet (Lauterbach/Stock 2001a; Glaeske 2002; Kühn 2002). Somit sollte es auch zu einer erhöhten Patientenzufriedenheit kommen. Darüber hinaus ist eine Integration auch aus ökonomischen Gründen notwendig, um die unnötige Vorhaltung medizinischer Kapazitäten, Ineffizienzen und eine Verschwendung humanitärer und monetärer Ressourcen zu beenden (Krimmel 1996; Mühlbacher 2002; Busse/Riesberg 2004; Steiner/Buchs 2005). Integrierte Versorgung soll demnach für eine höhere Zufriedenheit bei Patientinnen und Patienten sowie bei den Beschäftigten im Gesundheitssystem sorgen und ganz zentral zu mehr Qualität und Effizienz führen. Dies ist das Ziel und Ideal der Idee eines integrierten Versorgungssystems; eines Systems, welches seit der Studie des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts (WSI) der Hans-Böckler-Stiftung »Integrierte Medizinische Versorgung – Notwendigkeit, Möglichkeiten, Grenzen« (ebd.) aus dem Jahre 1975

zertierte Aktion im Gesundheitswesen«.

bei Gesundheitspolitikerinnen und Gesundheitspolitikern, bei Kostenträgern und Leistungserbringern diskutiert wird. Somit hat es augenscheinlich gute dreißig Jahre gedauert, bis dieses Konzept mit der Gesundheitsreform 2000 als Modellvorhaben finanziert werden konnte und mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung von 2004 (GMG) in der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherungen ermöglicht wurde. Mit der integrierten Versorgung hat der Gesetzgeber eine neue Säule in der Gesundheitsversorgung geschaffen, welche durch Kooperation der Leistungserbringer untereinander und Koordination der Leistungen in der Versorgungskette interdisziplinär und sektorenübergreifend die organisatorischen Voraussetzungen für eine bessere Versorgung der Versicherten schaffen soll. Darüber hinaus bietet sie die Chance, den Ressourceneinsatz zu lenken. Die in der Alltagspraxis dominierende starre Abschottung zwischen den einzelnen Leistungssektoren im Rahmen von Kollektivvertragssystemen soll in der integrierten Versorgung patientenbezogenen Angeboten Platz machen. Für die Patientinnen und Patienten sollen hier Vorteile durch die Zusammenarbeit unterschiedlichster Einrichtungen und Akteure im Einklang mit den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten über die bislang bestehenden Schnittstellen hinweg erfolgen. Die Besonderheit der mit dem § 140a-d SGB V möglichen integrierten Versorgung werden in ihren Facetten, Wirkungsweisen, ökonomischen Anreizen und Vorteilen in dieser Arbeit dargestellt.

Wenn die Gesundheitswirtschaft in der politischen Diskussion bzw. der wissenschaftlichen Analyse betrachtet wird, liegt bislang meist der Fokus auf dem Ideal der Wirtschaftlichkeit, der Effizienz. Dies gilt auch für integrierte Versorgungssysteme, wenn politische und wissenschaftliche Akteure hier immer wieder betonen, dass durch integrierte Versorgung auf längere Sicht Kosten eingespart werden sollen, indem unnötige Mehrfachuntersuchungen unterbleiben und gezielte und aufeinander abgestimmte Therapien besser möglich sind. Der einzige Bereich, wo nicht die ökonomische Effizienz im Mittelpunkt der Betrachtung von Politik und Wissenschaft steht, ist der Nutzen für die Patienten und Patientinnen und ihre (mögliche) Zufriedenheit durch integrierte Versorgung. Festzustellen ist hier jedoch, dass es zu diesem Thema keine größeren Studien und Befragungen gibt. Darüber hinaus wurden die Beschäftigten und ihre Zufriedenheit fast vollständig ignoriert. Als eine der wenigen Ausnahmen ist hier eine schon ältere Untersuchung der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) in Zusammenarbeit mit der Berufsgenossenschaft Gesundheit und Wohlfahrt (BGW) aus dem Jahr 2005 zu nennen (ebd.). Hier wurden explizit die Beschäftigten nach ihren Erfahrungen mit den aktuellen Umstrukturierungen be-

fragt, auch wenn in dieser Befragung die Schwerpunkte auf die Umstrukturierungen durch Fallpauschalen, die Diagnosis Related Groups (DRGs) und Disease Management Programme² (DMPs) liegen. Diese fehlenden Untersuchungen sind insofern bemerkenswert, als die Beschäftigten alle Umstrukturierungen umsetzen müssen und daher im Zentrum des Geschehens stehen. Zu der Frage einer möglichen Steigerung der Ergebnisqualität durch integrierte Versorgung gibt es auch keinerlei Studien. Als einzigen Bericht, welcher sich mit dieser Fragestellung beschäftigte – ohne sie abschließend beantworten zu können –, gibt es denjenigen des Sachverständigenrates Gesundheit aus dem Jahre 2007. Darüber hinaus gibt es von Seiten des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen (ZeS) und des Wissenschaftszentrums Berlin (WZB) kritische Veröffentlichungen zum Thema. Alle weiteren Publikationen zu diesem Thema sind Berichte von Trägern von integrierten Versorgungsprojekten, die allerdings parteiisch und interessengelenkt sind.

Da integrierte Versorgung als Ziel und Ideal für eine höhere Zufriedenheit bei Patientinnen und Patienten sowie den Beschäftigten im Gesundheitssystem sorgen und ganz zentral durch einen verbesserten und koordinierten Mitteleinsatz zu mehr Qualität und Effizienz führen soll, stellt sich mir nunmehr allgemein die Frage, ob die Ideale einer neuen, vernetzten und integrierten Versorgung – mehr Zufriedenheit, Qualität und Effizienz – mit der Gesundheitsreform von 2000 und dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung von 2004 (GMG) umgesetzt wurden:

- Wurde durch die Umsetzung und die bisherigen Konzepte dem Gesetz und dem Ideal genüge getan?
- Was sind die Interessen bzw. die Motivationen der Akteure aus Politik, der Leistungserbringer und der Kostenträger?
- Warum werden integrierte Versorgungssysteme implementiert und welche Rolle spielt hier eine mögliche Steigerung der Versorgungsqualität?
- Verändert sich die Qualität der Leistungserbringung durch integrierte Versorgung und wenn ja, wie ist diese Veränderung zu beurteilen?
- Welche Bedeutung hat die Ergebnisqualität für die Politik, die Leistungserbringer und Kostenträger?
- Für wen ist eine integrierte Versorgung von Vorteil und kann integrierte Versorgung neben der Qualität der Leistungserbringung die Umsätze der

² Systematisches Behandlungsprogramm für chronisch kranke Menschen, das sich auf die Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin stützt.

Leistungserbringer erhöhen oder die Umstrukturierung im Gesundheitssystem vorantreiben?

Darüber hinaus stellt sich die Frage, welchen Einfluss die Umstrukturierung des Gesundheitssystems auf die Beschäftigten und Patienten hat. Verändert ein vernetztes Arbeiten im Gesundheitswesen die Trägerlandschaft und kommt es in der Folge zu verstärkten Kooperationen und Übernahmen? Eine These in diesem Zusammenhang ist, dass integrierte Versorgung in einer Region wirkt und somit als regionale strukturpolitische Maßnahme wirken kann (Grote Westrick/Müller 2002; Hilbert et al. 2002; Grote Westrick/Rehfeld 2003a; MGSFF NRW 2005). Kann integrierte Versorgung demzufolge als regionale Strukturpolitik und somit als regionaler Wirtschaftsfaktor wahrgenommen werden? Ist integrierte Versorgung ein Motor der Veränderung oder bestenfalls nur ein Katalysator, welcher die Veränderungen verstärkt?

Die vorliegende Arbeit ist in dem Bereich Gesundheitswissenschaften/Public Health angesiedelt, der als interdisziplinäre Wissenschaft Fragestellungen aus den Bereichen Medizin, Ökonomie, Politik, Pflege und Pädagogik aufgreift. Im Kern geht es bei Public Health um die Erforschung der wechselseitigen Abhängigkeit zwischen individuellen, umwelt- und systembezogenen Aspekten von Gesundheit und Krankheit. Public Health befasst sich mit dem Bedarf, der Inanspruchnahme, den Ressourcen, den Prozessen, den Ergebnissen und zuschreibbaren Resultaten von systematisch organisierten Ansätzen der Krankheitsverhütung, Krankheitsbekämpfung oder Krankheitsbewältigung. Im Bereich Public Health werden ganze Gesundheitssysteme, Subsysteme und größere Institutionen bzw. Programme untersucht und diese Elemente werden analytisch-bewertend verknüpft. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Public Health als: »The science and art of preventing disease, prolonging life and promoting mental and physical health and efficiency through organized community efforts for sanitation of the environment, the control of communicable infections, the education of the individual in personal hygiene, the organizations of medical and nursing services for the early diagnosis and preventive treatment of disease and the development of social machinery to ensure to every individual a standard of living adequate for the maintenance of health, so organizing these benefits as to enable every citizen to realize his birthright of health and longevity« (WHO 1952 zit. n. Badura/Helberger 1994).

Im Mittelpunkt der Public Health Forschung stehen Strukturen gesundheitlicher Versorgung und Fragen der Angemessenheit von Versorgungsstrukturen, -leistungen und -einrichtungen (Schwartz/Walter 1996: 3). Gesundheitswissenschaftliche Untersuchungen zielen primär auf eine Op-

timierung der Praxis durch Verknüpfung von Praxisentwicklung und Praxisforschung. Sie dienen der Erprobung von Interventionen und Interventionsprozessen auf der Grundlage von Konzeptentwicklungen (Heiner 1998: 13). Hier kommt es zu einer Verknüpfung und Zusammenarbeit von Forschung und Praxis (Mayntz 1980: 13ff.). Public Health erweitert somit sowohl den Handlungsraum der klassischen Hochschulmedizin, der Pflegewissenschaften als auch den der Gesundheitsökonomie, nicht zuletzt durch den Einbezug benachbarter wissenschaftlicher Disziplinen. Gerade für die vorliegende Arbeit sind inhaltliche und theoretische Verweise auf die Bereiche Volkswirtschaft und Politikwissenschaft wichtig.

Die Frage der Qualitätsverbesserung und die Motivation der Akteure sind bisher in der Gesundheitswissenschaft nur unzureichend und im Bereich der neuen, integrierten Versorgungsformen noch gar nicht erforscht worden. Bisher gibt es keine Längsschnittstudien zur Qualitätsentwicklung und auch, bis auf das Gutachten des Sachverständigenrates aus dem Jahre 2007, keine intensive Betrachtung der neuen, integrierten Versorgungsformen. Es liegen mittlerweile zwar eine Vielzahl von Artikeln und Buchbeiträgen zum Themenkomplex integrierte Versorgung vor (vgl. Badura/Iseringhausen 2005; Bsirske/Paschke 2006; Hermann et al. 2006; Liepmann et al. 2006; Wagner/Lenz 2007; Weatherly et al. 2007), doch wird hier integrierte Versorgung entweder theoretisch erklärt oder es werden Einzelprojekte dargestellt. So wird beispielsweise in der Publikation von Weatherly et al. (2007) zwar ein guter Überblick über eine Vielzahl von integrierten Versorgungsprojekten gegeben, doch sind die einzelnen Autoren hier die Akteure der einzelnen Projekte. Von einer neutralen, wissenschaftlichen Bearbeitung ist hier daher nicht zu sprechen. Darüber hinaus sind meine Forschungsfragen bisher gänzlich unbearbeitet. So gibt es keine Untersuchungen zu der Frage, ob integrierte Versorgung zu einer Veränderung in der Qualität der Leistungserbringung führt und, wenn ja, für wen. Darüber hinaus ist auch die Frage nach der Motivation und die Frage, welche Bedeutung Ergebnisqualität für die Politik, die Leistungserbringer und Kostenträger hat, bisher nicht systematisch beantwortet worden.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem 2007er Gutachten festgestellt, dass es trotz der zum Zeitpunkt des Gutachtens am Ende des ersten Quartals 2007 weit über 3.500 abgeschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung (IV) »keine fundierte bzw. hinreichend evaluierte Zwischenbilanz – weder der integrierten Versorgung insgesamt, noch ihrer einzelnen Varianten« gibt (SVR Gesundheit 2007a: 195). Für die Experten des Sachverständigenrates ist zumindest zum Teil der Grund hierfür, »dass das Gesetz bei den integrierten Versor-

gungsformen nach § 140a-d SGB V, da diese zur Regelversorgung gehören, keine obligatorische Evaluation der Projekte durch unabhängige Sachverständige vorsieht. Die bisher freiwillig durchgeführten Evaluationen und vor allem die Publikationen ihrer Ergebnisse stellen somit eine selektive Auswahl dar« (ebd.). Wenn es Evaluationen gab, wurden diese nur in den seltensten Fällen veröffentlicht. Exemplarisch kann hier gesagt werden, dass beispielsweise die Barmer Ersatzkasse von der Universität Witten-Herdecke nur eine einzige Evaluation vornehmen ließ: die Evaluation ihrer ersten Verträge zur Behandlung von künstlichen Hüftgelenken (totale Endoprothesen, TEP), ein positiver Effekt konnte hier allerdings nicht nachgewiesen werden. Diese Evaluation wurde dann auch nicht veröffentlicht. Eine ähnlich kritische Einschätzung wird auch von anderen Akteuren wie dem Geschäftsführer des Hausärzterverbandes vorgetragen. Dieser äußerte sich dahingehend, dass auch nach über zwei Jahren keines der mit ihnen vereinbarten integrierten Versorgungsprojekte evaluiert wurde.

So stellt auch der Sachverständigenrat fest, dass es »derzeit noch völlig offen (ist), ob und inwieweit die einzelnen Varianten der integrierten Versorgung tatsächlich zu Strukturverbesserungen im Sinne einer positiven Nutzen-Kosten-Relation führen« (SVR Gesundheit 2007a: 195f.). Darüber hinaus weisen für den Sachverständigenrat »die meisten Projekte zur integrierten Versorgung (.), wie nahezu das gesamte deutsche Gesundheitswesen, noch immer ein spürbares Defizit an Outcome- bzw. Zielorientierung auf« (SVR Gesundheit 2007b: 30). Es gibt demnach eine Vielzahl an Verträgen, aber niemand erfasst und bewertet bislang die Ergebnisse. Diese fehlende Evaluation wird von den Seiten der Leistungsanbieter im Sinne eines neoliberalen Wettbewerbsdiktums begründet. Da sich einerseits alle Kostenträger und alle Leistungsanbieter jeweils untereinander als Konkurrenten verstehen, ist hier eine freiwillige und transparente Evaluation systemwidrig, da damit den Marktkonkurrenten Wissen über den jeweiligen Betrieb oder die jeweilige gesetzliche Krankenversicherung³ (GKV) offengelegt wird, das nicht offengelegt werden soll. Die Entwicklung hat also auch mit dem zunehmenden neoliberalen Diskurs und der damit einhergehenden Vermarktlichung und Privatisierung der Gesundheitsversorgung zu tun.

³ Die gesetzliche Krankenversicherung ist neben der Renten-, Arbeitslosen-, Unfall- und Pflegeversicherung Bestandteil des deutschen Sozialversicherungssystems und Teil des Gesundheitssystems. Sie ist eine verpflichtende Versicherung für alle Arbeitnehmer, deren Einkommen in den letzten drei Jahren unterhalb einer jährlich neu definierten Versicherungspflichtgrenze lag. Diese liegt im Jahre 2009 bei einem Jahresverdienst von 48.600 €.

Grundlage dieser Arbeit war neben der Auswertung der entsprechenden Primär- und Sekundärliteratur und der sich daraus ergebenden Datengewinnung die Befragung von maßgeblichen Akteuren der Gesundheitswirtschaft und Politik als Experten. Als Experten werden Personen bezeichnet, die über einen besonderen Wissenstand verfügen, somit Träger von Wissen sind bzw. einen privilegierten Zugang zu Wissensständen und somit einen Wissensvorsprung vor der Allgemeinheit haben. In der vorliegenden Arbeit sind Experten diejenigen, welche im Rahmen neuer Versorgungsformen im Gesundheitssystem eine aktive Rolle einnehmen. »Insofern zeichnet sich das Experteninterview dadurch aus, dass es auf einen exponierten Personenkreis zielt, der im Hinblick auf das jeweilige Forschungsinteresse spezifisches Wissen mitbringt« (Bogner/Merz 2005: 35). Somit besteht für die Bestimmung von Experten ein begrenzter Bezugsrahmen und Realitätsabschnitt, über den die Experten Auskunft geben können: in diesem Fall ihre Innensicht in Bezug auf neue, integrierte Versorgungsformen im Gesundheitssystem. Außerhalb dessen sind die Experten »normale« Bürgerinnen und Bürger. Somit bestimmt in gewisser Weise der Interviewer, wer Experte ist und wer nicht. Doch ist man hier nicht wirklich frei; in der Regel greift man auf jene Leute zurück, die sich in der Fachliteratur einen Namen gemacht haben oder die in entsprechenden Verbänden und Organisationen in den entscheidenden Positionen arbeiten. Es handelt sich demnach um eine Funktionseelite innerhalb eines organisatorischen und institutionellen Kontextes. Nach Liebold und Trinczek (2002: 38) zeichnen sich Experten »dadurch aus, dass sie für den Entwurf, die Implementierung oder auch die Kontrolle einer Problemlösung verantwortlich sind. Zum anderen gelten diejenigen Personen als Experten, die über einen privilegierten Zugang zu Informationen hinsichtlich Personengruppen und Entscheidungsprozessen verfügen«. Der Fokus des wissenschaftlichen Interesses ist somit selektiv auf die Problemsicht der Experten innerhalb seines organisatorischen und institutionellen Zusammenhangs gerichtet – die Biografie oder die Person des Experten interessiert dabei nicht.

Für das vorliegende Forschungsprojekt wurden Funktionäre aus den relevanten Verbänden, Unternehmen und Politikbereichen befragt. Ziel war es, die ausführende und die gesetzgebende Seite meinen Forschungsgegenstand betreffend zu befragen. Die Interviewpartner wurden ausgewählt, da sie direkt in dem Bereich integrierte Versorgung tätig sind (Krankenhäuser/Krankenhausträger, Ärztevertretungen, gesetzliche Krankenversicherungen, Managementgesellschaften, Consulting), sie eine Aufsichtsfunktion haben (Ministerien), Umstrukturierungen wissenschaftlich beobachten (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung – BQS, Institut für Qualität und

Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen – IQWiG) oder dadurch, dass sie bestimmte Interessenvertretungen repräsentieren (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Krankenhausgesellschaft, Hausärzterverband, Pharmaindustrie, Gewerkschaften, Verbraucherzentrale); sie sind demnach nach der oben genannten Definition Experten für das Themengebiet integrierte Versorgung.

Es erwies sich als schwierig, im Bereich der privaten Klinikkonzerne Interviewtermine zu bekommen – der Helios Konzern war der einzige, welcher für ein Interview zur Verfügung stand. Darüber hinaus ist es mir nicht gelungen, ein Mitglied des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages zu interviewen, da dieser sich in meinem Interviewzeitraum gerade mit dem Wettbewerbstärkungsgesetz (WSG) beschäftigte. Zwei der geführten Interviews konnten in der Auswertung nicht berücksichtigt werden, da sie nicht freigegeben wurden (Bundesgesundheitsministerium), bzw. da ich das Interview nicht aufzeichnen durfte (Kassenärztliche Bundesvereinigung).

Die Interviews wurden im Zeitraum April bis Oktober 2006 an verschiedenen Orten in Deutschland durchgeführt.⁴

⁴ Die Zitierweise der Interviews ist wie folgt: Zu Beginn steht der Name bzw. die Abkürzung des Verbandes bzw. der Institution. Darauf folgt der Name des Interviewpartners (die Liste der Interviewpartnerinnen und -partner findet sich auf S. 184-186).

7. Fazit

Zusammenfassend lässt sich auf Grundlage der geführten Interviews und der vorhandenen Literatur feststellen, dass es bei integrierten Versorgungsprojekten Gewinner und Verlierer gibt. Zu den Gewinnern zählen durch die neue Vertragsfreiheit die Gesetzlichen Krankenversicherungen. Darüber hinaus werden auch die Patientinnen und Patienten profitieren – wenn sie gut informiert sind und es in ihrer Region ein für sie vorteilhaftes Projekt einer integrierten Versorgung gibt. Des Weiteren können die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie die Krankenhäuser profitieren – doch hier vor allem größere Verbünde oder größere Kliniken bzw. Klinikketten. Daneben konnte festgestellt werden, dass sich durch integrierte Versorgung neue Akteure am Gesundheitsmarkt etablieren. Dies sind bislang größtenteils unbekannte und in diesem Bereich »untypische« Akteure wie Managementgesellschaften, Bauträger und Pharmafirmen, die neue Akquise- und Kundenbindungsmethoden anwenden.

Uneindeutig sind die Auswirkungen auf die Beschäftigten. So wird zwar einhellig davon geredet, dass die Gesundheitswirtschaft ein »Riesenmarkt« ist, welcher Arbeitsplätze schafft. Doch genauso einhellig wie die Prognose der steigenden Arbeitsplatzzahlen ist die Ansicht, dass sich auch die Arbeitsbedingungen verändern werden. Da variiert die Ansicht der Expertinnen und Experten von positiven bis zu negativen Einschätzungen. So wird es schon als positiv angesehen, dass es nun einen besseren Austausch zwischen den Akteuren gibt, und dies wird von diesen dann auch als positiv erlebt. Im Rahmen von integrierter Versorgung sind darüber hinaus neue Berufsqualifikationen notwendig. Dies erzeugt im besten Fall eine Neustrukturierung der Hierarchien und kann damit auch zu einer höheren Arbeitszufriedenheit führen. Allerdings bedeuten diese neuen Strukturen auch ein hohes Maß an Flexibilisierung. Diese einschneidenden Veränderungen führen zu neuen Arbeitsbedingungen, was auch bedeuten kann, dass sich Arbeitsorte verändern. So werden Beschäftigte, die bislang im Krankenhaus beschäftigt waren, dann in ambulanten Strukturen oder in Übergangsstrukturen arbeiten.

Perspektivisch wird sich die Gesundheitsversorgung immer weiter markt-gängig organisieren. Dies ist von den herrschenden politischen Akteuren auch so gewollt. Hierbei ist die integrierte Versorgung ein Schritt hin zu

mehr Markt und Wettbewerb im Gesundheitssystem, da hier neue Vertragsformen ausprobiert werden im Sinne einer »Spielwiese« mit Erprobungscharakter. Damit wird der bis dahin sehr reglementierte Markt Gesundheitsversorgung »entregelt«. Es sollten mit der Neufassung des § 140 a-d SGB V Möglichkeiten geschaffen werden, existierende Schnittstellenprobleme besser zu überwinden als bisher. Dies kann allerdings dazu führen, dass die Gesundheitsversorgung immer mehr zu einem »normalen« Markt innerhalb des gängigen Wirtschaftssystems wird.

Die neuen integrierten Versorgungsformen wirken katalytisch auf die Umstrukturierungen – bei den Leistungserbringern und bei den Kostenträgern gibt es Strukturbereinigungsaspekte oder zumindest Veränderungsaspekte. Das Spannungsfeld zwischen Strukturbereinigungsaspekt und Verdrängungswettbewerb zeigt sich beispielsweise in der aktuellen Fusion der Barmer Ersatzkasse mit der Gmünder Ersatzkasse zur größten gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. Durch diese Fusionen verschwinden immer mehr Anbieter vom Markt. Dadurch – soweit die politische Annahme – kommt es zu einer Strukturbereinigung und zum Abbau so genannter Überkapazitäten.

Den Strukturwandel gibt es in der Gesundheitswirtschaft schon länger, doch wird dies nach Ansicht der Expertinnen und Experten durch die integrierte Versorgung verstärkt und gerade die privaten Klinikketten nutzen die neuen Vertragsformen, um zu wachsen und Marktanteile zu sichern. Ein Um- und Abbau im stationären Sektor bei Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken ist schon länger zu beobachten. Der ambulante Bereich – jenseits der ambulanten Hauskrankenpflege – wird davon auch zunehmend betroffen sein, wenn die dort noch existierenden und für viele Anbieter schützenden Strukturen wie die Kassenärztlichen Vereinigungen und das Mehrbesitzverbot bei Apotheken weiter aufgelöst würden.

Ansatzweise ist schon zu beobachten, dass es auf Seiten der Leistungserbringer zu Zentrenbildung kommt. Dadurch können auf Anbieterseite regionale Zusammenschlüsse entstehen, welche eine Versorgung »aus einer Hand« anbieten und Marktmacht in einer Region gewinnen. Somit muss zumindest die Gefahr gesehen werden, dass neue Akteure neue Monopole aufbauen bzw. die bisherigen Konzerne hierdurch Monopolstellung erlangen können.

Neben der neuen Unübersichtlichkeit bei den Anbietern wirkt die Vielzahl der Verträge und der Umstand, dass bei integrierten Versorgungsverträgen der Kontrahierungszwang aufgehoben wurde, eher desintegrierend. Die dadurch entstandene Differenziertheit ist für niemanden mehr durchschaubar und kann somit auch nicht aus Qualitätsgesichtspunkten sinnvoll sein. Zu-

dem besteht die Gefahr, dass unter dem Wettbewerbsdruck der Krankenkassen und dem Fusionsdruck auf Kassen- wie auf Anbieterseite doch eher der Kostenwettbewerb Oberhand über den Qualitätswettbewerb gewinnt.

Durch die neuen gesetzlichen Möglichkeiten drängen die bereits erwähnten neuen Akteure auf den Markt, wie beispielsweise Managementgesellschaften, Bauträger als Facility Unternehmen oder auch Pharmafirmen mittels Consultingunternehmen. Diese stehen nun in Konkurrenz mit den reinen Leistungserbringern wie den niedergelassenen Ärzten und Pflegekräften im ambulanten Bereich, Krankenhäusern im stationären Bereich sowie den Rehabilitationsbereichen und den dazugehörigen Zulieferindustrien. Hinzu kommt, dass neue Ärzteverbände sowie der Hausarztverband die Möglichkeiten, die sich ihnen durch integrierte Versorgung, Hausarztverträge oder durch Praxisnetze bieten, nutzen, um mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu konkurrieren.

In diesem Zusammenhang ist kritisch hervorzuheben, dass in den derzeitigen Regelungen zur integrierten Versorgung nach § 140 a-d SGB V keine verpflichtende Evaluation vorgesehen ist (vgl. Tabelle 2). Somit wird ein zusätzlicher Nutzen für die Gesundheitsversorgung wissenschaftlich weder untersucht und nachgewiesen. Damit aber wissenschaftlich festgestellt werden kann, ob eine integrierte Gesundheitsversorgung der Regelversorgung überlegen ist, müsste diese in Zukunft durch eine den wissenschaftlichen Standards entsprechende Evaluation begleitet werden. An den so ermittelten Ergebnissen müsste sich eine Gesundheitsversorgung messen lassen, nur so ist eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung nachweisbar. Vor allem unter dem Primat des Wettbewerbs ist dies notwendig, denn sonst bleibt offen, welches das qualitativ bessere System ist: das herkömmliche sektorale oder ein neues integriertes.

Hieran schließt mein nächster Kritikpunkt an: Es ist unklar, was das politische Ziel des Gesetzgebers war. So ist festzustellen, dass eine Ernsthaftigkeit und ein Wille, dass sich das bessere System durchsetzt, fehlen. Die Festlegung auf eine populationsbezogene integrierte Versorgung wäre notwendig gewesen, damit dies hätte gelingen können. Darüber hinaus müsste sich integrierte Versorgung um volkswirtschaftlich relevante Erkrankungen kümmern – das wären vorrangig die chronischen Erkrankungen wie Hypertonie oder Diabetes, bei denen es Behandlungsdefizite gibt und die darüber hinaus wegen der Folgekrankheiten sehr teuer sind. Somit muss die Versorgung weg von den kleinteiligen Versorgungsverträgen, die nur wenige Menschen betreffen. Gerade integrierte Versorgung eignet sich für eine Neuorientierung hin zu den großen Versorgungsproblemen bei den großen Volkskrankheiten, die derzeit nicht ausreichend abgedeckt werden. Es gibt

Tabelle 2: Elemente von Managed Care in besonderen Versorgungsformen nach dem SGB V im Vergleich

Elemente	herkömmliche Versorgung	Strukturverträge	Modellvorhaben	Hausarztzentrierte Versorgung	besondere ambulante Versorgung	integrierte Versorgungsformen	strukturierte Behandlungsprogramme
Rechtsgrundlagen	SGB V	§ 73a	§§ 63-65	§ 73b	§ 73c	§ 140a-d	§ 137f-g
Freiwilligkeit des Angebots		X	X		X	X	X
interdisziplinär fachübergreifend angelegt		X	X		X	X	X
sektorübergreifende Orientierung			X			X	X
selektives Kontrahieren möglich			X	X	X	X	(X) ³
Verträge mit Kassenärztlichen Vereinigungen möglich	X	X	X	(X) ¹	X		X
eingeschränkter Sicherstellungsauftrag				X	X	X	
besondere finanzielle Anreize						X	X
verpflichtende Evaluation			X				X
zeitliche Befristung			X				X
Capitation möglich		X	X	(X) ²	(X) ²	X	

Quelle: SVR Gesundheit 2009a: 379.

¹ Sofern Gemeinschaften der vertragsärztlichen Leistungserbringer die Kassenärztlichen Vereinigungen hierzu ermächtigen; ² Nicht eindeutig im Gesetz geregelt; ³ Im Prinzip möglich, aber kaum relevant.

ein extremes Übermaß an Verträgen in Bereichen, in denen es bisher keine Versorgungsprobleme gab und wo daher auch nicht erkennbar ist, wo ein Zusatznutzen liegen soll. Und anstatt diesen Mangel in den integrierten Versorgungsverträgen zu beheben, ist – im Gegenteil – mit dem Start des Gesundheitsfonds zu Anfang 2009 die Anschubfinanzierung aufgegeben worden. Damit ist eine auf Dauer ausgerichtete integrierte Versorgung nicht in Sicht; es mangelt am Willen, langfristige qualitätsverbessernde Strukturveränderungen zu verwirklichen. Die Möglichkeit, strukturpolitisch mittels einer gleichzeitigen und parallelen Gesundheitsversorgung der bisherigen Regelversorgung in Kombination mit einer populationsbezogenen integrierten Versorgung aktiv zu werden, wurde vertan. Hier hätte das Ziel sein können, wirklichen Wettbewerb der Versorgungsstrukturen herzustellen – ein Wettbewerb, bei dem vor allem die Qualität im Mittelpunkt steht. Hierbei hätte man allerdings als Alternative zur herkömmlichen Versorgung populationsbezogene Modelle – die Versorgung einer Region – im Wettbewerb gegenüber der Normalversorgung planen müssen. Durch eine wissenschaftliche Evaluation hätte dann festgestellt werden können, welches System für die Patientinnen und Patienten das effizientere und qualitativ bessere wäre.

Die Gesetzgeber und politischen Akteure müssten sich entscheiden, welches Gesundheitssystem sie wollen: ein vernetztes, kooperativ agierendes oder ein neoliberales Wettbewerbssystem, wie es sich nach den Bundestagswahlen 2009 abzeichnet. Derzeit kann sich die Politik offenbar nicht entscheiden, was sie will. Es werden einerseits Wettbewerbselemente eingeführt und andererseits werden Pfründe von wirtschaftlich starken Interessengruppen wie den niedergelassenen Ärzten oder Apothekern nicht angegriffen. Da man in der damaligen (und weiterhin aktuellen) politischen Gemengelage zur Zeit des GKV Modernisierungsgesetzes kein reines wettbewerbliches System wollte, diesen Wettbewerb aber aus ideologischen Gründen gefördert hat, entstand die jetzt erkennbare uneinheitliche und nicht eindeutige Situation. Dabei kann eine integrierte Versorgung nur dann funktionieren, wenn eine klare regionale Versorgung und Orientierung eingeführt würde. Durch eine Veränderung des Sozialgesetzbuches V könnte etwas wirklich Neues und Innovatives entstehen, wenn alle großen und relevanten gesetzlichen Krankenversicherungen einer Region verpflichtet werden, Akteure einer solchen regionalen, populationsbezogenen integrierten Versorgung zu sein. Die politischen Akteure müssten im Sinne einer regionalen Strukturpolitik aktiv werden. Die Ansätze sind hierzu bekannt und gegeben. Für eine neue dauerhafte Struktur bedarf es auch einer dauerhaften Bereitstellung eines festen Anteils des Finanzvolumens der Gesetzlichen Krankenversicherungen für diese regionale und populationsbezogene integrierte

Versorgung. Extrabudgetäre Gelder wecken hingegen nur wirtschaftliche Begehrlichkeiten, generieren aber langfristig keine Strukturveränderungen hin zu einer besseren Versorgung. Alle derzeitigen indikationsbezogenen integrierten Versorgungsverträge sollten in die Regelversorgung bzw. in Disease Management Programme überführt werden. Dann würde die derzeitige individuelle und indikationsbezogene Regelversorgung in einem qualitativen Wettbewerb mit einer regionalen, populationsbezogenen integrierten Versorgung stehen. Dies wäre eine wirkliche Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Allerdings bedürfte es hier eines politischen Willens, tradierte Strukturen und Besitzstände zu hinterfragen und gegebenenfalls aufzulösen. Es müsste dann allerdings der neoliberale Konkurrenzgedanke aufgehoben werden und Konkurrenzunternehmen müssen dann im Sinne einer »guten Qualität« zusammenarbeiten. Dies steht allerdings der herrschenden Gewinnmaximierungslogik auf Kosten der Sozialversicherungen und der Steuermittel entgegen. Der Gesetzgeber könnte damit die Grundprobleme der Gesundheitsversorgung in Deutschland angehen und es wäre nicht notwendig, Leistungen einzuschränken oder die finanzielle Beteiligung der Patientinnen und Patienten zu erhöhen, wie dies jede Bundesregierung in der Vergangenheit getan hat und wie es die aktuelle schwarz-gelbe Koalition weiter ausbauen will.

Meine zentrale Forschungsfrage nach der Qualitätssteigerung kann in meiner Arbeit nicht beantwortet werden, weil es keinerlei wissenschaftlich fundierte Evaluation und noch nicht einmal Ansätze eines notwendigen Evaluationsdesigns gibt. Damit scheidet auch die zweite Frage nach der Bewertung dieser Qualität aus. Entsprechend der Definition des Institute of Medicine (1990: 21), wie eine qualitativ gute medizinische Versorgung charakterisiert ist, kann festgestellt werden, dass mit dem derzeitigen System der integrierten Versorgung keine gute medizinische Versorgungsqualität erreicht würde – jedenfalls keine objektiv messbare. Dies, da bislang eine verbesserte Versorgung durch integrierte Versorgung wissenschaftlich nicht nachgewiesen werden konnte. Erkennbar wurden jedoch Schwächen in der Transparenz der jeweiligen Angebote und eine »Atomisierung« der Vertragslandschaft.

Eines konnte in dieser Arbeit jedoch festgestellt werden: Die Motivation der Leistungserbringer richtet sich bei den abgeschlossenen Verträgen zur integrierten Versorgung vorrangig auf Marktmachtsicherung und das Abschöpfen möglicher Finanzierungsquellen und erst im Nebeneffekt auf eine mögliche Qualitätsverbesserung.

Mit der Nichtfestlegung auf den Populationsbezug und darüber hinaus mit dem Auslaufen der Finanzierungsbasis durch die Anschubfinanzierung

wurde eine historische Chance vertan, eine Gesundheitsversorgung zu fördern, die den Patientinnen und Patienten wirklich dient. Geschuldet ist dies m.E. vorrangig dem mangelnden politischen Willen, sich gegen die Lobbygruppen der Leistungsanbieter und Kostenträger durchzusetzen. Dieser Wille wäre jedoch notwendig gewesen, um eine Gesundheitsversorgung zu schaffen, die über eine Wahlperiode hinaus Bestand hat und die gegen die privatwirtschaftlichen und profitorientierten Interessen der Leistungsanbieter, der privaten Krankenversicherungen, aber auch der Vorstände der gesetzlichen Krankenversicherungen gerichtet ist.