

Chancen und Risiken der integrierten Versorgung aus ärztlicher Sicht

Vortrag von Frau Dr. Ulrike Wahl anlässlich der Fachtagung „Brennpunkt Gesundheitsreform – Chancen für mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen“ am 04.10.2003 an der Fachhochschule Ulm

Wenn man über Chancen und Risiken der integrierten Versorgung referiert, wird man spontan an einen Spruch aus der Arzneimittelwerbung erinnert, „Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker“. Als Packungsbeilage könnte man das GKV-Modernisierungsgesetz – GMG betrachten, das Anfang diesen Monats den Bundestag passiert hat. Aber das GMG und speziell der mit dem Thema befasste § 140 SGB V, ist jedoch, wie bei Packungsbeilagen von Arzneimitteln üblich, schwer verständlich. Also fragt man den Arzt !

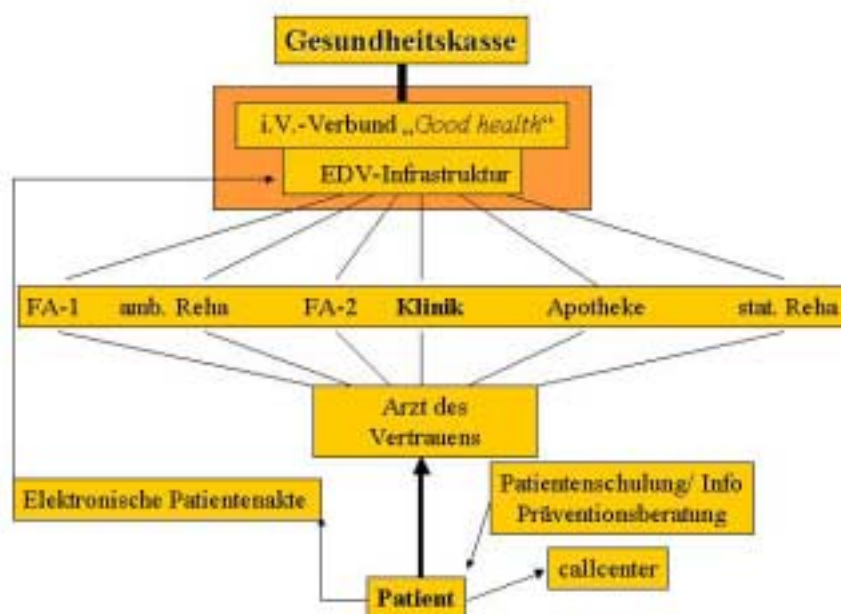
Ich werde versuchen, Ihnen die Chancen und Risiken aus verschiedenen Blickwinkeln zu deklinieren. Aus Sicht

- der ärztlichen Selbstverwaltung,
- der Ärztinnen bzw. Ärzte als Leistungserbringer,
- der Patienten als Leistungsempfänger und
- auch der GKV.

Zunächst stellt sich die Frage, was integrierte Versorgung eigentlich ist ? Das Gesetz in der noch gültigen wie auch in der neuen Fassung verzichtet leider auf eine beschreibende Darstellung der integrierten Versorgung. Es heißt nur: „Integrierte Versorgungsformen ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten.“ In § 140 a neu liest man: „... können die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in § 140b Abs. 1 genannten Vertragspartnern abschließen“. Integration wird aus wirtschaftlicher Sicht als „der Zustand und Prozess der Verschmelzung wirtschaftlicher Einheiten zu größeren ...“definiert.

Derzeit ist die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland sektoral u.a. in den stationären und vertragsärztlichen Bereich gegliedert, für die, insbesondere hinsichtlich der Sicherstellung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten Versorgung, die jeweils im SGB V genannten Selbstverwaltungen zuständig zeichnen. Das heißt, sie müssen garantieren, dass dem Patienten jederzeit die ihm angemessene Behandlung in angemessener Zeit zuteil werden kann. Diese Bereiche, Krankenhäuser und Vertragsärzte, letztere vertreten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, bilden binnenwirtschaftlich mächtige Einheiten. Das Gesundheitswesen ist ein Markt mit ca. 125 Milliarden Euro Umsatz, in dem ca. 10% der Arbeitnehmer „Arbeit und Brot“ finden. Diese Bereiche haben jedoch das seit Jahrzehnten bekannte Problem der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit. Zu deutsch: ambulant und stationär sind traditionsgemäß zwei fast vollständig voneinander abgeschottete Bereiche. Die verfasste Ärzteschaft fordert deshalb - schon fast gebetsmühlenartig auf allen Ärztetagen seit Jahren - eine verstärkte Verzahnung der Sektoren, allerdings immer verbunden mit der (berechtigten) Forderung, dass das Geld dann auch der Leistung folgen muss.

Der Gesetzgeber hat - was er selten tut - nun, diese Forderung verstanden und mit der letzten „Gesundheitsreform“ die integrierte Versorgung ins SGB V aufgenommen. Das Prinzip einer integrierten Versorgung kann anhand einer stark vereinfachten Schemazeichnung verdeutlicht werden:



Dieses Schema veranschaulicht eine integrierte Versorgungsform, sektorenübergreifend, facharztübergreifend unter Einbeziehung von Klinik, ambulanter und stationärer Rehabilitation und Apotheke, die alle in einem Netz zusammengeschlossen sind. Dieses Netz hat mit einer Kasse einen Vertrag geschlossen, der die Versorgung aller (freiwillig beigetretenen) Patienten dieser Kasse hinsichtlich eines bestimmten Versorgungsspektrums in einer definierten Region sicherstellt. Das Netz erhält dafür eine auszuhandelnde Summe, das Budget, das nach einem intern zu entwickelnden Schlüssel verteilt wird. Alle im Netz zusammengeschlossenen Leistungserbringer müssen so ausgerüstet sein, dass ein sicherer elektronischer Datenaustausch untereinander gewährleistet ist. Der Patient, der sich im Netz einschreibt, wählt einen Arzt seines Vertrauens, der ihn im weiteren Verlauf begleitet und an den er gebunden ist. Für jeden Patient wird eine eigene elektronische Patientenakte angelegt, zu der er selber Zugang hat und zu der er anderen Zugang gewähren kann. Das bedeutet, keine Informationsverluste im Netz. Weiterhin hat der Patient Zugriff auf ein spezielles mit Krankenschwestern und Ärzten ausgestattetes Telefon-Zentrum (callcenter). Dort erhält er Antworten auf seine Fragen, kann sich Termine arrangieren lassen und wird noch speziell mit Informationen unterstützt, wie z.B. über spezielle „Gesundheits-Programme“ zur Vorbeugung von Krankheiten und Anleitungen zur Unterstützung zum besseren Umgang mit seinen Erkrankungen. Die einzelnen Akteure arbeiten Hand in Hand, um die Versorgung zu optimieren. Für die wichtigsten Krankheitsgruppen gibt es „integrierte Behandlungsleitfäden“ mit dem Ziel, dass die Patienten mehr und intensiver zu Haus betreut werden können und im Schnitt weniger Tage im Krankenhaus verbringen müssen.

Das wäre die Idealvorstellung, die dem Gesetzgeber vorschwebt.

Die seinerzeitige gesetzliche Regelung war allerdings in vielerlei Hinsicht unattraktiv und wenig praktikabel. Das sah selbst der Gesetzgeber ein, denn in der Begründung zum neuen § 140 a SGB V heißt es hierzu: „Die bislang nach geltendem Recht vorgesehene Verschränkung zwischen dem Sicherstellungsauftrag und der einzelvertraglichen Absprache zur integrierten Versorgung, machte die Rechtslage und die Abwicklung der vertraglichen Rechtsbeziehungen unübersichtlich und unberechenbar. Sie erweist sich so als eines der Hindernisse für den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung.“ Diese Hindernisse wurden durch das soeben verab-

schiedete GKV-Modernisierungsgesetz abgebaut, wo es heißt, dass „die Verantwortung für die Abfassung der vertraglichen Rechte und Pflichten alleine in die Verantwortung der Vertragspartner gegeben (wird). Eine Einflussnahme Dritter, etwa über die bisherigen Rahmenvereinbarungen nach § 140 d (gemeinsame Selbstverwaltung), scheidet aus“. Und weiter: „Krankenkassen und Leistungserbringer schließen autonom Verträge über die Versorgung der Versicherten außerhalb des Sicherstellungsauftrags nach § 75 Abs. 1.“ Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind also ausgeschaltet.

Nun zu den möglichen Vertragspartnern. 331 Krankenkassen haben die Möglichkeit, mit zugelassenen und unter bestimmten Bedingungen auch mit nicht zugelassenen Leistungserbringern Verträge abzuschließen, deren Ausgestaltung Verhandlungssache der Beteiligten ist. Eine Einbeziehung pflegerischer Leistungen nach SGB XI ist leider nicht möglich.

Vertragspartner	Einzelne Leistungserbringer	Gemeinschaften von Leistungserbringern	Medizinische Versorgungszentren
Einzelne Krankenkassen	Zugelassene Ärzte und Zahnärzte, sonstige Leistungserbringer, zugelassene Krankenhäuser, stat. und amb. Vorsorge- und Reha - Einrichtungen, Apotheken	Gemeinschaften von Trägern von Einrichtungen, Trägern von Einrichtungen, die eine IV nach § 140a SGB V anbieten (Managementgesellschaften)	(fachübergreifend ärztlich geleitete Versorgungseinrichtungen, in denen Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind)
Kassenart (Verband)			
Mehrere/ alle Kassenarten (Verbände)			

Quelle: Jaeckel, VdAK

Die Verträge können verschiedene Leistungssektoren übergreifen (ambulant – stationär) oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung im Sinne von Prävention - Kuration - Rehabilitation umfassen. Die Verträge zur integrierten Versorgung können die Übernahme der Budgetverantwortung insgesamt oder für definierbare Teilbereiche (kombiniertes Budget) vorsehen. Es gibt keine genaue Festlegung der

zu vereinbarenden Versorgungsinhalte, diese sind Gegenstand der konkreten vertraglichen Vereinbarungen. Die Beteiligten können hierbei in sämtlichen Rechts- und Gesellschaftsformen an der integrierten Versorgung teilnehmen. In der Begründung zum § 140 d SGB V heißt es hierzu: „Dies gilt insbesondere für Konzeption und Ausarbeitung der Rechtsform der Gemeinschaften, der Organisation von Binnenstrukturen, den Vergütungsforderungen der Gemeinschaft, wie aber auch der Entwicklung eines internen Vergütungssystems, der vertraglichen Leistungsbeschreibung einschließlich arbeitsteiliger Behandlungskonzepte,, des Betriebs-, Qualitäts- und Leistungsmanagements einschließlich des Datensicherungs- und Datenschutzsystems, wie aber auch der sektorübergreifenden Gestaltung der Versorgungsprozesse.“

Nimmt man nun an, dass so vertraglich gebildete, integrierte Versorgungsstrukturen eine gewisse Flächenabdeckung und Einrichtungen aus den verschiedenen Sektoren umfassen sollten, liegt es nahe, einmal die Zahl der Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg anzusetzen, um einen ersten Anhalt für die mögliche Vielgestaltigkeit zu bekommen. In Baden-Württemberg existieren 44 Stadt- und Landkreise; 331 Krankenkassen können einzeln, zu zweit usw. mit (angenommen) 44 integrierten Versorgungsstrukturen einzeln, zu zweit usw. Verträge aushandeln. Aus der Kombinatorik ergibt sich eine fast unvorstellbare Zahl möglicher Gestaltungsformen nur für Baden-Württemberg. Erinnern Sie sich noch an die eingangs vorgetragene Definition der Integration aus wirtschaftlicher Sicht? Ich habe jedenfalls den Eindruck, dass zumindest der Begriff „integrierte Versorgung“ nicht ganz stimmig ist; nicht Integration, sondern regionale Zergliederung - dies allerdings sektorübergreifend - könnte das Resultat dieser Bestimmungen sein.

Zur Anschubfinanzierung integrierter Versorgungsverträge darf in der Startphase bis 2006 ausdrücklich vom Grundsatz der Beitragsstabilität abgewichen werden. Jede Krankenkasse hat jeweils bis zu 1% der an die Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. Krankenhäuser zu entrichtenden Vergütung für die Finanzierung integrierter Versorgungsformen zurückzuhalten. Somit stehen jährlich – bezogen auf das Jahr 2002 – bis zu 680 Millionen Euro aus den einbehaltenen Mitteln und über mögliche Beitragserhöhungen auch mehr für integrierte Versorgungsformen zur Verfügung. Das Alles klingt eigentlich ganz gut, den Vertragspartnern wird ein großer Gestaltungs-

spielraum gegeben, aber wie so häufig, „liegen die Probleme im Detail“. Und darin, dass die Krankenversorgung kein „gewöhnlicher Markt“ ist.

Wie bereits ausgeführt, hat jede Krankenkasse jeweils bis zu 1% der an die 23 Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. 2.240 Krankenhäuser zu entrichtenden Vergütung für die Finanzierung integrierter Versorgungsformen einzubehalten. Hierbei darf nicht vergessen werden, dass das herausgerechnete Geld zunächst nicht mehr der „normalen“ Versorgung zur Sicherstellung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten Versorgung zur Verfügung steht. Entgegen den ersten Gesetzentwürfen, wo die Kassen es bei Nichtgebrauch definitiv einbehalten durften, muss es jetzt bei Nichtverwendung nach drei Jahren zurückgezahlt werden.

Noch ein Wort zu den Krankenhäusern. In § 140 d steht: „Mit der nach § 140c Abs. 1 Satz 1 mit Krankenhäusern zu vereinbarenden Vergütung werden die Leistungen finanziert, die über die im Gesamtbetrag nach den §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder dem § 6 der Bundespflegesatzverordnung enthaltenen Leistungen hinaus vereinbart werden.“ Das heißt, dass die Integrationsvergütung nur die nicht im Krankenhausbudget enthaltenen Leistungen erfasst, wie z. B. zusätzliche Leistungsmengen der integrierten Versorgung oder zusätzlichen Dokumentations- oder Koordinierungsaufwand. Die bisher im Gesamtbetrag enthaltenen Leistungsbestandteile werden weiterhin über das Krankenhausbudget finanziert. Die Möglichkeiten der Krankenhäuser, den 1%igen Budgetabzug durch ein Netz wieder hereinzuholen sind also eher begrenzt.

Die Welt wird nach dem Willen des Gesetzgebers auf jeden Fall „bunter“; ob dies jedoch die Transparenz des Leistungsgeschehens für die Patienten und Leistungserbringer erhöhen wird, sei dahingestellt; zumal sich die Patienten gleichzeitig auch noch freiwillig in Disease Management Programme (DMP) einschreiben sollen. Zukünftig wird es nach dem Willen des Gesetzgebers also neben dem Privatversicherten und dem Normalrankenversicherten, den DMP-Eingeschriebenen Krankenversicherten der Krankenkasse X und den Integriert-Krankenversicherten der Krankenkasse Y geben. Das nenne ich Mehrklassen-Medizin und eine wirkliche mal „richtige“ (Verwaltungs-)Arbeitsbeschaffungsmaßnahme! Und ob das alles noch auf eine Praxisschild passt, wird die Zeit uns weisen.

Bei den Vertragsverhandlungen werden sich „David und Goliath“ treffen, das heißt, der Arzt / die Gruppe versus die Krankenkasse. Zwar hat in der Bibel David gewonnen, aber das muss ja nicht immer so sein. Der Grundsatz der „gleich langen Spieße“, der bisher zwischen den Partnern Kassenärztliche Vereinigungen und Kassen galt, wird sich zu Ungunsten der Leistungserbringer verschieben, und die Vertragspartner werden im übrigen „nochmals“ gemeinsam die Arbeit leisten müssen, die bisher von der gemeinsamen Selbstverwaltung erbracht wurde.

Den „David“s in solchen Versorgungsstrukturen muss klar sein, dass sie neben der Budgetverantwortung über den neuen § 140 c Satz 2 SGB V auch einen Teil des Morbiditätsrisikos übernehmen. In Satz 2 wird redaktionell klargestellt, „dass Bemessungsmaßstab für die Vergütung sämtliche Leistungen sind, auf die sich der vertragliche Versorgungsauftrag erstreckt. Auch soweit Versicherte berechtigt um eine Versorgung bei anderen Leistungserbringern außerhalb der integrierten Versorgung nachsuchen, sind diese Leistungen aus der vertraglich vereinbarten Vergütung für die Ausführung des Versorgungsauftrages zu begleichen.“ Das heißt: Obwohl der Versicherte Leistungen außerhalb der integrierten Versorgungsform bzw. außerhalb des Versorgungsauftrags ausdrücklich nur auf Überweisung in Anspruch nehmen darf, kann es doch vorkommen, dass er in anderen Regionen akut erkrankt und notfallmäßig versorgt werden muss. Dies ginge dann zu Lasten des Budgets der integrierten Versorgungsform! Es sei denn, die Kasse übernimmt kulanterweise die Kosten oder in den Verträgen wurden Ausnahmetatbestände vereinbart. Ob aber die Kassen ihre Vertragspartner den Kuchen sowohl essen wie behalten lassen wollen, kann zumindest bezweifelt werden.

Ein ähnliches System, wenn auch in kapitalistischer Reinform existiert in den amerikanischen HMOs. Das sind Versicherungsgesellschaften, die streng nach Wirtschaftlichkeitsprinzipien arbeiten und ihre Leistung demzufolge vorwiegend unter ökonomischen Aspekten erbringen. Die HMOs schließen Gruppenverträge mit Ärzten und Krankenhäusern ihrer Wahl. Die Patienten genießen nur dann den vollen Versicherungsschutz, wenn sie sich im Netzwerk ihrer Krankenversicherung behandeln lassen. Für elektive Leistungen außerhalb des Netzwerkes kommt der Versicherungsträger nur teilweise oder gar nicht auf. Auch innerhalb des Netzes müssen größere elektive Eingriffe oder diagnostische Maßnahmen zuvor genehmigt werden. Es kann

passieren, dass die Kostenübernahme einer zuvor nicht genehmigten Notfallbehandlung retrospektiv abgelehnt wird. Die Rechnung zahlt dann - und das ist der Unterschied zu uns - nicht der Leistungserbringer, sondern der Patient.

Genug der Fragezeichen aus der Sicht der ärztlichen Selbstverwaltung oder der Ärztinnen und Ärzte. Dem Patienten könnten die angerissenen Fragen eigentlich egal sein. Hauptsache, die integrierte Versorgung führt nicht zu Beitragssteigerungen oder Intransparenz des Leistungsangebotes (die Transparenz ist gemäß dem neuen § 140 a Abs. 3 SGB V alleine von den Krankenkassen zu gewährleisten). Aber warum sollten sich die Patienten für eine integrierte Versorgungsform entscheiden ?

Im immer noch gültigen § 140 g gab es die Möglichkeit einer Bonusregelung für Versicherte in der integrierten Versorgung. Dies entfällt im neuen Gesetz. Stattdessen heißt es: „Für die Versicherten sollte der Anreiz zur Teilnahme an der integrierten Versorgung in erster Linie darin bestehen, dass sie eine qualitativ verbesserte, patientenkonzentrierte Versorgung erwarten dürfen“. Kurz gesagt, dem Patienten wird suggeriert, dass trotz immer enger werdender finanzieller Möglichkeiten - ich zitiere die Roland Berger-Studie - „marktlich koordinierte Effizienz- und Leistungssteigerungen im deutschen Gesundheitswesen“ für ihn realisiert werden können. Eigentlich die Quadratur des Kreises! Nun, ob dies bei der derzeitigen Stimmung ausreicht, kann angezweifelt werden, zumal in integrierten Versorgungsstrukturen die freie Arztwahl nur bedingt möglich ist und die Therapiefreiheit der Ärzte auch hier budgetbedingten Einschränkungen unterliegen wird. Andererseits wird der Patient durch die integrierte Versorgung „geführt“, was zumindest der Bequemlichkeit entgegen kommen könnte.

Nehmen wir ein Beispiel: Ein Hausarzt stellt einem Patienten die Möglichkeit einer integrierten Versorgungsform mit dem Argument der „qualitativ verbesserten patientenkonzentrierten Versorgung“ dar. Der Patient fragt erstens: Bin ich denn bisher schlechter versorgt worden? Zweitens : Kann ich dann noch einfach zum Orthopäden gehen, wenn ich Massage brauche? Drittens: Muss ich dann weniger Beitrag zahlen? Die Antwort auf die beiden ersten Fragen lautet Nein. Auch bei der dritten Frage heißt es grundsätzlich Nein, allerdings kann der Hausarzt mit der Möglichkeit einer

unter Umständen reduzierten Zuzahlungen locken (§ 65 a SGB V). Und damit ist das Thema vom Tisch.

Was könnte also den Patienten motivieren? Das Hauptargument ist sicherlich die verlässliche und strukturierte Zusammenarbeit und Kommunikation unterschiedlicher Heilberufe und Versorgungsbereiche während des Behandlungsprozesses. Das werden vor allem chronisch Kranke zu schätzen wissen. Dazu kommt die Sicherheit, dass im Notfall alle entscheidenden Daten sofort abrufbar sind. Aber Qualität der Behandlung, ärztliche Zuwendung und Erreichbarkeit in Notfällen müssen nicht durch die integrierten Versorgungsformen neu erfunden werden; die gibt's schon.

Lassen Sie mich ein vorläufiges, sicherlich nicht abschließendes Fazit ziehen. Das Projekt „Integrierte Versorgung“ ist erklärter politischer Wille und wird mit aller Macht promotet. Der Gesetzgeber ist sogar bereit, die heilige Kuh der Beitragssatzstabilität hierfür zeitweise zu schlachten. Ob in diesem Fall allerdings die Grundlohnsummenunabhängige Steigerung des Budgets der integrierten Versorgungsformen zu Lasten des Gesamtbudgets oder zu Lasten der Beiträge geht - wer also letztlich dafür zahlen muss - ist eine noch zu klärende Frage. Die fast völlig freie Vertragsgestaltung bietet den Teilnehmern die Möglichkeit, ihre unternehmerischen Qualitäten zu erproben. Sie übernehmen die Budgetverantwortung und damit auch einen Teil des Morbiditätsrisikos.

Ernst Bruckenberger, leitender Ministerialrat im Niedersächsischen Sozialministerium und bekennder Querdenker, hat das so ausgedrückt: „Ein integriertes Versorgungssystem, bei dem jeder Teilnehmer zumindest einen Teil seines Budgets bzw. Einkommens abgibt, um anschließend den daraus gebildeten Betrag bei verstärktem persönlichem Einsatz, vermehrter Bürokratie und dem Ziel einer verbesserten Patientenversorgung mit Verlustrisiko neu zu verteilen, aber keinesfalls zu erhöhen, hat eindeutig masochistische Züge.“ Dem kann man natürlich so nicht zustimmen.

Noch ein Wort zu den Kostenträgern: Sie stehen dem Projekt durchweg positiv gegenüber. Verständlich, denn das Ziel ist klar definiert: Ausgehend von dem Postulat, dass viele Leistungen auf einer zu hohen Versorgungsstufe stattfinden, möchte man mit der integrierten Versorgung die Leistungen - wenn möglich - auf eine niedrigere,

kostengünstigere Versorgungsebene verlagern, d.h. von stationären zu teilstationären bzw. zu ambulanten Behandlungsformen. Weniger Krankenhauseinweisungen heißt Kostensenkung. Der „Arzt des Vertrauens“ hat unstrittig eine „Gatekeeperfunktion“, kann die „Patientenkarriere“ steuern und auch Doppeluntersuchungen vermeiden. Ein durchaus legitimes Anliegen. Nur ganz böse Menschen würden in diesem Zusammenhang an die amerikanischen HMOs denken.

Ich bin allerdings skeptisch, ob diese „marktlich liberalisierten“ gesetzlichen Rahmenbedingungen ausreichen, die integrierte Versorgung aus dem Stadium einer „Öko-Nische“ herauszulocken. Aber lassen Sie uns optimistisch sein und die Chance zum Experimentieren nutzen. Vielleicht strafen mich ja die Erfahrungen aus diesen Experimenten „Lügen“.

Es gibt sie übrigens schon, die integrierte Versorgung. Ein Vorzeigemodell heißt „Prosper - Gesund im Verbund“ und ist ein Projekt der Bundesknappschaft. In Bottrop läuft das größte Projekt dieser Art, wo 65 niedergelassene Netzärzte und das Knappschaftskrankenhaus Bottrop mit allen wichtigen medizinischen Fachbereichen die Versorgung des Patienten in einem flächendeckenden Gesundheitsnetz gewährleisten. Allerdings ist das Funktionieren an die spezielle Struktur der Bundesknappschaft gebunden. Sie ist zugleich Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung. Sie hat zudem einen eigenen Sozialmedizinischen Dienst, ein regionales System von Knappschaftsärzten sowie eigene Krankenhäuser und Reha-Kliniken.

Wohl noch in statu nascendi begriffen ist ein Projekt zwischen dem VdAK, der Elbe-Jeetzel-Klinik und niedergelassenen Ärzten im Kreis Lüchow-Danneberg. Es wurde im letzten Jahr - übrigens noch unter Einbeziehung der KV Niedersachsen – gegründet. Ob es läuft oder noch läuft oder nicht mehr, das entzieht sich aber meiner Kenntnis.

Es bleibt zu hoffen, dass der Gesetzgeber den begonnenen und schon geplanten „Experimenten“ auch wirklich die Zeit lässt, die sie brauchen, um aussagekräftige, wissenschaftlich belegte Bewertungen vorlegen zu können, die zeigen, dass die geplante Effizienzsteigerung nicht nur Fiktion ist.

Ich kann Ihnen als Präsidentin der Landesärztekammer Baden-Württemberg jedenfalls zusagen, dass wir die Entwicklung der integrierten Versorgung konstruktiv und kritisch, aber keinesfalls „blockierend“ begleiten werden. Ich glaube, ein durch handfeste Ergebnisse überzeugter Skeptiker ist ein besserer Vertragspartner für die Krankenkassen als ein Ideologe, der eine Idee um ihrer selbst willen verwirklichen will und am Ende gar kein funktionierendes System mehr hat. Die EDV-Spezialisten haben dafür ein geflügeltes Wort „Never change a running system except you have to do it and you know what are you doing“.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und bin gespannt auf die abschließende Podiumsdiskussion.

Es gilt das gesprochene Wort !