

Arzt oder Allgemeinmediziner zu gehen – ausgenommen Besuche zum Beispiel beim Augenarzt, beim Gynäkologen oder beim Kinderarzt. Halten sie sich an diesen Weg, erstattet die AXA 100 Prozent der Kosten. Sonst beträgt die Erstattung lediglich 80 Prozent.

„Der Versicherte kann somit zwischen diesen beiden Möglichkeiten von Fall zu Fall wählen“, sagte Schlösser. Zu über 80 Prozent gehen die rund 75.000 Versicherten den Weg über den Hausarzt. Mindestens

sieben private Krankenversicherungen haben laut Schlösser das Prinzip dieses 1994 von der AXA eingeführten Tarifes inzwischen übernommen.

Der AOK-Bundesverband allerdings zweifelt daran, dass sich mit einem solchen Modell wirklich Geld sparen lässt. „Dazu brauchen wir es eigentlich nicht“, meinte der Verbandsvorsitzende Dr. Hans-Jürgen Ahrens, „vielmehr muss über das Hausarztmodell die Qualität verbessert werden.“

Eine integrierte Patientenversorgung solle diese Mängel beseitigen, so Rohde. Die bisherigen Ansätze hätten dieses Ziel nicht erreicht. Dies gelte zum Beispiel für die belegärztliche Versorgung und die Ermächtigung von Klinikärzten zur ambulanten Versorgung. Auch die in den 90-er Jahren neu eingeführten Strukturverträge (*nach § 73 a SGB V*) und Modellvorhaben (*nach § 63 SGB V*) brachten nach Rohdes Einschätzung ebenso wenig den Durchbruch wie die mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 eingeführten Bestimmungen zur integrierten Versorgung (§§ 140a-h SGB V).

INTEGRIERTE VERSORGUNG

Brüche in der Behandlung vermeiden

Fortbildungsveranstaltung von Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung Nordrhein für die Vertreter der ärztlichen Körperschaften in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen

von Horst Schumacher

„Integrierte Versorgung“ lautete das Thema einer Fortbildungsveranstaltung, zu der Ärztekammer Nordrhein (ÄkNo) und Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNo) ihre Vertreter in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen kürzlich nach Düsseldorf eingeladen hatten.

Die Finanzierungsformen, Sicherstellungsverpflichtungen und Vergütungen der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland seien jeweils sektorspezifisch geregelt, sagte Dr. Dietrich Rohde, Vorsitzender des Ausschusses „Integrierte ärztliche Versorgung“ der ÄkNo. Diese ausgeprägte Zergliederung in den ambulanten und den stationären Bereich führt nach seinen Worten zu einer ganzen Reihe von Mängeln im Gesundheitswesen.

Als Beispiele nannte er

- Brüche in der Behandlung,
- Diskontinuität von Versorgungsverläufen,
- Doppeluntersuchungen,
- Mängel in der Notfallversorgung,
- Abschieben kostenintensiver Patienten in andere Sektoren,
- eine zu hohe Einweisungsquote und
- eine zu lange Verweildauer.



*Dr. Dietrich Rohde, Dr. Arnold Schüller: Bessere Qualität der Patientenversorgung durch Integration.
Fotos: KVNo/ÄkNo*

Eigenes Konzept

Mit der nächsten Stufe der Gesundheitsreform werde der Gesetzgeber erneut die Integration der Sektoren voranzutreiben versuchen, prognostizierte Rohde. Der Vorstand der ÄkNo habe den Ausschuss „Integrierte ärztliche Versorgung“ eingerichtet, um mit einem eigenen Konzept in diese Diskussion gehen zu können.

Erstes Ergebnis der Ausschussarbeit war ein Aufruf der ÄkNo im *Rheinischen Ärzteblatt März 2002* (Seite 15, zugänglich auch im Internetangebot www.aekno.de unter *Rheinisches Ärzteblatt online*). Darin haben Rohde und Kammerpräsident Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe alle Kolleginnen und Kollegen gebeten, ihre Erfahrungen im Bemühen um eine bessere Kooperation, Koordination und Integration zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich mitzuteilen. Inzwischen sind rund zwei Dutzend Erfahrungsberichte eingegangen, die der Ausschuss auswerten und in seine weitere Arbeit einbeziehen wird.

Der Integrations-Ausschuss, der den Vorstand der ÄkNo berät, hat bereits erste Überlegungen zu einem zukunftsweisenden Modell einer integrierten Versorgung entwickelt, wie Rohde berichtete. Wichtigste Zielvariable ist die

Qualität der gesundheitlichen Versorgung. Die zentralen Elemente sind:

► *multifunktionale Chipkarte*

Der Transparenz und Behandlungskontinuität soll eine multifunktionale Chipkarte dienen, auf der alle relevanten Daten gespeichert sind. Die Patientinnen und Patienten sollen in die Lage versetzt werden, ihren Ärzten diese Daten zur Verfügung zu stellen.

► *Koordinationsarzt*

Ein „Koordinationsarzt“ soll Monitoring, Koordination, Hilfestellung und Information übernehmen. Die Rolle dieses Arztes, der nicht unbedingt mit dem Hausarzt identisch ist, muss im Ausschuss noch weiter konkretisiert werden. Es ist an eine Verpflichtung des Patienten gedacht, sich über eine längere Zeitspanne von mindestens drei Jahren vom „Koordinationsarzt“ begleiten zu lassen. Dies bedeute eine gewisse Einschränkung des Rechts auf freie Arztwahl, so Rohde.

► *Integriertes Vergütungssystem*

Zu dem Modell gehört auch ein integriertes Vergütungssystem für die ärztlichen Leistungen.

► *Integrierte Körperschaft*

In Anlehnung an das „Hoppe-Modell“ einer personell integrierten ärztlichen Versorgung, das einen Sicherstellungsauftrag der ärztlichen Selbstverwaltung auch für die stationäre ärztliche Versorgung vorsieht, will der Ausschuss „Integrierte Versorgung“ über eine integrierte ärztliche Körperschaft nachdenken. „Wir leisten uns mit Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung zwei Körperschaften und sollten darüber nachdenken, ob nicht eine gemeinsame Körperschaft effizienter wäre“, sagte Rohde.

Er wies allerdings darauf hin, dass diese Überlegungen als Zukunftsvision einzustufen sind. In der aktuellen Situation sei dringend davor zu warnen, die Institution KV

und ihr Vertragsmonopol in Frage zu stellen. Unabhängig davon müsse die Ärzteschaft jedoch ihre langfristigen Ziele klar und deutlich formulieren. Dazu gehört nach Rohdes Vorstellung auch, dass das derzeitige System der „sozialistischen Bevormundung“ in der Gesetzlichen Krankenversicherung liberalisiert werden muss. Er strebt ein selbststeuerndes, individuelles System der ärztlichen Versorgung an, in dem der Behandlungsvertrag unmittelbar zwischen Patient und Arzt geschlossen wird.

Konkrete Ansatzpunkte

Konkrete Ansatzpunkte zur besseren Verbindung von ambulanter und stationärer ärztlicher Versorgung im Rahmen der heutigen gesetzlichen Regelungen zeigte Johannes Reimann auf, der stellvertretende Leiter des Referates gesundheitspolitische Grundsatzfragen der KV Nordrhein:

- regelmäßiger Austausch zwischen niedergelassenen Ärzten und Klinikern im Rahmen von Qualitätszirkeln;
- verbesserter Kommunikationsfluss bei Einweisung und Entlassung von Patienten;
- verbesserte Kooperation zwischen ärztlichem Bereitschaftsdienst und Rettungsdienst;
- Einrichtung von Notfallpraxen am Krankenhaus; hier gibt es in Nordrhein inzwischen mehr als 20 Beispiele;
- gemeinsame Nutzung von Großgeräten sowie Praxis- und Klinikseinrichtungen.

Reimann vertrat den KV-Vorsitzenden Dr. Leonhard Hansen, der nach der Begrüßung die Veranstaltung wegen eines Fernsehtermins verlassen musste. Auch aus Sicht der KV haben die neuen Regelungen zur integrierten Versorgung (*nach §§ 140 a ff. SGB V*) bisher wenig gebracht. Laut Reimann gibt es bis heute keinen ernstzunehmenden Vertrag auf dieser Grundlage. Dies liege wohl daran, dass die sektoralen Budgets zur Einhaltung des Gesamtbudgets

um sämtliche Vergütungsanteile zu bereinigen sind, die im Rahmen von Direktverträgen gezahlt werden.

Kritisch ist aus Reimanns Sicht zu sehen, dass die Beteiligung der KVen an der integrierten Versorgung nicht zwingend vorgeschrieben ist. Der Gesetzgeber habe den Kassen vielmehr eine selektive Vertragsgestaltung mit einzelnen Leistungserbringern ermöglicht und damit deren Kompetenzen entscheidend ausgeweitet. Das berge die Gefahren einer Aushöhlung des Sicherstellungsauftrages und der Risikoselektion durch die Kassen.

Qualität erstes Ziel

„Erstes Ziel aller Anstrengungen zur Integration muss die Qualität der Patientenversorgung sein“, sagte der Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein, Dr. Arnold Schüller, der die Veranstaltung moderierte. In der Diskussion lobten zahlreiche Teilnehmer die vom Ausschussvorsitzenden Rohde vorgetragene Reformüberlegungen. „Es ist sehr wohlthuend, was Sie da gesagt haben – das läuft auf ein Kostenerstattungsmodell hinaus“, sagte Dr. Eugen Breimann (Duisburg). „Zentral ist das Patient-Arzt-Verhältnis, alles andere muss sich darum herum gruppieren“, meinte Dr. Helmut Gudat (Düsseldorf). „Hochspezialisiertes Wissen muss für beide Sektoren nutzbar gemacht werden“, unterstrich Kammer-Vizepräsident Dr. Arnold Schüller.

Allerdings: Es dürfe nicht der Eindruck erweckt werden, dass Qualität der ärztlichen Versorgung bisher nicht vorhanden sei, merkte Dr. Jens Harder Boje (Leverkusen) kritisch an. „Wir sind seit Jahren sehr darum bemüht, die Qualität zu verbessern“, stellte er klar. Andere Diskutanten zweifelten daran, dass sich mehr Liberalität im Verhältnis Patient-Arzt politisch durchsetzen lässt. Auf den Punkt brachte die Stimmung Dr. Walter Dresch (Köln): „Was Sie vorgetragen haben ist so einfach, dass es schon wieder richtig gut tut.“