

Integration von ambulanter und stationärer Versorgung

Ein Symposium des Marburger Bundes beschäftigt sich mit unterschiedlichen gesundheitspolitischen Konzepten für eine stärkere Integration im Gesundheitswesen.

von **Britta Susen***

Die Integration von ambulanter und stationärer Versorgung war Gegenstand eines Symposiums, das der Bundesverband des Marburger Bundes kürzlich in Köln veranstaltet hat. Zielsetzung des Symposiums war dabei nicht, den zahlreichen (Lippen-)Bekanntnissen zur integrierten Versorgung weitere hinzuzufügen, sondern Wege aufzuzeigen, wie die bisherigen Grenzen zwischen den Leistungssektoren überwunden werden können.

Vorstellungen des Marburger Bundes

In seinem Einleitungsreferat machte Rudolf Henke, 2. Vorsitzender des Bundesverbandes des Marburger Bundes, deutlich, dass sich die Forderung nach mehr Integration, Kooperation und Kommunikation zwar seit Jahren in fast allen gesundheitspolitischen Reformansätzen wiederfindet, die Erfüllung dieser Forderung aber kaum vorankommt.

Dies sei umso problematischer, als der Trend zu immer mehr Spezialisierung im ärztlichen Beruf und die Entstehung neuer Berufsbilder im Gesundheitswesen objektiv einen immer größeren Aufwand zur Sicherung kontinuierlicher Behandlungsverläufe erfordern. Hinzu komme, dass der Anteil an chronisch kranken Patientinnen und Patienten und älteren Menschen mit Mehrfacherkrankungen, die die Mitwirkung unterschiedlicher Fach-

disziplinen und Gesundheitsberufe im Behandlungsverlauf benötigen, ebenfalls zunimmt.

Bisher setze die Verwirklichung integrierter Versorgungsformen eine idealistische und immaterielle Motivation der tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie der anderen Gesundheitsberufe voraus, so Henke. Nicht geleistet worden sei von der Gesundheitspolitik die Schaffung entsprechender rechtlicher und sonstiger Rahmenbedingungen sowie finanzieller Anreize, die die Kooperation und Integration der Leistungen fördern und nicht hemmen. Dabei seien es doch gerade die von der Politik zu verantwortenden, auf die einzelnen Sektoren ausgerichteten Finanzierungssysteme, die es geradezu „rational“ erscheinen lassen, Behandlungskosten zu Lasten anderer Bereiche zu verlagern.

Integration als politisches Ziel

Dass die im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 mit den §§ 140 a SGB V ff. geschaffenen rechtlichen Möglichkeiten zur Verwirklichung integrierter Versorgungsangebote nicht gegriffen haben, wurde auch von Dr. Ulrich Orłowski, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), bestätigt. Als wesentliche Gründe für das Scheitern nannte er die Vorgabe einer Rahmenvereinbarung auf Bundesebene, die Bereinigungsvorschrift so-

wie die fehlende strukturelle Einbindung der Krankenhäuser. Die aktuellen Überlegungen des BMGS zur integrierten Versorgung sehen daher eine grundlegende Neuregelung der Vorgaben zur integrierten Versorgung vor. Grundlage sollen nicht mehr Kollektivverträge, sondern Einzelverträge zwischen einzelnen Leistungserbringern bzw. Gemeinschaften von Leistungserbringern und Krankenkassen sein.

Ambulante Leistungen der Kliniken

Zudem soll der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zumindest in der Startphase aufgehoben werden. Für die Krankenhäuser sei ferner von Bedeutung, dass Leistungserbringer unabhängig von ihrem Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus Leistungen erbringen dürften. Eine entsprechende vertragliche Vereinbarung vorausgesetzt hätten Krankenhäuser damit im Rahmen der integrierten Versorgung die Möglichkeit, ambulante Leistungen zu erbringen.

Position der KVNo

Dass die geforderte Bereinigung der Gesamtvergütung ein zentrales Problem der Umsetzung der gültigen Vorschriften zur integrierten Versorgung darstellt, wurde von Dr. Leonhard Hansen, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung

* Dipl.-Öec. Britta Susen leitet das Referat „Krankenhausplanung und -finanzierung“ der Ärztekammer Nordrhein.

Nordrhein, bestätigt. Nach Ansicht von Hansen komme es vor allem auf die Optimierung der Schnittstellen zwischen den Versorgungsektoren an. Hierzu gehören ein sektorübergreifender Informationsaustausch im Rahmen von Qualitätszirkeln, die Verbesserung der Kommunikation bei Einweisung und Entlassung von Patientinnen und Patienten, die effiziente Kooperation von ärztlichem Bereitschaftsdienst und Rettungsdienst, die Einrichtung von Notfallpraxen an Krankenhäusern sowie die gemeinsame Nutzung von Großgeräten. Selbstkritisch wies Hansen darauf hin, dass die KVen in der Vergangenheit häufig bei der Forderung „So viel ambulant wie möglich!“ stehen geblieben wären. Im Sinne einer qualitätsgesicherten Patientenversorgung müsse der Satz aber lauten: „Soviel ambulant wie möglich, so viel stationär wie nötig.“

Krankenhäuser im Zentrum?

Nach Ansicht von Susanne Renzewitz, Leiterin des Bereiches Politik bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), gehören die Krankenhäuser ins Zentrum der integrierten Versorgung. Die DKG habe bereits 1998 ein entsprechendes Konzept entwickelt, dessen Zielsetzung es ist, die Krankenhäuser zu einem integrierten Dienstleistungszentrum weiterzuentwickeln. Voraussetzung hierfür sei eine weitergehende Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen.

Im Einzelnen forderte Renzewitz, dass die Krankenhäuser im Rahmen von Integrationsverträgen auch ambulante Leistungen vereinbaren und erbringen können, dass Krankenhäuser im Rahmen von Disease-Management-Programmen zur ambulanten Leistungserbringung zugelassen werden und die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten für fachärztliche und spezialisierte Leistungen über den Rahmen des § 115 b SGB V

hinaus erweitert werden. Insbesondere muss nach Ansicht der DKG den Krankenhäusern die Möglichkeit eingeräumt werden, im Hinblick auf die mit der Einführung des Fallpauschalensystems zu erwartende Reduzierung der Verweildauer die ambulante Nachsorge gleichberechtigt zum vertragsärztlichen Bereich zu übernehmen.

In der anschließenden Diskussion wurde deutliche Kritik an der Haltung der Krankenhausträger geäußert. Insbesondere wurde hervorgehoben, dass das „Krankenhaus“ an sich keine Patientinnen und Patienten versorgt, sondern diese Leistung durch die im Krankenhaus tätigen Menschen erfolgt. Nicht die institutionelle, sondern die personelle Integration sei das Ziel.

Strategien der Kostenträger

Ziele, die Krankenkassen mit der integrierten Versorgung verbinden, erläuterte Hardy Müller, Leiter der Abteilung Versorgungsmanagement/Projekte der Techniker Krankenkasse. Hierzu gehören neben der Steigerung von Effektivität und Effizienz auch Vorteile im Wettbewerb der Kassen untereinander, da die Entscheidung der Versicherten für eine Kasse zunehmend von der Vielfalt und Ausgestaltung spezieller Versorgungsangebote abhängt. Klar formuliert wurde von Müller, dass sich jedes Modell der integrierten Versorgung von vornherein einer ökonomischen Bewertung zu stellen habe. Der Nachweis der Wirtschaftlichkeit stelle eine erste notwendige Voraussetzung für die Umsetzung entsprechender Projekte aus Sicht der Kostenträger dar.

Diese Sichtweise wurde von den meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmern an diesem Symposium nicht geteilt. Aus ärztlicher Sicht dienen integrierte Versorgungsformen primär der Verbesserung der Versorgungsqualität und nicht der Reduzierung von Kosten. Dabei erfordere ein verbessertes Management der Schnittstellen und die

strukturierte sektorübergreifende Kommunikation und Kooperation Investitionen, die sich nicht unmittelbar amortisieren ließen.

Die sich an die Vorträge anschließende rege Diskussion machte deutlich, dass – wenngleich alle Akteure im Gesundheitswesen das Wort Integration gerne im Munde führen – die konkreten Vorstellungen und Zielsetzungen doch recht unterschiedlich sind. Offensichtlich wurde, dass es den einen Ansatz zur Überwindung der Sektorisierung des deutschen Gesundheitswesens, der von allen getragen wird, (noch) nicht gibt.

Im zweiten Block am Nachmittag wurden dann verschiedene konkrete Beispiele vorgestellt, von denen einige den Leserinnen und Lesern des *Rheinischen Ärzteblattes* aus der Reihe „Integrierte ärztliche Versorgung im Landesteil Nordrhein“ bekannt sein dürften. Hierzu gehören das Rheumazentrum Köln und das Projekt zur schmerztherapeutischen Betreuung von stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten aus Duisburg.

Präsentiert wurden weiterhin ein Modell zur integrierten Versorgung angiologischer Patientinnen und Patienten in einem Gefäßzentrum in Mönchengladbach, die Medizinische Qualitätsgemeinschaft Modell Herdecke und ein Modell zur integrierten Versorgung in Lübeck, das für sich in Anspruch nimmt, bundesweit den ersten integrativen Versorgungsvertrag abgeschlossen zu haben – allerdings mit der Besonderheit, dass es sich bei dem beteiligten Krankenhaus um ein reines Belegkrankenhaus handelt.

Gerade die drei Vorträge aus Nordrhein haben erneut deutlich gemacht, wie leicht hoch motiviert begonnene Projekte aus den unterschiedlichsten Gründen kläglich scheitern können, so dass die Quintessenz eines Vortragenden lautete: „Stell Dir vor, es gibt die integrierte Versorgung, und keiner will sie!“