

Integrierte Patientenversorgung

Strukturelle Anforderungen aus Sicht der Ärzteschaft

I. Ausgangslage

Um das hohe Versorgungsniveau im deutschen Gesundheitswesen auch in Zukunft halten zu können, sind grundlegende Änderungen erforderlich.

Die Neubestimmung des Verhältnisses von Eigenverantwortung und Solidarität, die Schaffung einer nachhaltigen Finanzierung, die präventive Ausrichtung der gesundheitlichen Versorgung, die verantwortliche Lösung ethischer Konflikte und die künftige Umsetzung des medizinischen Fortschrittes stehen dabei im Vordergrund.

Angesichts eines zunehmenden Anteils chronisch und vielfach Erkrankter ist die Sicherstellung des Ineinandergreifens der individuellen Behandlungsprozesse von besonderer Bedeutung.

Unter integrierter Patientenversorgung ist zu verstehen, dass bezogen auf den individuellen Versorgungsprozess des einzelnen Patienten die medizinischen Leistungen der verschiedenen Sektoren – vom ambulanten über stationären und pflegerischen bis zum rehabilitativen Bereich – aufeinander abgestimmt sind. Auf der Basis klarer Behandlungsziele greift das Handeln der unterschiedlichen ärztlichen und nichtärztlichen Professionen ebenso ineinander wie das aller am Versorgungsprozess beteiligten Organisationen. Damit ist auch unterstellt, dass die somatisch und psychotherapeutisch ausgerichteten Leistungsbereiche der Medizin sich an den Notwendigkeiten der Behandlung abgestimmt ausrichten und dass ein möglichst reibungsloses Zusammenspiel allgemeinärztlicher und fachärztlicher Behandlung erfolgt.

Im Idealfall wird der einzelne Patient nicht nur zur richtigen Zeit, am richtigen Ort und auf der richtigen Versorgungsebene behandelt, sondern dort gemäß seiner Erkrankung und unter Berücksichtigung seiner Mitwirkungsmöglichkeiten ein eingespieltes Zusammenwirken aller Versorgungskomponenten vorfinden.

Wenn gegenwärtig dieser Zustand weitgehend nicht erreicht wird, liegt das primär nicht daran, dass ärztliche und nichtärztliche Therapeuten der verschiedenen Versorgungsbereiche dieses Versorgungsideal nicht erreichen wollen, sondern vor allem an politisch gesetzten Rahmenbedingungen und dem Spezialisierungstrend in der Medizin selbst.

Integrationsdefizite ergeben sich insbesondere

- aus der für die hohe Leistungsfähigkeit der Medizin erforderlichen Differenzierung und Spezialisierung,
- aus dem Zusammenwirken verschiedener Professionen mit teilweise unterschiedlichen Orientierungen,
- aus den in Deutschland hoch entwickelten Wahlfreiheiten der gesetzlich wie privat Krankenversicherten,
- aus den das Versorgungsgeschehen bestimmenden finanziellen Anreizen,
- aus den verschiedenen Rechtsbedingungen und Zuständigkeiten in den einzelnen Sektoren,
- durch die stärkere wettbewerbliche Orientierung im Gesundheitswesen, die Kooperation ebenso fördern wie eine stärkeres Gegeneinander bewirken kann sowie
- durch die zunehmende (betriebs-)wirtschaftliche Orientierung vieler Leistungserbringer.

Integration, Förderung von Kooperation sowie Koordination zwischen Professionen, Institutionen und Sektoren sind kein sich von selbst ergebender Prozess, sondern bedürfen der bewussten, zielgerichteten Anstrengung.

Wenn die mangelnde Integration des Versorgungsgeschehens sich überwiegend aus übergreifenden Ordnungs-, Steuerungs-, und Anreizbedingungen ergibt, folgt daraus, dass der einzelne im Gesundheitswesen Tätige in der Regel aus eigener Kraft nicht in der Lage ist, diese im System liegenden Integrationsmängel durch eigenes Engagement zu überwinden.

Es ist auch festzustellen, dass die gegenwärtigen Formen der Kooperation und Koordination wie Belegarztsystem, Zentrenbildung, Ermächtigungen, Netze und ambulantes Operieren im Krankenhaus vor dem hier formulierten Integrationsanspruch unzureichend sind.

Ausgehend von dieser Analyse schlägt die Ärzteschaft vor, auf der Basis vorhandener Ansätze im Sozialgesetzbuch V die Rahmenbedingungen für die zukünftige Gesundheitsversorgung so zu setzen, dass sich aus der Sicht jedes einzelnen Handelnden und jeder Organisation Kooperation als vorteilhaft und Abstimmung als wünschenswert erweist.

Die systematischen Ansätze des Sozialgesetzbuches V (Zuständigkeiten von Hausärzten und Fachärzten, integrierte Versorgung) sind wichtige Komponenten auf dem Weg zum Ziel einer integrierten Patientenversorgung und müssen entsprechend ausgebaut und weiterentwickelt werden.

Erklärtes Ziel der Ärzteschaft ist es, nach Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen die integrierte Patientenversorgung in Deutschland zur Regelversorgung fortzuentwickeln.

Die im aktuellen Recht vorhandenen Möglichkeiten zu integriertem Handeln können als Einstieg sinnvoll sein.

Die Ärzteschaft spricht sich allerdings dagegen aus, es lediglich bei Inseln verbesserter Zusammenarbeit zu belassen.

Die Vorteile einer integrierten Patientenversorgung liegen auf der Hand:

- Verbesserung von Qualität und Effizienz der Patientenversorgung,
- deutliche Ressourcenschonung der eingesetzten Solidarmittel,
- Stärkung des Engagements und der Arbeitszufriedenheit aller im Gesundheitswesen tätigen Professionen und
- deutliche Senkung der Bürokratiekosten im Gesundheitswesen.

Die nachfolgenden programmatischen Vorstellungen zu einer integrierten Patientenversorgung verfolgen das Ziel, allen Bemühungen um Integration und Kooperation eine strategische Ausrichtung zu ermöglichen.

II. Veränderungsdimensionen

Zur Erreichung der Ziele Integration und Kooperation sind vier tragende Säulen zu benennen:

- Integriertes Vergütungssystem,
- Integrierte Information,
- Integriertes Handeln ärztlicher Organisationen,
- Integrierte ärztliche Leistung.

Sie werden nachfolgend analysiert und zielorientiert umrissen.

1. Integriertes Vergütungssystem

Die aktuellen Vergütungsformen und Anreize für einzelne Dienstleister, Organisationen und Versorgungssektoren sind primär darauf ausgerichtet, die Versorgung innerhalb des jeweiligen Bereichs sicherzustellen.

Sie sind nicht so angelegt, dass sektor-, organisations- und professionsübergreifende Versorgungsziele optimal erreicht werden. Vielmehr widersprechen sie sich in vielfacher Weise und bestrafen geradezu Kooperationen sowie auch Orientierungen, die sich am langfristigen Ergebnis eines übergreifenden Behandlungsprozesses ausrichten.

Der Ansatz einer umfassenden integrierten Versorgung muss insofern davon ausgehen, dass am Ende eines Konvergenzprozesses dieser Vergütungssysteme ein integriertes Vergütungssystem im deutschen Gesundheitswesen steht.

Dieser langfristige Prozess müsste zunächst damit begonnen werden, die Integration und Kooperation widersprechenden Anreize zu bestimmen, um da-

nach eine einheitliche, dem ganzen Behandlungsgeschehen verpflichtete Vergütungsform aufzubauen.

2. Integrierte Information

Da Spezialisierung, Differenzierung und Gliederung des Gesundheitswesens nicht rückgängig gemacht werden können, ist die informationelle Integration geeignet, die positiven Effekte der Spezialisierung nicht zu gefährden und trotzdem eine hohe Abstimmung zu erreichen.

Unter vollständiger Wahrung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung und Beachtung des Schutzes der Patientendaten bieten neue Informations- und Kommunikationstechnologien (Patienten- und Professional-Cards, elektronische Patientenakten und moderne Formen der elektronischen Kommunikation) eine Plattform für Integration und Kooperation, die für alle Professionen und Institutionen sowie die Versicherten große Chancen eröffnen können.

Auf dieser Plattform wird das Behandlungsgeschehen transparent, Widersprüche im Behandlungsverlauf werden sichtbar, ineffiziente Doppelnutzungen vermieden und zu jeder Zeit der Anschluss für weiteres diagnostisches und therapeutisches Handeln möglich.

Die informationelle Plattform und die damit verbundene Transparenz macht es auch möglich, eigenverantwortliches Handeln der Patienten und Versicherten zielorientiert einzubinden (z. B. durch Zielvereinbarungen zwischen Patient und Arzt, Bonusregelungen).

Die vielen offenen Fragen der konkreten Anwendung bedürfen intensiver Erörterung unter Berücksichtigung und Simulation der realen Versorgungssituation in Notdienst, Praxis, Klinik und den weiteren Versorgungsbereichen.

3. Integriertes Handeln ärztlicher Organisationen

Der hier vorgestellte Ansatz einer umfassenden integrierten Patientenversorgung bezieht sich primär auf ein abgestimmtes, auf Kooperation orientiertes ärztliches Handeln als Achse der Patientenversorgung im deutschen Gesundheitswesen.

Diese Einschätzung beruht auf der Annahme, dass ein integriertes, kooperierendes Handeln aller ärztlichen Fachdisziplinen eine starke Wirkung und Ausstrahlung auf die Kooperation aller anderen Fachberufe ausüben wird.

Am Strang ärztlicher Kooperation und am möglichst widerspruchssarmen Handeln von Ärzten werden sich andere ausrichten.

Dies unterstellt eine starke Stellung des Arztes im Gesundheitswesen, daraus erwächst allerdings auch eine besondere Verantwortung und Verpflichtung.

Diese besondere Verantwortung und die erwartete Ausstrahlung auf Dritte verpflichtet die ärztlichen Organisationen und insbesondere die ärztlichen Körperschaften zu einem konsistenten Handeln, das sich auf Arbeitsteilung, Definition von Prozeduren, gemeinsame Qualitätskriterien, gemeinsame Anforderungen in Fort- und Weiterbildung ebenso bezieht wie auf die Notfallversorgung und die Behandlung außerhalb der Dienst- und Praxiszeiten.

Ein solch abgestimmtes Handeln ist gegenwärtig noch nicht erreicht.

Notwendig ist es deshalb, das Handeln der ärztlichen Organisationen und insbesondere der ärztlichen Körperschaften so in Übereinstimmung zu bringen, dass strukturiertes, kooperatives Verhalten aller Ärzte gefördert wird.

4. Integrierte ärztliche Leistung

Neben der Angleichung der Vergütungssysteme, der informationellen Integration und dem konsistenten Handeln der ärztlichen Körperschaften besteht – angesichts der ausgeprägten Spezialisierung der Medizin – ein großer ärztlicher Koordinationsbedarf im deutschen Gesundheitswesen.

Koordination und Begleitung des Patienten sind deshalb erforderlich, weil der Patient im oft unübersichtlichen Leistungsgeschehen einen persönlichen Ansprechpartner braucht.

Die Patienten sind trotz aller Informationsmöglichkeiten gerade bei komplexeren Fragestellungen allein kaum in der Lage, die vielfältigen Leistungsangebote zu durchschauen, auf ihr spezifisches Versorgungsproblem hin zu bewerten und mögliche Widersprüche im Behandlungsprozess selbst aufzulösen.

Die Integration der Leistungen im Behandlungsprozess und die Begleitung und Beratung der Patienten stellen eine ärztliche Aufgabe dar.

Die hierfür besonders qualifizierten Ärzte stehen den Versicherten zur Verfügung, die sich für diese Koordination, Begleitung und Beratung freiwillig entschieden haben.

Anzustreben ist, dass es sich lohnt, diese ärztliche Leistung dauerhaft anzunehmen, da sich die positive Wirkung umfassend erst mittelfristig und auf der Basis eines stabilen Vertrauensverhältnisses erweisen kann.

Da Koordination, Strukturierung und Begleitung wichtige Leistungen im solidarisch finanzierten Gesundheitswesen sind, muss die Honorierung entsprechend angepasst werden.

Die vorgelegte Konzeption geht von dem Strukturierungsansatz des Sozialgesetzbuches aus und erweitert die Koordinationsfunktion.

In der Regel wird diese von den hausärztlichen Fachgruppen wahrgenommen. In Kooperation zwischen Hausarzt und Facharzt, auf Wunsch der Patienten

oder aufgrund spezieller Behandlungserfordernisse kann auch der behandelnde Facharzt Koordinationsaufgaben wahrnehmen oder in die Koordinationsfunktion eingebunden sein.

Die Fähigkeit, diese Koordinations- und Integrationsaufgaben wahrzunehmen, wird vor allem durch die Weiterbildung gemäß der Weiterbildungsordnung erlangt.

III. Umsetzungsvoraussetzungen

Eine integrierte Patientenversorgung ist ein mittel- bzw. langfristiges Ziel des deutschen Gesundheitswesens.

Die Verwirklichung setzt dort an, wo die aktuelle Rechtslage erste Ansätze für Integration, Kooperation und Koordination geschaffen hat.

Das Reformbemühen achtet insofern zwar auf Anschlussfähigkeit, geht allerdings über die aktuellen Gesetzesnormen weit hinaus und bietet eine klare Vision.

Düsseldorf, den 20. März 2004