

Sämtliche Folien zu den Statements sind auf unserer Website unter dem Menüpunkt: Veranstaltungen / Ergebnisse und Folien aus den Workshops einzusehen.

Workshop 1.3

Sektorübergreifende Zusammenarbeit und integrierte Versorgung

Moderation: Thomas Ballast, Verband der Angestellten-Krankenkassen
– Arbeiterersatzkassenverband

Statements: Dr. Heinz Stapf-Finé, Deutsche Krankenhausgesellschaft

Dr. Dominik Graf von Stillfried, Kassenärztliche
Bundesvereinigung (Beitrag nicht verfügbar)

Johannes Stock, AOK-Bundesverband

Bericht: Dr. Frank Johannes Hensel, Bundesärztekammer

Zusammenfassender Bericht:

Einführung durch *Thomas Ballast*: Trotz anfänglicher Euphorie sind in den vergangenen zwei Jahren erst fünf Verträge zur „integrierten Versorgung“ deutschlandweit abgeschlossen, wobei jedoch auch diese nicht wirklich die sektorübergreifende Integration von Gesundheitsleistungen regeln.

Fakt ist, dass die Kommunikation, Kooperation und Koordination im Gesundheitswesen ungenügend ist. Es besteht eine eindeutige Sektorierung und Abschottung der Versorgungsbereiche. Es existiert kein praktisch funktionierendes Projekt mit tatsächlich auch technisch verwirklichter sektorübergreifender Kommunikation, das unmittelbar breit verfügbar wäre.

Die jetzige Konzentration auf Disease Management Programme (DMP) belastet durch die Verknüpfung mit Finanzausgleichsüberlegungen (Risikostrukturausgleich) zwischen den Krankenkassen die Systemüberlegungen.

Integrierte Versorgung braucht eine edv-technische Vernetzung der Leistungserbringer, aber *Vernetzung beginnt im Kopf*.

Über erfolgreiche Einzelprojekte sollte die Akzeptanz und die Bereitschaft zu Auf- und Ausbau vernetzter integrierter Versorgungsangebote erreicht werden können.

Stellungnahmen

Dr. Heinz Stapf-Finé

DMPs (zunächst Diabetes mellitus, Asthma bronchiale und COPD, Brustkrebs, KHK) sollten ein kontinuierliches Monitoring von Daten erlauben und durch gesicherte Einhaltung von Leitlinien bessere Outcomes erreichen.

RSA-Verknüpfung motiviert die Krankenkassen dazu, möglichst viele ihrer Versicherten in solche Programme einzuschreiben.

Managementdefizite, mangelnde Versichertenbereitschaft zur Einschreibung und mangelnde Bereitschaft zur Anschubfinanzierung durch die Kostenträger stehen vertraglichen Vereinbarungen im Wege.

Das Nebeneinander von Einzel- und Kollektivvertragssystem ist ungeklärt.

Es wird mehr kreative Konkurrenz zwischen ambulantem und stationärem Bereich gefordert.

Die Arzneimittelabgabe durch Krankenhausapotheken für ambulant und teilstationär betreute Patienten sollte ermöglicht werden.

Krankenhäuser der Zukunft könnten integrierte Health care-Anbieter werden.

Dr. Dominik Graf von Stillfried

Integration der relevanten Leistungsanbieter ist Voraussetzung für DMPs.

DMP-Kernelemente sind evidence based-Leitlinien, funktionierendes Qualitätsmanagement und eine angemessene Befunddokumentation.

Zur darstellbaren Erreichung von Versorgungszielen bedarf es Leitlinien, die teilweise nicht wie gewünscht vorhanden sind.

Der Qualitätszyklus in DMPs besteht aus Behandlung/Befunddokumentation/ Auswertung, Feedback, Reminder/Fortbildung, Qualitätszirkel

Eine fehlende Befunddokumentation könnte über die Abrechnung sanktioniert werden.

Verfahren zur Aggregation der Daten und Bereitstellung für weitere Auswertung auf einer Plattform sind vorzusehen.

Vergleich soll für den Einzelnen und für die Qualitätszirkel möglich werden.

DMP-Einstieg wohl noch ein Jahr lang auf Papierbasis, ab Ende 2002 auf Datenträger, ab Mitte 2003 dann Rückkopplung auch kürzer als quartalsweise, am ehesten ungerichtete Kommunikation auf XML-Basis.

DMPs motivieren zu Verträgen auf Bundesebene, da nur dort Standards über Bundemantelverträge zumindest zur Dokumentation und Datenverarbeitung verankert werden können.

Johannes Stock

Integrierte Versorgung funktioniert nur mit integrierter Verantwortung (medizinisch und ökonomisch).

Derzeit 3 Felder: DMP, Arztnetze, Facharzt-Krankenhaus-Kooperation.

DMPs haben für die Krankenkassen eine hohe strategische Bedeutung, da durch mehr Kooperation und Steuerung die Qualität und Wirtschaftlichkeit mittelfristig (nicht auf Kurzeffekte abzielen) erhöht werden dürfte.

Kommunikation zwischen Leistungserbringern ist zwar schon in Modellen entwickelt, aber Strukturen und Abläufe sind noch nicht hinreichend geklärt.

Aggregierte und pseudonymisierte Daten sind notwendig, um Controlling durchzuführen.

Diskussion

Zum Thema *Steuerungsmöglichkeiten*:

Befunddokumentation soll die Erreichung individueller Therapieziele erfassen und Problemfälle sollten kontaktiert werden können, je nach Problemstellung (Fristversäumnis, Therapieversagen) kann die Kontaktaufnahme unterschiedlich erfolgen.

Benchmarking soll auch dem Patienten ein wissenschaftlich abgestütztes Urteil ermöglichen.

Erfassung der patientenbezogenen Ergebnisqualität (z.B. definierte Endpunkte als unerwünschte Ereignisse auf der Stufe der Evaluation) ist in DMPs enthalten, die Prozesssteuerung erfolgt jedoch eher über Surrogatmarker.

Auch eine Erfassung der Patientenzufriedenheit ist mit den DMPs vorgesehen.

Rückkopplung und Einwirken auf Ärzte auch mit möglichen Sanktionen (nach gestatteter Lernfunktion) soll ebenfalls in DMP integriert werden.

Die ungerichtete Kommunikation wird als erforderlich erachtet, da z. B. bei Überweisung immer noch Arztwahl bestehen bleiben soll.

Es wird eine Koordinierung aber keine alleinige Steuerung durch unspezialisierte Hausärzte von den Krankenkassen gewünscht, wobei diese Funktion nur mit geteilten festgelegten Verantwortlichkeiten der einzelnen Leistungsanbieter möglich wäre.

Zum Thema Datenstandards:

Diskussionen über kurzfristig verfügbare Datenstandards setzen zuerst die Suche nach geeigneten Dokumentationsstrukturen voraus, dann erst können IT-technische Festlegungen getroffen werden.

Zum Thema Motivation der Ärzte zur Beteiligung und Technikinvestition:

Hohe Investitionsvolumina für IT-Technologie durch Vertragsärzte ohne gesicherte Refinanzierung durch z. B. Dokumentationsgebühr werden eine schwierige Hürde darstellen, daher auch über Papierform erst einmal niemanden wegen Technikmangel ausschliessen.

Ärzte müssen Vertrauen entwickeln können, z. B. durch langfristige Vertragsbeziehungen, dass sich Investitionen auch wirklich lohnen (Planungssicherheit).

DMPs werden zunächst zu einer Versorgung unterschiedlicher Geschwindigkeiten führen, weil einige Patienten und Ärzte erst einmal nicht mitmachen werden. Sobald Vorteile erkennbar werden, ziehen entsprechend mehr Ärzte und Patienten mit.

Dr. Frank Johannes *Hensel*, Bundesärztekammer

WORKSHOP-DOKUMENTATION

Thomas Ballast:

Ich leite beim VdAK in Siegburg die Abteilung „Versorgungsoptimierung“ und dieser schöne Name bedeutet, dass alles was an Projekten zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in meine Zuständigkeit fällt, u. a. auch „Integrierte Versorgung“ und – man könnte fast sagen leider – auch das Thema Disease-Management, weil es halt im Moment unheimlich viel an Arbeit und Überlegungen bedeutet.

Das Thema „Integrierte Versorgung“ hat mich bei einem Vortrag letzte Woche an den Karneval hier im Rheinland erinnert. Da gibt es einen Schlager, der heißt: „Es gibt ein Leben nach dem Tod“. Und ähnlich ist es bei der integrierten Versorgung auch, denn wer sich mit dem gesundheitspolitischen Umfeld befasst hat weiß, dass sich vor ungefähr zwei Jahren mit sehr großer Euphorie alle Beteiligten im Gesundheitswesen mit der Frage beschäftigt haben, wie kann man außerhalb der normalen Versorgung und Vertragsstrukturen weitere Versorgungsangebote schaffen.

Das war möglich geworden durch eine gesetzliche Neuregelung in Form der Paragraphen 140 a–h, die vorsahen, dass Krankenkassen und Leistungserbringer sich freiwillig zusammenfinden können, um neue Angebote zu schaffen. Der Stand heute knapp zwei Jahre danach ist, dass

wir über Deutschland verteilt ungefähr fünf Verträge über integrierte Versorgung haben und dass diese fünf Verträge nicht mit Integration zu tun haben in dem Sinne, wie es ursprünglich geplant war, sondern eher Einzelverträge über die bestimmte besondere Vergütung von einzelnen Leistungen, beispielsweise sektorübergreifende Fallpauschalen oder ambulantes Operieren sind.

Die Umsetzung der integrierten Versorgung steht also eigentlich noch aus. Statt dessen beschäftigen wir uns mit Disease-Management und diejenigen, die ursprünglich einmal für integrierte Versorgung eingetreten sind, sind so ein bisschen ruhig geworden, aber das wird irgendwann auch mal wieder anders sein. Die Disease-Management-Thematik wird Ende des Jahres so weit abgedeckt sein, dass wir laufende Programme haben, die dann nur noch weiterentwickelt werden müssen und dann wird man auch wieder die Ursprungsgedanken, die zu den Überlegungen einer integrierten Versorgung geführt haben, aufnehmen können.

Welche Überlegungen waren das? Wir haben im Moment die Situation, dass wir in den Kernbereichen, die auch die medizinische Versorgung ausmachen sollten, nämlich die der Kommunikation, der Kooperation und Koordination eine absolut unzureichende und uns wenig zufriedenstellende Situation haben. Diese drei K's finden in der Praxis kaum oder zumindest zu wenig statt aus unterschiedlichen Gründen.

Wir haben unterschiedliche Sprachen auf unterschiedlichen Ebenen. Das betrifft jetzt nicht nur die unterschiedlich verwandten Fachsprachen, sondern insbesondere auch, wenn man an die EDV-gestützte Kommunikation denkt,

die Kooperation der unterschiedlichen Hard- und Softwareanwendungen. Wir haben im Bereich der unterschiedlichen Sektoren wenig Anreize zur Kooperation. Wir haben im wesentlichen Einzelkämpfer oder einzelkämpfende Organisationen, die aus ökonomischen Interessen heraus wenig Anreiz haben, miteinander zu kooperieren. Wir haben immer wieder die Frage, wer kann sich am besten das System zunutze machen. Und wir haben insgesamt durch die Organisations- und vor allen Dingen auch Vertragsstrukturen eine eindeutige Sektorierung und Abschottung der einzelnen Versorgungsbereiche.

Und das war damals der Auslöser, zu sagen, wir brauchen neue Ansätze. Diese Diskussion ist ja auch mit der integrierten Versorgung überhaupt nicht zu Ende gekommen. Wer schon einmal die Tagespresse verfolgt, wird entdeckt haben, dass es da eine phänomenale Einrichtung namens Runder Tisch gibt, der sich sehr intensiv über unterschiedlichste Fragestellungen einer großen Reform im Gesundheitswesen Gedanken macht und zu diesen Fragestellungen gehört natürlich auch, wie kann man die beiden Vertragssysteme, die wir jetzt schon haben, nämlich das Kollektivvertragssystem und das Einzelvertragssystem, repräsentiert durch die integrierte Versorgung weiterentwickeln? Man kann sicher sein, dass in der nächsten Legislaturperiode – unter welcher Regierung auch immer – da sicherlich weitere Aktivitäten folgen werden.

Mit dieser Rahmenbeschreibung – also unzureichende Kommunikation, Kooperation und Koordination – ergibt sich auch etwas, was der gesunde Menschenverstand, aber auch die reale Erfahrung zeigt, nämlich dass

telematische Anwendungen im Gesundheitswesen bislang höchst schwierig umzusetzen, oder, wenn man es hier auf den Punkt bringen will, nicht umsetzbar sind. Ich habe ungefähr zehn Projekte betreut, die alle irgend etwas mit Praxisnetzen, mit sektorübergreifenden Angebotsstrukturen zu tun hatten, und es ist in keinem einzigen dieser Projekte gelungen, eine Anwendung zu etablieren, die eine sektorübergreifende EDV-gestützte Kommunikation tatsächlich beinhalten würde. Und mir ist bislang noch kein Projekt über den Weg gelaufen, das es tatsächlich geschafft hätte, so etwas auch nutzbar in die Realität zu bringen. Da gibt es also noch sehr viel zu tun.

Neben der integrierten Versorgung ist dann der Lösungsansatz des Gesetzgebers gewesen, der Selbstverwaltung zu ermöglichen, strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke anzubieten. Das ist mit dem neuen Begriff Disease-Management bezeichnet worden.

Auch Disease-Management sollte ursprünglich sektorübergreifende Versorgung beinhalten, einschließlich der Vertragseinbindung von ambulant und stationär tätigen Leistungserbringern. Gleichzeitig gibt es allerdings eine Verknüpfung mit den Finanzausgleichsmechanismen des Risikostrukturausgleichs, was zumindest im ersten Schritt dazu führen wird, dass sich die Kassen, die ja Träger und die Organisatoren dieser Programme sind, auf den ambulanten Bereich konzentrieren werden. Damit wird sicherlich eine Chance vertan, von Anfang an auch sektorübergreifend Kommunikationsprozesse in Disease-Managementprogramme zu etablieren. Das wird aber dann eine Frage der Ausbaustufe nach der Einführung der

Programme sein. Diese Einführung ist nach jetzigem Stand für den 1. Juli des Jahres vorgesehen.

Welche Erwartungen hätten wir mit integrierter Versorgung bzw. Disease-Management gerne erreicht und umgesetzt? Wir wollten die sektoralen Grenzen aufbrechen. Das ist auch weiterhin unser Ziel. Der VdAK und auch andere Kassenverbände arbeiten weiterhin an Einzelprojekten, Einzelmodellen, die vertragliche Beziehungen unmittelbar zu Krankenhäusern und niedergelassenen Leistungserbringern in einem Projekt beinhalten, und dazu würden dann auch Fragen des EDV-Einsatzes in solchen sektorübergreifenden Projekten gehören.

Wir wollen uns stärker als bisher auf den einzelnen Patienten konzentrieren. Das ist in beiden Bereichen, also sowohl integrierte Versorgung als auch Disease-Management dadurch gewährleistet, dass wir eine Einschreibung des Versicherten benötigen, der an solchen Projekten teilnehmen will. Disease-Management ist auch organisatorische Grundvoraussetzung, weil nur so der Versicherte, der im Disease-Management eingeschrieben ist, auch für den Risikostrukturausgleich fassbar wird. Und nur so werden wir die neuen Ausgleichsstrukturen dann auch leben können. Und wir wollen in solchen sektorübergreifenden Projekten die Leistungen dort erbringen lassen, wo es am sinnvollsten ist und nicht dort, wo vielleicht gerade ein Budget voll ist oder wo gerade ein Notdienstauftrag nicht ausreichend umgesetzt wird.

Ein Mittel aus dem EDV-Bereich, das wir in diesem Zusammenhang einsetzen wollen, ist zum einen die elektronische Patientenakte. Ich sage es

noch einmal: Mir ist kein funktionierendes System in Deutschland bekannt, das über ein Krankenhaus oder wenige Krankenhäuser hinaus den Schritt in den ambulanten Bereich schafft, oder wo unterschiedliche Ärzte in nennenswertem Umfang tatsächlich auf eine gemeinsame Patientenakte zugreifen.

Wir wollen dadurch eine größere Transparenz über den Versorgungsablauf schaffen. Vielen ist ja nach wie vor nicht bekannt, dass Kassen im Bereich der ambulanten Versorgung über keine versichertenbezogenen Daten verfügen. D. h. was im einzelnen in der Vertragsarztpraxis passiert oder was mit unserem Versicherten oder Patienten geschieht, ist uns bislang nicht bekannt. Insofern sind da auch viele Steuerungsvorstellungen gar nicht umsetzbar und einer der Konfliktpunkte in der Umsetzung von Disease-Managementkonzepten ist nun in der Tat erneut die Frage, inwieweit wir zumindest für die eingeschriebenen Patienten in unseren strukturierten Behandlungsprogrammen diese personenbezogenen Daten dnn bekommen, um am Versorgungsprozess und an dessen Steuerung mithelfen zu können.

Schnelle Bereitstellung von Information wäre dann das dritte wichtige Ziel für uns in diesem Prozess. Selbst die wenigen versichertenbezogenen Daten, die wir heute haben, kommen zum Teil sehr spät. Sie sind zumindest für den Prozess, den wir steuern wollen, nicht nutzbar. Etwas was beispielsweise auch in dem Bereich der Arzneimittelversorgung durchaus von den Vertragsärzten gemeinsam mit uns beklagt wird, ist, dass Steuerungsdaten, die es erlauben würden, im Verordnungsverhalten relevante Änderungen herbeizuführen, nicht zum richtigen Zeitpunkt vorliegen.

Diese EDV-technische Vernetzung, die daraufhin ausgelöst werden müsste, ist im Moment nur sehr schwer zu realisieren. Sie setzt aber mindestens voraus, dass diese Vernetzung – wir haben es hier mal so genannt – im Kopf stattfindet, dass also die Leistungserbringer selber auch ein Interesse daran haben, diese Vernetzung durchzuführen. Die anderen Schritte, also die Hard- und Softwarelösungen, die man danach finden könnte, ergeben sich dann im zweiten Schritt. Vielleicht nicht automatisch, aber in einem gemeinsamen Projekt dann doch viel besser, als wenn man von Anfang an mit Widerständen zu rechnen hat.

Die aktuellen Perspektiven, mit denen wir uns auseinandersetzen, sehen so aus: Wir gehen im Moment nicht davon aus, dass es die große Reform von oben erfolversprechend geben wird und geben kann. Wir rechnen damit, dass wir mit unserer bisherigen Politik der kleinen Schritte, also der Arbeit an Einzelprojekten, und über erfolgreiche Einzelprojekte Akzeptanz auch in größeren Kreisen zu schaffen, fortfahren müssen. Das soll dann dazu führen, dass eine Bereitschaft zur Integration bei allen Beteiligten geweckt wird. Dass vernetzte Strukturen über das, was es bisher schon gibt sowohl inhaltlich als auch EDV-gestützt auch weiter aus- und aufgebaut werden, und dass wir in diesem Zusammenhang auch dann immer stärker auf den EDV-Einsatz setzen können.

Dr. Heinz Stapf-Finé:

Ich arbeite bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Referent für Politik und bin u. a. auch für die Themen „Integrierte Versorgung und Disease Management“ mit zuständig und versuche, die Sicht der Krankenhäuser voranzutreiben. Was ich mir auch einmal wünschen würde ist, dass wir uns eines Tages in so einer Art Telekonferenz treffen könnten, dann hätte ich heute nicht von Berlin nach Bonn anreisen müssen.

Zunächst möchte ich zu dem größten Kostenblock Stellung nehmen. Das ist natürlich nur dann der Fall, wenn Sie beim ambulanten Bereich nicht den Arznei- und Heilmittelbereich dazuzählen. Wenn Sie das aber tun, sieht das Verhältnis schon ganz anders aus. Dann haben wir Gleichstand des ambulanten und des stationären Sektors erreicht.

Warum müssen wir uns überhaupt über integrierte Versorgung unterhalten? Wenn Sie sich mal anschauen das Verhältnis der Facharztzahlen im ambulanten und im stationären Bereich, dann sehen Sie, dass da ungefähr Gleichstand herrscht. Wir haben etwas über 70.000 Fachärzte sowohl in den Krankenhäusern als auch in den Praxen und mir sind international keine Beispiele von Ländern bekannt, die sich einen solchen Luxus noch leisten.

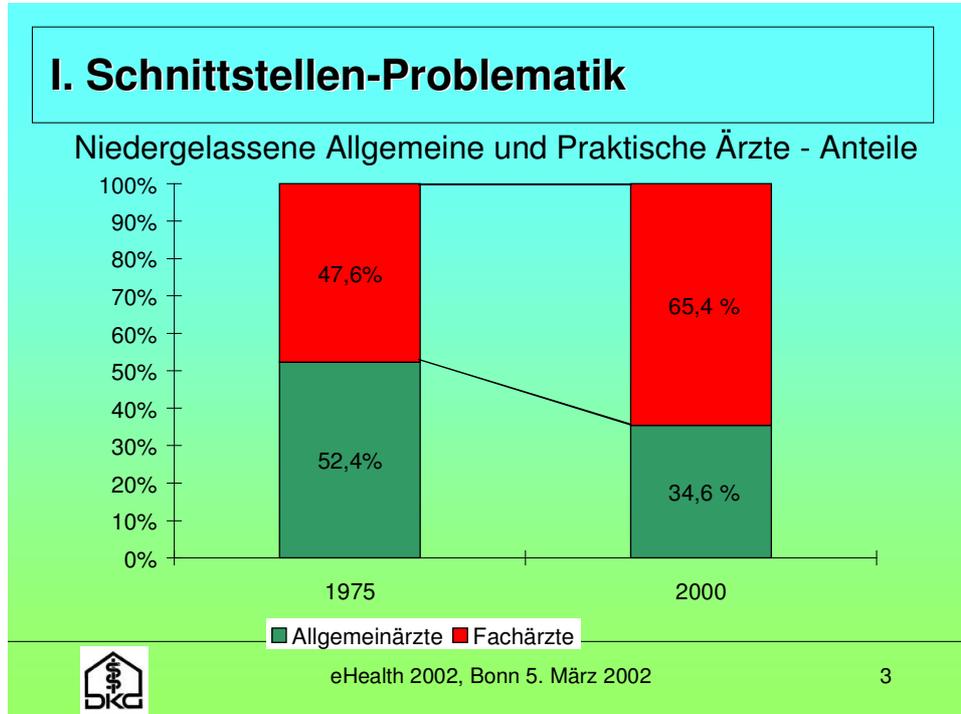
I. Schnittstellen-Problematik

Fachärzte im niedergelassenen und stationären Bereich 2000

	Niedergelassene Fachärzte	Fachärzte im Krankenhaus
Augenärzte	5.269	807
Chirurgen	3.918	12.081
Frauenärzte	9.891	4.333
HNO-Ärzte	4.010	1.037
Hautärzte	3.461	800
Internisten	17.084	15.620
Kinderärzte	6.106	3.908
Laborärzte	445	335
Nervenärzte u. Psychiater	7.908	6.721
Orthopäden	5.122	1.913
Radiologen	2.346	3.160
Urologen	2.583	1.639
Sonstige	6.063	17.808
Ärzte mit Gebietsbezeichnung insges.	74.233	70.162



Schauen wir uns mal die Relation der niedergelassenen Ärzte an, dann sehen wir, dass im Jahr 2000 das ganze Verhältnis eigentlich auf den Kopf gestellt worden ist. Wir haben nur noch etwas über 34 % Allgemeinärzte verglichen mit 52 % im Jahre 1975.



Wir können also festhalten, dass die spezialärztliche Versorgung zu mehr als der Hälfte durch niedergelassene Ärzte erfolgt, obwohl ja die Krankenhäuser theoretisch besser ausgestattet sein sollten. Wir haben das Problem im niedergelassenen Bereich, dass die Spezialisierung zunimmt und so die Zusammenarbeit von Fachärzten noch stärker organisiert werden muß, als dies in der Vergangenheit der Fall gewesen ist. Und in den Krankenhäusern hätten wir es einfacher mit der Konzentration von Fachwissen an einem Ort. Dann lastet natürlich auf den Facharztpraxen auch ein starker wirtschaftlicher Druck und vor allem in einer Umgebung zunehmender Spezialisierung sind die Ärzte auch darauf angewiesen,

zusätzliche Leistungen zu erbringen, um überhaupt ihre Erlössituation halten zu können.

Eines der neuen Zauberworte, um integrierte Versorgung oder überhaupt um die Zusammenarbeit der Versorgungssektoren zu verbessern, heißt Disease-Management. Worum handelt es sich dabei? Es geht darum, ein Krankheitsbild insgesamt zu betrachten, Versorgungsstrukturen und Prozesse zu verbessern, und das soll geschehen mit kontinuierlichem Monitoring von geeigneten Daten. Hier wäre ein großes Einsatzgebiet für Telematik in der Zukunft. Und natürlich soll dabei ein besserer Outcome entstehen, und man will sich strukturierter Behandlungsprogramme mit Hilfe von Leitlinien bedienen.

Wir begrüßen im Prinzip auch die Einführung solcher Disease-Managementprogramme, halten es allerdings für ein bisschen problematisch, dass dieses Disease-Management verknüpft worden ist mit Ausgleichszahlungen aus dem RSA, so dass zu befürchten ist, dass von Kassenseite da auch ein Anreiz besteht, ziemlich viele Versicherte einzuschreiben, was möglicherweise zu Lasten der Qualität der Versorgung innerhalb solcher Programme gehen könnte. Wir werden jedenfalls im Rahmen der Selbstverwaltung alles daran setzen, zu verhindern, dass Call-Center-Lösungen hier die Zukunft bedeuten werden.

Sie haben sicherlich auch schon erfahren, dass der Koordinierungsausschuss, der mit dieser Aufgabe betraut ist, vier Diagnosen herausgesucht hat. Diabetes Mellitus, Asthma und COPD, Brustkrebs und die coronare Herzkrankheit. Das sind also die Krankheitsbilder, mit denen

ab Mitte des Jahres in die Disease-Programme gestartet werden soll. Mit welchen Rechtsformen können wir denn solche Disease-Managementprogramme ausgestalten? Es gibt zum einen gesetzliche Instrumente, die auch bisher vom Gesetzgeber schon vorgesehen waren, nämlich Modellvorhaben und Strukturverträge. Bisher haben wir allerdings nicht so überzeugende Erfahrungen mit diesen Instrumenten gemacht, nicht nur weil Krankenhäuser nicht im Blickpunkt solcher Modelle waren und weil es auch langwierige Vertragsverhandlungen erforderte, um überhaupt zu Abschlüssen zu kommen. Es gibt auch das Problem, dass die Krankenkassen immer weniger bereit sind, Anfangsinvestitionen zu tätigen. Es gibt Defizite im Management solcher Netze und es gibt auch das Problem, dass nicht genügend Versicherte sich zur Einschreibung bereit finden.

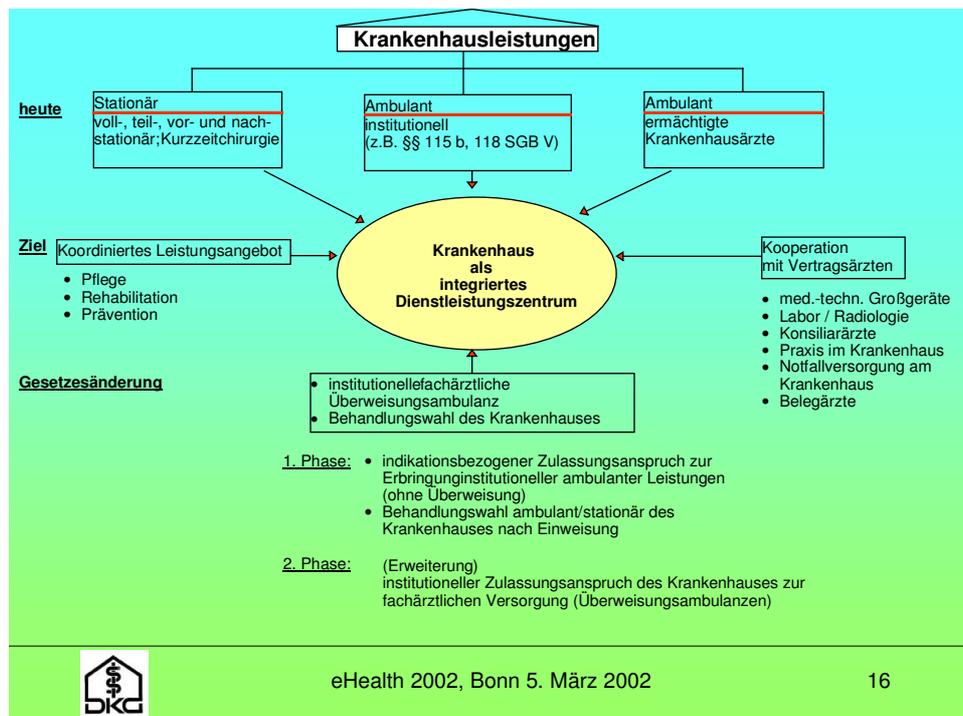
Und ein weiteres Problem ist – bislang konnten nennenswerte Einschreibungen auch noch nicht nachgewiesen werden. Wir glauben aber, dass insbesondere die Krankenhäuser aufgrund ihrer Managementkompetenz, aufgrund ihrer Infrastruktur und auch aufgrund der Tatsache, dass Krankenhausträger Innovationsbereitschaft zeigen werden, sehr geeignete Vertragspartner sein werden für integrierte Versorgung und für Disease-Management.

Was bedeutet eigentlich Integrationsversorgung so wie sie mit der GKV Gesundheitsreform 2000 ausgestaltet worden ist. Zum einen soll es sich um sektorenübergreifende Versorgung handeln und zum anderen ist es auch der Einstieg in ein Vertragsmodell, denn die Regelversorgung oder Teile davon

wird jetzt nicht mehr durch einheitliche und gemeinsame Verträge gestaltet, sondern eben durch Einzelverträge zwischen einzelnen Kassen und Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern, wobei die KV ein Vertragspartner sein kann, aber nicht mehr sein muß. Es gibt allerdings bei der Ausgestaltung der Integrationsversorgung auch Probleme und das mag auch einer der Gründe dafür sein, dass bundesweit – sie sagten fünf Verträge – bislang abgeschlossen worden sind. Das liegt zum einen daran, dass die Ausgliederung des Budgets aus der normalen Versorgung für die Integrationsversorgung natürlich problematisch ist. Da muss es ja gerecht zugehen und Sie wissen ja, aufs gucken die Vertragspartner sehr kritisch. Wir haben das Problem, dass dieses Nebeneinander von Einzel- und Kollektivvertragssystem auch ordnungspolitisch noch nicht optimal abgestimmt worden ist. Damit, das hatten Sie, Herr Ballast, schon angesprochen, beschäftigt sich im Augenblick der „Runde Tisch“ sehr intensiv.

Nach unserer Auffassung gibt es auch Verbesserungsbedarf, der künftig vom Gesetzgeber gelöst werden müsste. Nach Auffassung der DKG ist ein wirksames oder ein nachhaltiges Beseitigen dieser Mauern zwischen den Versorgungssektoren nur dann möglich, wenn sowohl der ambulante als auch der stationäre Bereich die Chance bekommen, immer mehr Bereiche zu finden, in denen sie miteinander konkurrieren können. Wir haben das ja schon im Augenblick bei dem ambulanten Operieren, wo sowohl Niedergelassene als auch Krankenhausärzte miteinander konkurrieren dürfen und nach unserer Vorstellung wäre es durchaus kreativ, wenn wir für diesen Bereich das Disease-Management nach diesem Vorbild des

ambulanten Operierens auch hier einen Bereich schaffen würden, wo wir miteinander konkurrieren könnten. Hierzu ist allerdings eine Gesetzesänderung nötig, die es den Krankenhäusern erlauben würde, auch innerhalb des Disease-Managements ambulante Leistungen zu erbringen. Man könnte auch im Sinne der Krankenhäuser das Apothekengesetz dahingehend ändern, dass die Arzneimittelausgabe oder -abgabe durch die Krankenhausapotheken ausgeweitet wird beispielsweise auf Patienten, die ambulant oder teilstationär im Krankenhaus behandelt werden.



Es gibt auch Handlungsnotwendigkeiten in Gesetzesbereichen, die einem nicht unmittelbar einfallen, wenn man über integrierte Versorgung und

Disease-Management spricht, beispielsweise das Umsatzsteuergesetz. Viele der innerhalb von Kooperationsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und anderen erbrachten Leistungen unterliegen eben der Umsatzsteuerpflicht und da wäre eine Forderung an den Gesetzgeber zu richten, dass eine Befreiung oder eine Ausweitung der Befreiungstatbestände im Umsatzsteuergesetz für solche Leistungen vorzusehen ist.

Es gibt noch viele Hürden zu überwinden bis wir soweit sind, dass das DKG-Leitbild vom Krankenhaus als integriertem Dienstleistungszentrum verwirklicht ist. Wir sehen die Zukunft in der Weiterentwicklung der Krankenhäuser zu integrierten Healthcare-Anbietern, die die gesamte Versorgungskette anbieten, entweder selbst oder durch vertraglich an das Krankenhaus gebundene Leistungserbringer.

Johannes Stock:

Ich bin Projektleiter beim AOK Bundesverband und dort zuständig für die Entwicklung von Arztnetzen, die – neben Disease Management – als ein weiteres Segment von Integrierter Versorgung anzusehen sind. Für mein Statement versuche ich, den Bogen zu spannen zwischen den zwei Themen, die wir hier haben: Integrierte Versorgung einerseits und Telematik, wie sie im Zentrum des Kongresses steht, auf der anderen Seite.

Zunächst ein paar Thesen zur Integrierten Versorgung auf Basis der bisherigen Erfahrungen:

Integrierte Versorgung steht noch am Anfang. Erfolg versprechende Formen sind aufwendig und komplex, sie brauchen Zeit und Geduld.

Wir müssen uns darüber klar sein, dass wir – verglichen mit den Erfahrungen in anderen Ländern – noch sehr am Anfang stehen, die Entwicklung von Integrierter Versorgung wird sicherlich noch einige Jahre brauchen. Ein Grund ist hier angedeutet, die *Komplexität* des Ganzen. Um erfolgversprechende Formen zu bekommen ist es notwendig, die Modelle sorgfältig und in sich stimmig zu konstruieren. Dabei müssen ganz verschiedene Bereiche berücksichtigt werden: Es genügt nicht, einfach eine Vergütung zu bezahlen, sondern es müssen auch der genaue Leistungsumfang, die Vertragsbedingungen für die Ärzte, die Akquisition von Versicherten, EDV und Controlling usw. geregelt werden. Es muss also eigentlich im kleinen fast das ganze Spektrum dessen, womit sich eine Krankenkasse im großen beschäftigt, in einem solchen Vertrag auftauchen. Die dahinterstehende Konstruktion ist entsprechend komplex.

Wenn aber der Aufwand hoch ist und die Erfahrungen für solche Modelle fehlen, dann kann die Konsequenz nicht sein zu sagen: Jetzt nach zwei Jahren haben wir noch nicht viel sehen können, das kann ja wohl nichts sein mit der Integrierten Versorgung. Die Konsequenz muss vielmehr sein, *den Entwicklungen Geduld zu geben* und genau zu schauen, was sich da entwickelt. Soweit ich sehe ist Einiges am Werden, aber es braucht eben noch Zeit.

Integrierte Versorgung funktioniert nur mit integrierter Verantwortung (medizinisch und ökonomisch).

Die Erfahrung ist, dass die Integration der Gesundheitsversorgung sinnvoller Weise auch die Integration von Verantwortung beinhaltet. Diese Erfahrung haben wir aus der ersten Generation von Arztnetzen und neuen Versorgungsmodellen gewonnen. Sie kennen wahrscheinlich auch die Klagen darüber, dass dort zu wenig Verbindlichkeit herrschte. Einfach nur Geld zu bezahlen und zu denken, das wird schon was, hat nicht funktioniert. Natürlich ist in diesen Netzen etwas geschehen, etwa erweiterte Präsenzzeiten oder Anfänge von Kooperation. Aber beim genaueren Draufschaun, das zeigen die wenigen Berichte und Evaluationen, ist in puncto Qualität und Wirtschaftlichkeit noch nicht das heraus gekommen, was man eigentlich erwartet hat, und was man erwarten darf von solchen neuen Formen. Um tatsächlich spürbare Veränderungen hervorzurufen, braucht es deshalb in den Modellen mehr Verbindlichkeit, *mehr medizinische und ökonomische Verantwortung der Beteiligten*, und zwar sektorenübergreifend.

Aber diese integrierte Verantwortung gut zu konstruieren ist nicht leicht. Das gilt für die medizinischen Aspekte und die *Qualität*, wenn man bedenkt, dass die Versorgung in verschiedenen Sektoren integriert verantwortet werden soll. Es gilt aber auch für die ökonomischen Aspekte und die Wirtschaftlichkeit. Auch da ist es wichtig, Verantwortung zu integrieren, damit es für Ärzte überhaupt interessant wird, Wirtschaftlichkeitsreserven

zugunsten von mehr Steuerung und mehr Qualität zu erschließen. Integrierte Verantwortung eines Arztnetzes für die *Wirtschaftlichkeit* muss natürlich in einer Weise konstruiert werden, die das Risiko fair verteilt, machbar ist und tatsächlich zum Erfolg führt. Das wird man jedoch nicht im Laufe von ein, zwei Jahren schaffen. Hier braucht es wie gesagt mehr Geduld.

Integrierte Versorgung entwickelt sich derzeit vor allem auf den drei Feldern Disease Management, Arztnetze und Facharzt-Krankenhaus-Kooperation.

Man sollte anfangen, die Felder von Integrierter Versorgung zu sortieren und über ihre Unterschiede nachzudenken. Von Disease-Management haben meine Vorredner schon gesprochen. Das steht im Moment im Mittelpunkt der Aktivitäten. Arztnetze sind ein anderer Ansatz. Daneben scheinen zunehmend Formen der Korporation von Fachärzten und Krankenhäusern zu entstehen, mit denen Synergiepotenziale bei der Spezialversorgung ausgelotet werden. Das aber nur als grobe Typen – wahrscheinlich lassen sich die entstehenden Projekte hier nicht immer eindeutig zuordnen.

Disease-Management bezieht sich immer auf eine bestimmte Diagnose, die dann über die ganze Versorgungskette optimiert werden soll. *Arztnetze* haben einen wesentlich breiteren Ansatz, der unabhängig von Einzeldiagnosen im Bereich der Grundversorgung in der Breite ansetzt und damit bei der hausärztlichen Versorgung beginnt. Ihre Koordinationsfunktion soll ausgebaut und die Verknüpfungen mit

fachärztlichen und anderen spezialärztlichen Dienstleistungen generell verbessert werden. Bei *Facharzt-Krankenhaus-Kooperationen* geht es wieder stärker um diagnosebezogene Zusammenarbeit etwa im Bereich von Radiologie oder Onkologie. In diesen drei Feldern bestehen spezifische Schwierigkeiten und ganz unterschiedliche Möglichkeiten, Integrierte Versorgung aufzubauen. Man sollte diese drei Ansätze auf keinen Fall in konkurrierender Weise gegeneinander stellen. Vielmehr können sie sich gegenseitig sehr gut ergänzen und sollten von Anfang an so aufgebaut werden, dass sie miteinander verzahnt werden können.

Integrierte Versorgung hat eine hohe strategische Bedeutung für die GKV, speziell für bessere Kooperation und Steuerung sowie für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Für alle drei Felder gilt das Gesagte, dass ein hoher Aufwand erforderlich ist, um stimmige und machbare Formen zu entwerfen. Man sieht das ja gerade bei der Entwicklung von Disease-Management-Programmen. Das ist wichtig zu akzeptieren, weil manchmal doch recht schnell der Stab gebrochen wird über die Integrierte Versorgung, mit dem Vorwurf, das habe nichts gebracht. Dem muss man widersprechen, wenn man berücksichtigt, dass es dafür begründetermaßen Zeit und Geduld braucht.

Dieser Aufwand ist natürlich nur gerechtfertigt, wenn man zumindest mittelfristig einen entsprechenden Nutzen erwarten kann. Ich meine, dieser Nutzen ist sicher. Denn die Bemühungen um mehr Integration der

Versorgung in diesen verschiedenen Feldern werden innovative Ideen und praktische Erfahrungen bringen, wie man mehr Kooperation und Steuerung erreichen und damit Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung verbessern kann. Ich plädiere also dafür, Integrierte Versorgung auch strategisch zu sehen als eine Art von Zukunftswerkstatt für die GKV. Dabei sollte man nicht erwarten, dass Integrierte Versorgungsmodelle auf kurze Frist schon im Versorgungsgeschehen auch zahlenmäßig dominieren. Das wäre die falsche Messlatte. Wichtiger ist, die exemplarische Bedeutung von einzelnen Modellen zu sehen. Man darf sicher sein, dass auch einzelne besondere Modelle ihre Ausstrahlungswirkung auf die übrigen, traditionellen Versorgungsformen haben werden.

Ich versuche nun, den Bogen zwischen *Integrierter Versorgung* und *Telematik* zu schlagen, und stelle die Dinge auf vier Ebenen dar:

Praxis-EDV / Klinik-EDV: Diese Ebene ist eigentlich die Basis von allem, hier geht es zunächst eher um „Matik“ als um „Tele“, wenn Sie so wollen. In diesem Bereich gibt es viele Angebote, die schon ganz gut ausgefeilt sind. Trotzdem will ich auf zwei Probleme hinweisen: Im Bereich der niedergelassenen Ärzte gibt es noch bei weitem keine flächendeckende Ausstattung mit EDV. Zudem ist der Anteil veralteter Systeme relativ hoch, also das Aktuell-Halten der Systeme funktioniert nicht durchgängig. Das mag mit fehlenden Anreizen oder unterschiedlichen Arbeitsstilen zusammenhängen und sagt natürlich nichts über die geleistete medizinische Qualität aus. Es wird aber relevant, wenn man die Möglichkeiten von

Telematik erschließen will. Dennoch denke ich, dass wir uns um diese Ebene nicht mit hoher Intensität kümmern müssen.

Kommunikation zwischen Leistungserbringern: Sehr viel interessanter ist die darüber liegende Ebene. Die Kommunikation zwischen Leistungserbringern kann nicht anders, als auf die gegebene EDV-Welt aufzusetzen. Hier sehen wir schon sehr interessante Ansätze, die dabei sind, sich im Praxistest zu bewähren. Stichworte für die Experten sind PaDok bzw. D2D sowie VCS-Schnittstelle. Diese Lösungen unterstützen die Kommunikation zwischen Ärzten auf Basis von marktüblicher Praxissoftware. Ich denke, hier zeichnen sich die künftigen Standards ab. Probleme auf dieser Ebene hängen sehr oft damit zusammen, dass wir entsprechend standardisierte Strukturen bei der Integrierten Versorgung noch gar nicht haben, sie sind ja erst in Entwicklung. Ein Beispiel: Je offener bleibt, wohin ein Patient bei einer Überweisung geht, um so offener müssen die Kommunikationswege bleiben, sie können nur auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner eingerichtet werden, bei zugleich sehr hohem Aufwand für die Pflege verschiedenster Schnittstellen und für Datensicherheit. Je klarer dagegen die Kooperationsbeziehungen zwischen den beteiligten Leistungserbringern sind, umso effizienter lassen sich die Vorteile der elektronischen Kommunikation nutzen. Dennoch: Die Dinge auf dieser Ebene entwickeln sich ganz gut, und das ist wichtig, denn funktionierende Kommunikation ist die Voraussetzung für die Integration der verschiedenen Leistungserbringer.

Die nächste Ebene „**Dokumentation und Controlling**“ spricht etwas Neues an, was bislang noch nicht richtig gesehen wird. Wenn Sie die gesetzlichen Regelungen zur Integrierten Versorgung (§§ 140a ff. SGB V) anschauen, ist das in gewisser Weise angedeutet, aber in den Voraussetzungen und in der Gestaltung nicht ausformuliert. Will man tatsächlich Qualität und Wirtschaftlichkeit steigern, kommt man nicht darum herum, das Geschehen datenmäßig zu erfassen, zu dokumentieren und zu analysieren (natürlich in aggregierten Zahlen und dadurch anonymisiert). Das beste Beispiel dafür ist die Wirtschaft, wo mit dem Ausbau von Controlling ein ziemlicher Effizienzschub verbunden war. Das wird im Gesundheitswesen nicht anders sein, und wenn wir tatsächlich Vorteile schöpfen wollen – bei Qualität wie bei Wirtschaftlichkeit – dann brauchen wir auch geeignete Formen der Dokumentation und die Möglichkeit, das Geschehen zu analysieren und daraus Schlüsse zu ziehen. Sowohl Schlüsse für die handelnden Akteure, die Leistungserbringer, als auch Schlüsse auf der Ebene der Kassen in der Frage, wie kann man so ein Modell konstruieren, wie kann man einen Vertrag abschließen bzw. weiterentwickeln. Zu diesem Zweck braucht es Formen von Dokumentation und Controlling, die über die bisherige Form von Datenerhebung und -auswertung deutlich hinaus gehen.

Dazu sind die geeigneten Lösungen noch zu entwickeln, weil wir eben nicht von bestehenden Standards ausgehen können. Gewisse Probleme wirft hier auch der Datenschutz auf, obwohl die Daten auf dieser Ebene nicht mehr personenbezogen erforderlich sind. Es genügen anonymisierte und aggregierte Daten. Trotzdem müssen noch saubere und praktikable Wege für die Zusammenführung gefunden werden, hier steckt alles noch sehr in den

Anfängen. Im Zusammenhang mit den Disease-Management-Programmen wird es allerdings einen Schub geben. Dort sind die Schwierigkeiten deutlich geworden, die mit der heterogenen EDV-Ausstattung bei den niedergelassenen Ärzten verbunden sind, wenn man eine einheitliche Dokumentation aufbauen will. Aber wie gesagt, bei Dokumentation und Controlling sind Fortschritte erforderlich, um bei der Integrierten Versorgung weiter zu kommen und ihre Effekte bewerten zu können.

Der *Patientenpass* ist eine weitere Ebene, auf der sich Telematik und Integrierte Versorgung verbinden lassen. Er kann in IV-Modellen eingesetzt oder erprobt werden, ist aber nicht notwendig mit Integrierter Versorgung verbunden, im Moment diskutieren wir das ja für alle Versicherten. Der Vorteil von integrierten Modellen ist natürlich, dass man hier mit dem Patientenpass einen einfachen, begrenzten Anfang machen kann. Viele Arztnetze haben das eigentlich bereits begonnen mit einem schlichten Patientenbuch in Papierform. Das hat im übrigen eine ganze Menge praktischer Vorteile: Ein Patientenbuch ist etwas zum Anfassen, man kann das Wichtigste reinschreiben und der Patient kann es bei sich haben. Die Erfahrungen damit sind offensichtlich sehr gut. Darauf kann man aufsetzen, wenn man versucht, das in elektronischer Form zu machen für diejenigen, die es in dieser Form nutzen wollen – und können, wenn man die EDV-Quote bei den Ärzten bedenkt. Ich will aber die Diskussion von heute morgen nicht wiederholen.

Integrierte Versorgung und Telematik

Ebenen	Stand	Probleme
Praxis-EDV / Klinik-EDV	Breites Angebot vorhanden	<ul style="list-style-type: none"> • Niedrige EDV-Quoten • Hoher Anteil veralteter Systeme
Kommunikation zwischen Leistungs- erbringern	Vernetzungslösungen im Praxistest	<ul style="list-style-type: none"> • Ungeklärte IV-Strukturen erschweren Software-Lösungen
Dokumentation und Controlling (aggregiert, pseudonymisiert)	Lösungen sind noch zu entwickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Heterogenität der EDV-Ausstattung • Fehlende Standards • Datenschutz
Patientenpass/ elektronische Patientenakte (für Patienten)	Konsens im Grundsatz, geeignete Lösungen in der Diskussion	<ul style="list-style-type: none"> • Bedarf und Nutzen noch nicht differenzierter geklärt • Kostenrisiko

Das sei mein Vorschlag, die Themen im Überschneidungsbereich von Integrierter Versorgung und Telematik zu ordnen. In der Perspektive ist es wichtig, auf all diesen Ebenen weiterzukommen und die Projekte voran zu bringen, die sich anbahnen. Dann kann die Telematik auch der Integrierten Versorgung weiteren An Schub geben.