



Integrierte Versorgung durch Kooperation der sektoralen Gesundheitssysteme

Martin Henze¹, Siegfried J. Pöppel²

¹ Geschäftsführer der GSK, Gesellschaft für Beratung von sozialen und kommunalen Institutionen und Geschäftsführer der SH-MED Gesellschaft für innovative Technologien in der Medizin

² Direktor des Instituts für Medizinische Informatik der Universität Lübeck, Geschäftsführer der SH-MED Gesellschaft für innovative Technologien in der Medizin

Einleitung

Unter Integration (von lateinisch integratio: Wiederherstellung eines Ganzen), wird im allgemeinen Sprachgebrauch der Prozess des Zusammenschlusses von Teilen zu einer Einheit oder die Eingliederung in ein größeres Ganzes verstanden.

Letztlich handelt es sich im Wesentlichen um die harmonisch verlaufende bewusstseinsmäßige Vernetzung von sektoralen gleichwertigen Gesundheitspartnern in unserem medizinischen Versorgungssystem der Bundesrepublik Deutschland.¹

Wer ist nun an einer Integrierten Versorgungsform (freiwillig) beteiligt? Zum einen sind es die Leistungsanbieter – also Krankenhäuser, Ärzte, Reha-Einrichtungen und andere sozialmedizinische Einrichtungen. Weiter sind es die Krankenkassen bzw. die Versicherer allgemein sowie die Patienten, die im Zentrum stehen sollten.

Integration

Die integrative Versorgung hat die Anerkennung eines Minimalkonsenses bezüglich der gemeinsamen medizinischen Versorgungsstrukturen, der kommunikativen und betriebswirtschaftlichen Lösungsansätze und des Verhaltens- und Orientierungsmusters zwischen den Partnern der sektoralen Versorgungsstufen zur Voraussetzung.

In der Erkenntnis, dass nicht jeder Gesundheitspartner seine eigene Funktion hat, sondern eigentlich eine einzige Funktion für alle Teile der sektoralen Gesundheitspartner gegeben ist, die Heilung, Versorgung des Patienten und dass eine er-

hebliche Dynamik zwischen den Gesundheitspartnern aufgrund ökonomischer Interessen besteht, hat der Gesetzgeber unter Steuerungsaspekten die Integration zwischen den sektoralen Gesundheitspartnern in den §§ 140 ff. SGB V kodifiziert.

Die integrierte Versorgung erfordert eine Kooperation, eine zwischenbetriebliche Zusammenarbeit von rechtlich und wirtschaftlich selbständigen gleichwertigen, sektoralen Versorgungsstrukturen mit dem Ziel, der qualitativ und quantitativ bestmöglichen Versorgung von Patienten unter Zugrundelegung von effizient gestalteten medizinischen und kommunikativen Versorgungsstrukturen.²

Hierbei handelt es sich letztlich um eine Kooperation zwischen den gleichwertigen Gesundheitspartnern, die über bloße Patientenbeziehungen hinaus gehende technische und wirtschaftliche Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsakteuren anbietet.³

Zur Verhinderung von Kartellbildungen werden die Kooperationsmöglichkeiten im Sinn der betrieblichen Zusammenarbeit weitgehend durch das SGB V geregelt.

Wesentliches Ziel dieser Kooperationen durch Integration ist die Steigerung der gemeinsamen Wettbewerbsfähigkeit der beteiligten Unternehmen und somit des Gesundheitssystems im Ganzen.

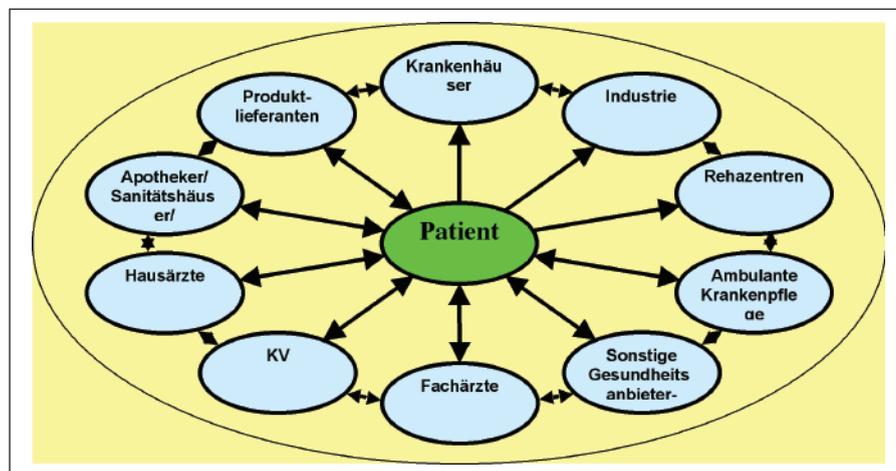


Abbildung 1: (Quelle: SH MED)

Autoren: Martin Henze, Siegfried J. Pöppel
 Titel: Integrierte Versorgung durch Kooperation der sektoralen Gesundheitssysteme
 In: Jäckel (Hrsg.) Telemedizinführer Deutschland, Ober-Mörlen, Ausgabe 2005
 Seite: 297-301



Produktinformation, Evaluation und Integration

Je weiter die Integrationsdichte sich erhöht, sinkt der Aufwand bei den Gesundheitspartnern aufgrund der sich daraus ergebenden Steigerung der Leistungsfähigkeit bzw. Geschwindigkeit in den Versorgungsketten.⁴

Der Erfolg und die Anziehungskraft hängen also von der gelieferten Qualität der Medizin und Pflege, dem angebotenen Service für die Versicherten, der Organisation der internen Fallsteuerung, dem Ausmaß der Einsparungsmöglichkeiten gegenüber der herkömmlichen Versorgung (u. a. Bonusmöglichkeit an die Versicherten, „Kombinierte Budgets“ für das Integrierte Versorgungssystem), den Kommunikationslösungen sowie der nachhaltigen Integration der Partner der drei Versorgungssektoren (Stationär, Ambulant, Reha.) ab.

Die Kooperation durch Integration kann sich auf nahezu alle gesundheitswirtschaftlichen, betrieblichen Bereiche wie Beschaffung, Versorgung, Kommunikation und Finanzierung erstrecken und erfordert erhebliche Investitionen insbesondere in der Kommunikations- und Managementarchitektur der Versorgungsnetzwerke und stellt daneben eine intellektuelle Herausforderung an alle handelnden Gesundheitspartner dar. (Abb. 2)

Je nach den beteiligten Versorgungsstufen ist zwischen horizontaler und vertikaler Kooperation zu unterscheiden.

Von einer horizontalen Kooperation ist auszugehen, wenn gleichwertigen Kooperationspartnern, die auf der gleichen

Versorgungsstufe stehen, beispielsweise beide die gleichen oder ähnlichen Versorgungsorganisationsformen haben (stationärer Sektor).

Die vertikale Kooperation bezeichnet die Zusammenarbeit unterschiedlicher Versorgungsstufen, zum Beispiel zwischen dem stationären und ambulanten Sektor.

Durch die Überlagerung von mehreren gleichwertigen Versorgungsfunktionen kann das Verhalten des Versorgungssystems sehr kompliziert (und schwer berechenbar) werden.

Aus diesem Grunde ist zu versuchen, die gleichwertigen sektoralen Versorgungsstrukturen so zu steuern, dass sie durch kooperative Systeme und einer adäquaten kommunikativen Vernetzung komplizierte Behandlungspfade ausführen, und zwar erheblich schneller als bisher möglich (so genannte integrative Versorgungsstruktur).⁵ Es gilt für die einzelnen Behandlungsbereiche, medizinische Produkte in Form von strukturierten Behandlungspfaden aufzulegen.

Dieses neue System entwickelt sich parallel zum Alten und muss Schritt für Schritt vertragliche Partner finden. U. E. scheint jedoch eine marktwirtschaftliche Entwicklungsdynamik hiermit eröffnet, die viele so bisher noch nicht wahrgenommen haben, und im Endeffekt ähnlich den Deregulierungen im Telekommunikations-, Post-, Bahn- und Energieversorgungsbe- reich zu einer völligen Veränderung der Träger- und Versorgungslandschaft in der Gesundheitswirtschaft führen wird.

Theoretische Arbeiten zeigen im Ansatz, dass dieses im Prinzip möglich ist⁶, allerdings ist bisher eine derartige Versorgungsstruktur im bundesrepublikanischen Raum noch nicht gebaut worden.

Integrierte Medizin braucht integrierte Kommunikations- und Versorgungslösungen

Für die Praxis führt dieses zu erheblichen technischen Themen, etwa wenn ein Krankenhaus in verschiedenen Integrierten Systemen mit verschiedenen Krankenkassen ist und sich die Abrechnungs- und Honorierungsform jeweils nach Tarif und Kasse unterscheidet. An die EDV wird sich ein hoher Erwartungsdruck entwickeln, was zu erheblichen Investitionen führen wird.

Eines der wesentlichen Probleme ist die fast vollständig fehlende kommunikative Vernetzung zwischen den Gesundheitspartnern. (Abb. 3)

Die Medizin befindet sich heute in ähnlicher Lage wie die Industrie beim Übergang vom Dampf als Energieträger zur Elektrizität. Die Leistungsfähigkeit der Versorgung wird durch die prozessorientierte Kommunikation und nicht durch die sektorale Kommunikation nachhaltig bestimmt.⁷

Der Patient wird nicht länger als „triviale Maschine“ gesehen und die Medizin versteht sich nicht länger vorrangig als Reparaturbetrieb. In der Praxis bedeutet dies, dass Prävention eine größere Rolle spielen wird – noch wichtiger ist aber die frühe Diagnose. Auch die Therapien werden zunehmend komplexer, wie die Projekte des Disease Managements zeigen.

Diesen Anforderungen können niedergelassene Ärzte, die Pflege und der stationäre Sektor nur gerecht werden, wenn sie zum einen in enger Zusammenarbeit mit den jeweiligen Spezialisten ihr Wissen ständig erweitern und zum anderen die Gesundheitspartner miteinander kooperieren. Insofern entsprechen die neuen integrierten Versorgungsformen auch den Erfordernissen einer modernen Medizin.

Krankenhäuser haben darüber hinaus großes finanzielles Interesse daran, Verträge zur Integrierten Versorgung abzuschließen und mehr Zutritt zu der ambulanten fachärztlichen Versorgung zu finden.

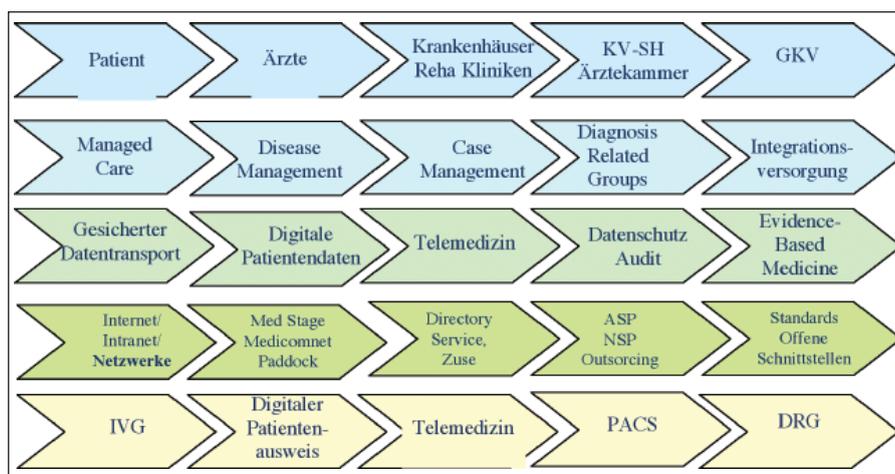


Abbildung 2: (Quelle: SH MED)

6

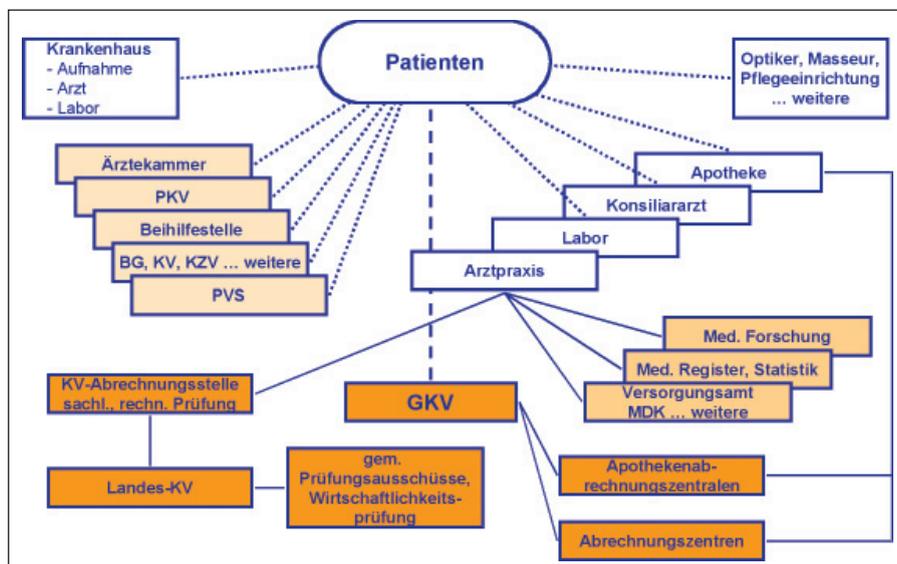


Abbildung 3: (Quelle: SH MED)

Welche und wie viele Krankenhäuser in diesem Überlebenskampf den Kürzeren ziehen werden, kann noch nicht prognostiziert werden. Hintergrund für die zu erwartende – auch interne – Gemengelage ist die im Gesetz verankerte Anschlagfinanzierung. Bis zu einem Prozent der Gesamtvergütung dürfen die Krankenkassen den Krankenhäusern und Kassenärzten abziehen und für die Integrierte Versorgung ausgeben. Die Integrierte Versorgung ist ein wichtiger Investitionsfaktor, weil ihre Finanzierung gesichert ist. 680 Millionen Euro stehen jährlich bis einschließlich 2006 auf diese Weise zur Verfügung.⁸

Krankenkassen, DKG und Kassenärztliche Bundesvereinigung haben sich darauf verständigt, dass weder Krankenhäuser noch niedergelassene Ärzte auf Budget/Entgelt verzichten sollen, wenn keine oder nur wenige Integrationsverträge in einer Region abgeschlossen werden.

Rechnungskürzungen sind dann möglich, wenn konkrete Verträge zur Integrierten Versorgung vorliegen.

Dabei muss der Umfang der Integrationsverträge mit der gekürzten Summe korrelieren. Auch Transparenz soll für die neuen Konkurrenten geschaffen werden: Eingerichtet wird dazu eine Registrierstelle für Integrationsverträge bei der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung in Düsseldorf. Dort können sich alle Betei-

ligten bei Abzügen über abgeschlossene Verträge informieren.

Dass mit der Integrierten Versorgung nicht nur ein Verdrängungswettbewerb zwischen Krankenhäusern, sondern vor allem zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten beginnt, ist keine Frage. Dieser Prozess ist politisch gewollt.

Maßnahmen

Für die Umsetzung der Integration durch Kooperation sind in einem ersten Schritt vier Strategiebindel entscheidend, wobei jedes Strategiebindel für sich eine gleichwertige Wichtigkeit hat in dem Integrationsprozess.

Strategiebindel 1: Technologie

Aufgrund der suboptimalen Informationsvermittlung sowie Kommunikation und aufgrund der mangelnden Abstimmung zwischen intra- und extramuralen Partnern in der Zuweisung, Aufnahme und der Entlassung beim Patienten besteht grundlegender Handlungsbedarf.

Lösung

- Optimierung der Patienten bezogenen Information und Kommunikation in den Zuweisungs-, Aufnahme- und Entlassungsprozessen,

Strategiebindel 2: Dienstleistung

Innerhalb der qualifizierten Versorgungsstruktur sind die spezifischen Bedürfnisse der Patienten mit einem komplexen, multiprofessionellen Versorgungsbedarf zu Hause zu berücksichtigen.

Lösung

- Case Management in der Entlassungsvorbereitung,
- Integriertes Angebot einer umfassenden extramuralen Betreuung,
- Systematische Unterstützung der Angehörigen,
- Maßnahmen für den Fall des Pflege-notfalls.

Strategiebindel 3: Leistungsprodukte

Aufbau einer qualifizierten Versorgungsstruktur auch ausgerichtet auf den Aufbau von spezialisierten Angeboten zwischen intra- und extramuralen Partnern für spezifische Behandlungsformen.

Lösung

- Aufbau von Diagnose spezifischen Informationsmöglichkeiten insbesondere über eine gemeinsame Datenbank,
- Spezifizierung von Leistungsprodukten im Rahmen der Behandlungspfade,
- Aufbau von spezialisierten Betreuungnetzwerken zwischen intra- und extramuralen Anbietern (Management).

Strategiebindel 4: Informationsvernetzung

Durch die fehlende technische Kommunikationsstruktur zwischen den Partnern (vgl. Abb. 3), entstehen wesentliche Reibungsverluste.

Lösung

- Nachhaltige Informationsvernetzung innerhalb der integrativen Behandlungsstruktur.

Ist Zustand

- Kein effizienter Einsatz der Sach- und Personalmittel
 - Großer bürokratischer und administrativer Aufwand bei der herkömmlichen Dokumentation
 - Großer Aufwand bei Weiterbearbeitung von Daten und Informationen.⁹
- Mangelnde kommunikative Zusammenarbeit der Partner¹⁰



Produktinformation, Evaluation und Integration

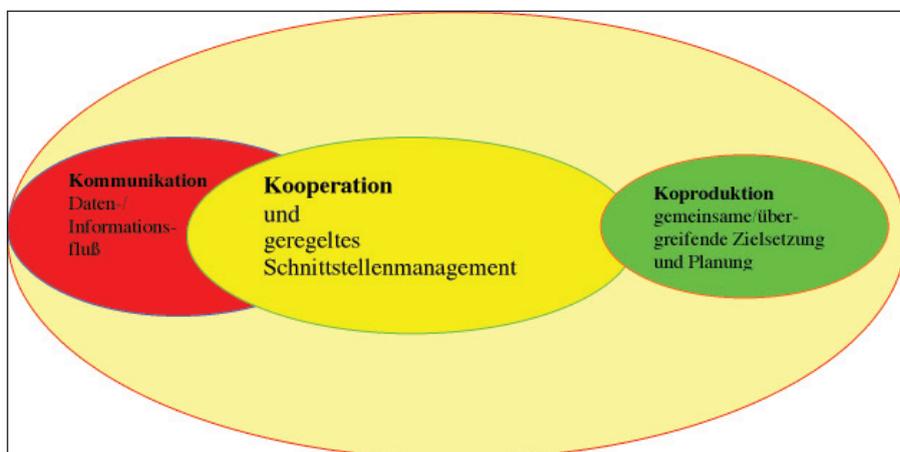


Abbildung 4: (Quelle: SH MED)

- Zeitverlust und Zeitverzögerung beim Informationsaustausch,
 - Nicht standardisierte Informations- und Datenweitergabe,
 - Keine direkte IT-Vernetzung zwischen den Partnern.
 - Mangelnde Patientenorientierung
 - Unnötige Mehrfachbefundungen,
 - Keine optimale Behandlungskontinuität
 - Wartezeiten, weil Daten nicht rechtzeitig bei den jeweiligen Betreuern sind.
- Soll Zustand**
- EDV-Vernetzung durch Hard- Softwarekomponente, so dass die vernetzten Computer so ausgestattet sind, dass ein Datenaustausch zwischen den Partnern erfolgen kann. Beachtenswert bleiben jedoch alle Fragen des Datenschutzes, der Datenzugriffsberechtigung und der Datenselektion, da ein „Zuviel“ an Datenübermittlung die Effizienz der Informationsvermittlung reduziert, medizinische Vernetzung in dem Behandlungsverlauf.
 - Netzwerkmanagementstruktur: Aufbau und Koordinierung persönlicher Informationen von intra- extramuralen Betreuern – Managementtools,
 - Abbildung von Leistungsprodukten im Rahmen des medizinischen Behandlungspfades der handelnden Partner, so dass eine betriebswirtschaftliche Zuordnung der Erlöse und des Aufwandes möglich ist.
- **Ökonomischer Nutzen (Kostenführerschaft)**
 - Kostenreduktion aufgrund einer Reduktion des Dokumentationsaufwandes und des Aufwandes für Weiterverarbeitung der Informationen
 - Kostenreduktion aufgrund einer Reduktion von Mehrfachbefundungen
 - Mengenausweitungen
 - Erhöhte Serviceorientiertheit gegenüber den Kunden/Patienten
 - **Erwartbarer Nutzen der Integrationspartner (Marktführerschaft)**
 - Standardisierter Informationstransfer,
 - Reduktion des Dokumentationsaufwandes,
 - Rasche Anwendung unabhängige Informationsweitergabe und Kommunikation (Zeitersparnis),
 - Schnellerer Zugriff auf Patientendaten,
 - Bessere Lesbarkeit einige Dokumente,
 - Multimediale Aufbereitung und Übertragung zwischen den Partnern (gemeinsame PACS-Systeme etc.),
 - Vereinfachte Verarbeitung der Information,
 - Verringerung des Managementaufwandes in der Gesamtperspektive bezogen auf die qualifizierte Versorgungsstruktur.
 - **Erwartbarer Patientennutzen (Serviceführerschaft)¹¹**
 - Vermeidung von Wartezeiten und Mehrfachbefunden
 - Serviceorientiertheit
 - Qualitätsverbesserung

Integrative Versorgungsstruktur

Wie die Abbildung 4 zeigt ist die Integration ein modernes und komplexes Konzept.

Das technisch und medizinisch anspruchsvolle Konzept besteht aus drei Säulen:

1. Kommunikation

in der Zusammenarbeit meint Daten und Informationsübermittlung zusätzlich zur Weiterleitung des Patienten, der jeweils nach Versorgungs- und Behandlungsgrad betreut wird. Eine Ziel führende Kommunikation erfordert den Übergang von der Übermittlung vorhandener Daten zur Mitteilung von am Empfänger orientierten Informationen.¹² Die übermittelten Daten müssen hinsichtlich der Form, Inhalt und Zeitpunkt der Übermittlung an den Bedürfnissen des Empfängers ausgerichtet sein, damit sie für Folgeentscheidungen und -handlungen relevant sind.

2. Kooperation

in der Zusammenarbeit meint ein abgestimmtes Überleiten des Patienten und der begleitenden Information zwischen den am arbeitsteiligen Prozess der integrierten Versorgung beteiligten Partnern mit der Möglichkeit des Nachfragens und der Rückmeldung auf übermittelte Informationen, d. h. ein geregeltes Schnittstellenmanagement.

3. Koproduktion

geht über die Kooperation hinaus, als es entweder aufeinander abgestimmte Standards für die Erbringung von Teilleistungen gibt oder im Einzelfall Ziele, Planungen und Verantwortlichkeiten für die arbeitsteilige Erbringung der Leistungen in der qualifizierten Versorgung zwischen den beteiligten Partnern interaktiv ausgehandelt und abgestimmt werden. D. h. bei der Koproduktion geht es um das gemeinsame Überschreiten der sektoralen Grenzen und damit um das gleichberechtigte Zulassen von unterschiedlichen Logiken unter Zugrundelegung eines einheitlichen IT-Netzwerkes. Insofern muss mehr Komplexität gemanagt werden, was gerechtfertigt ist, wenn damit eine optimale Gesamtleistung erbracht werden kann.¹³



Lösung

Das traditionelle Gesundheitssystem ist an seine Grenzen gestoßen, erforderlich sind neue Kooperations- und Kommunikationssysteme.

Die handelnden Akteure sind aufgrund ihrer verhafteten Handlungsstrukturen in den jeweiligen Versorgungssektoren kaum in der Lage von sich aus eine Integration in der angestrebten Komplexität zu erzielen. Auch die bisherigen Consultingangebote sind selektiv oder auf Insellösungen ausgerichtet und sind bei den anstehenden Veränderungsprozessen im Gesundheitsmarkt nicht Ziel führend

Um die Gesundheitsprozesse überhaupt noch von Seiten der jeweiligen Gesundheitsakteure von sich aus steuern und realisieren zu können, bedarf es aus diesem Grunde einer Gruppe, die die erforderlichen Ressourcen aus Wissenschaft, Forschung, Medizin, Weiterbildung, Industrie und Gesundheitsmanagement bündelt, vernetzt und die Integrativen Prozesse der Auftraggeber lösungsorientiert begleitet und nicht Insellösungen produziert. (Abb. 5)

Aus diesem Grunde hat eine Gruppe aus Wissenschaftlern, Forschern, Medizinern, IT- und Beratungsfachleuten aus der Gesundheitswirtschaft die SH-MED Gesellschaft für innovative Technologien in der Medizin mit dem Ziel gegründet, Konzepte mit den handelnden Gesundheitspartnern zu entwickeln, zu moderieren und die Umsetzung von integrativen Lösungen und Werkzeugen unter medizinischen, betriebswirtschaftlichen und technologischen Gesichtspunkten in ihrer Komplexität praxis- und lösungsorientiert mit den jeweiligen Auftraggebern umzusetzen.

Weitere Informationen dazu sind auf der Web-Site: (www.sh-med.de) hinterlegt.

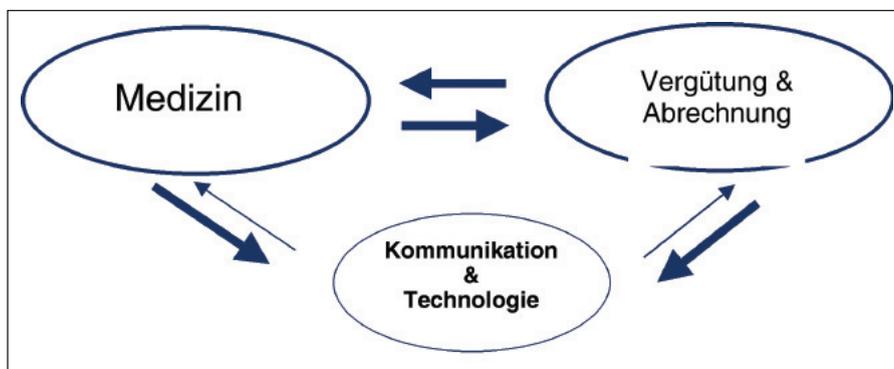


Abbildung 5: (Quelle: SH MED)

Fußnoten

- ¹ Vgl. u.a. Mühlbacher, (2000), Z.Allg.Med.,H.,76,S.592-598
- ² u.a. Unland, The Physician Role in the Development of Physician Hospital Organizations, American Medical Association, Chicago
- ³ Doz, Hamel, (1998), The Art of Creating Value through Patnering, Boston, S.5f
- ⁴ Hinterhuber,H.H.,Levin,B.M.(1994), S.64 f. Strategic Networks, Backhaus, Meyer, Strategische Allianzen, S.332
- ⁵ vgl. u.a. Bleicher, (1991), Organisation:Strategie-Strukturen-Kulturen,S. 146f

- ⁶ Deuser, Physician Hospital Organizations – Kooperation von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, Perspectives of Management Care,2., 1999,Nr.1, S. 44f
- ⁷ vgl. u.a. Schröder, (2000), Anspruch und Wirklichkeit eines integrierten Versorgungssystems, S.306f
- ⁸ vgl. u.a. Späth(2000), Dt. Ärzteblatt, Jg. 1997, H.36, 1952 f
- ⁹
- ¹⁰ vgl.u.a. Henke (1999), Beihefte der Konjunkturpolitik 48, S. 266 f
- ¹¹ Selbmann (1997), Managed Care, in Arnold,Lauterbach, S.257f
- ¹² vgl. u.a. Schweitzer, (1993), S. 27f., Preuß, (1997), 259 f
- ¹³ vgl. u.a. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995), 212 f.