

Chance integrierte Versorgung – integriert = innovativ?

Dokumentation des Gesundheitsforums der LGK

Potenziale der integrierten Versorgung in Berlin



Wie sieht die Situation im Bereich integrierter Versorgung in Berlin aus, und welche Beispiele erfolgreicher, integrierter Modelle gibt es? Wo liegt ihr Vorteil für die Patient/innen? Welche Akteure und Partner müssen in solche Netzwerke einbezogen werden? Und welcher politischen Rahmenbedingungen bedarf es, um die integrierte Versorgung zu stärken?

Ein ganzes Bündel an Fragen warf das Gesundheitsforum „Chance integrierte Versorgung – integriert = innovativ?“ am 17. Mai im geräumigen Kleist-Saal der Urania auf. Etwa 200 Interessierte waren gekommen, um an dem Austausch unter anderem mit Berlins Gesundheitssenatorin Katrin Lompscher teilzunehmen. Im Publikum waren Vertreter/innen vieler Institutionen, die in der integrierten Versorgung eine Rolle spielen oder spielen sollten, wie etwa Krankenkassen und Krankenhäuser, Berufsverbände von Ärzt/innen und Physiotherapeut/innen, Wohlfahrtsverbände, Kommunal-, Landes- und Bundespolitik sowie Vereinigungen aus der Patientenberatung und der Selbsthilfe.

Versorgung konsequent an den Patient/innen ausrichten

Die Patient/innen als Zielgruppe und Nutzer/innen der integrierten Versorgung standen im Mittelpunkt des einführenden Beitrags von Carola Gold von der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin. Um die vielfältigen Erfahrungen der Patient/innen in der Berliner Versorgungslandschaft angemessen abzubilden, hatte die Fachstelle im Vorfeld des Gesundheitsforums Interviews mit verschiedenen Patientengruppen geführt, etwa mit der Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE), dem Berliner Landesbeirat für



Menschen mit Behinderungen, dem Landes-selbsthilfeverband Schlaganfallbetroffener, der Psychosozialen Beratungsstelle für krebskranke Menschen und ihre Angehörigen und der Seniorenvertretung Spandau. Die Interviews machen den Wunsch der Patient/innen nach einem reibungslosen Schnittstellenmanagement sehr deutlich. Insbesondere der Über-

gang von der stationären in die ambulante Versorgung bzw. in die Nachsorge im häuslichen Bereich bereitet häufig Probleme.

Bei den befragten Patienteninitiativen, so Carola Gold, besteht oft der Eindruck, dass die Ärzt/innen der verschiedenen Sektoren sich nicht ausreichend abstimmen und notwendige Informationen nicht zeitnah weitergeben. Ein weiteres Problem ist die fachärztliche Weiterbetreuung. Hier ist der Anschluss an die stationäre Behandlung durch lange Wartezeiten für Termine schwierig.

Um komplexen Krankheitsbildern gerecht zu werden, kann es laut Carola Gold erfolgversprechend sein, im Anschluss an Akutbehandlungen und die Reha eine adäquate, patientenzentrierte Betreuung nach einem abgestimmten Behandlungskonzept bereit zu stellen. Hier sollten die Bedürfnisse der jeweiligen Patient/innen, nicht die Präferenzen der Leistungserbringer die Versorgung bestimmen. In diese Behandlungskonzepte sollten alle Beteiligten – neben Haus- und Facharzt/innen auch die Pflege – einbezogen werden.

Die bisher bekannten integrierten Versorgungsmodelle, so Carola Gold, würden diesen Anforderungen häufig nicht gerecht. Sie stellten jedoch wichtige Teilstücke auf dem Weg zu einer umfassenden integrierten Versorgung dar. Eine Aufgabe für die Zukunft sei es daher, patientenorientierte Qualitätsstandards für alle Bereiche zu erarbeiten und weiterzuentwickeln.

„Patientenerwartungen besser gerecht werden“

Klaus Kirschner, ehemals Vorsitzender des Gesundheitsausschusses im Bundestag und aktuell Vertreter der Alexandra-Lang-Stiftung

für Patientenrechte, stellte im Anschluss an den Beitrag von Carola Gold die weiteren Podiumsgäste vor und übergab Senatorin Katrin Lompscher als Vorsitzender der Landesgesundheitskonferenz das Wort.

Katrin Lompscher erläuterte zunächst, dass der Begriff der Integrierten Gesundheitsversorgung von verschiedenen Seiten unterschiedlich verstanden wird. Alte, kranke Menschen oder chronisch Kranke hätten andere Vorstellungen von einer guten integrierten Versorgung als junge Menschen, die sich beispielsweise Informationen aus dem Internet besorgen. Zudem unterscheiden sich Katrin Lompscher zufolge die Patientenerwartungen vom formalen Begriff der Integrierten Gesundheitsversorgung. Während Patient/innen eine bestmögliche Behandlung einforderten, für die sich die verschiedenen Akteure im Gesundheitssystem miteinander abstimmen, habe dies jedoch mit der rechtlich klar definierten Integrierten Gesundheitsversorgung nur bedingt zu tun.

Lompscher stellte daher als ihren Anspruch an eine integrierte Gesundheitsversorgung dar, die Patient/innen durch ein für sie nur schwer durchschaubares Gesundheitssystem zu lotsen. Dazu gehört es, Mehrfachuntersuchun-



gen, lange Wartezeiten und falsche Beratungen zu vermeiden. Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, ist es laut Lompscher sinnvoll, die Krankenhäuser für spezielle Versorgungsbereiche teilweise zu öffnen. Der Gesetzgeber hat dafür die Voraussetzung bereits geschaffen. Das wird in Berlin schrittweise umgesetzt. Unabhängig davon besteht in Berlin das laut Senatorin sehr gute System von Schwerpunktpraxen, das teilweise mit der ambulanten Öffnung der Krankenhäuser kollidiert. Deshalb sei es wichtig, dass alle Beteiligten diesen Prozess weiter auf negative Begleiterscheinungen hin beobachten.

Als weiteres positives Beispiel nannte Katrin Lompscher die Entwicklung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), weil diese durch Integration von verschiedenen Angeboten und die in der Regel stattfindende interne Kooperation den Patientenerwartungen besser gerecht werden könnten. Gegenüber den Integrierten Versorgungsver-

trägen, wie sie laut Gesetz seit 2005 möglich sind, zeigte sich Lompscher reserviert. Da die Meldung über den Abschluss solcher Verträge freiwillig erfolgt, gebe es keine transparente Übersicht über die Anzahl der Verträge. Zudem ist laut Katrin Lompscher unklar, ob Gesundheitsverträge tatsächlich zu einer verbesserten Integration in der gesundheitlichen Versorgung führen. Ein gutes Beispiel in diesem Zusammenhang ist ihr zufolge jedoch die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung in Heimen. Hierzu gibt es einen Gesprächskreis mit allen relevanten Akteuren. Dabei habe sie festgestellt, dass viele Versorgungsprobleme nicht auf gesetzliche Regelungslücken, sondern auf eine mangelhafte Kommunikation zwischen den beteiligten Akteuren zurückzuführen sind.

„Gemeinsam Verantwortung für die Versorgung der Patienten übernehmen“

Susanne Hertzler, Leiterin der Landesvertretung Berlin und Brandenburg der Techniker Krankenkasse (TK), stellte ihren Beitrag unter das Motto „Integrierte Versorgung: Organisierst Du noch oder handelst Du schon?“.

Die Integrierte Versorgung (IGV) bietet den Krankenkassen die Möglichkeit, direkt mit ausgewählten Leistungserbringern spezielle Behandlungsverträge für ihre Versicherten zu schließen. Ziel ist es laut Hertzler, die einzelnen Therapieschritte besser abzustimmen, um die Qualität und Effizienz in der Behandlung der Patient/innen zu erhöhen. Dass die beteiligten Vertragspartner wie beispielsweise Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser oder Reha-Einrichtungen verzahnt arbeiteten, Sorge für eine medizinische Behandlung „aus einer Hand“ und solle einen erkennbaren Mehrwert für die Versicherten mit sich bringen.

Aus Sicht der Krankenkassen bietet die IGV die Möglichkeit, sich durch individualisierte Versorgungsangebote am Markt von den Wettbewerbern abzusetzen. Zudem besteht Susanne Hertzler zufolge erstmals die Chance, Behandlungsqualität sektorübergreifend zu ermitteln. Eine weitere Motivation besteht für Susanne Hertzler – gerade in Zeiten von Gesundheitsfonds und Zusatzbeiträgen – darin, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch die IGV zu erhöhen. Gleichzeitig könne die IGV jedoch nicht primär die Lösung von Vergütungsproblemen der Leistungserbringer zum Ziel haben.

In der Vergangenheit konnten, wie Susanne Hertzler zugestand, nicht alle Integrierten Verträge die hohen Erwartungen an eine sektorübergreifende oder interdisziplinäre Versorgung erfüllen. Sie bat jedoch darum, dieser



Vertragsform Zeit zu geben, um sich zu entwickeln, da es sich um ein „lernendes System“ handle. In diesem Sinne konstatierte sie: „Wichtig ist, dass Kassen und Leistungserbringer als Vertragspartner gemeinsam Verantwortung für die Versorgung der Patienten übernehmen. Dann kann die IGV dazu beitragen, dass die Behandlungsqualität steigt und Versicherte frühzeitig am medizinischen Fortschritt teilhaben.“ Gerade die Techniker Krankenkasse habe die IGV immer auch als Instrument verstanden, das Innovationen den Zugang ins Gesundheitssystem erleichtert.

Zugleich dämpfte sie überzogene Erwartungen an die IGV: Auch wenn die IGV in der Lage sei, verkrustete Strukturen der Kollektivverträge aufzubrechen und die Qualität der Versorgung zu erhöhen, könne sie doch nicht alle Versorgungsprobleme im deutschen Gesundheitswesen lösen. Das größte Hemmnis für eine optimal auf die Patient/innen ausgerichtete Behandlung sei die nach wie vor strikte Trennung des ambulanten und stationären Sektors mit ihren völlig unterschiedlichen Organisations- und Vergütungsstrukturen.

Chancen und Perspektiven der integrierten Versorgung

Franz Knieps, ehemals Abteilungsleiter Gesundheitsversorgung im Bundesministerium für Gesundheit, betonte, dass Patient/innen zu Recht den Anspruch auf eine umfassende, ganzheitliche, kontinuierliche gesundheitliche Versorgung erheben würden. In der Praxis werde ihre Erwartungshaltung jedoch oft enttäuscht. Franz Knieps beschrieb, dass die Behandlung auf die Akutversorgung fokussiert sei, an den Schnittstellen der sektoral organisierten Versorgungsstrukturen von Wartezeiten und Doppeluntersuchungen unterbrochen werde und – speziell im Hinblick auf die Ergebnisqualität – intransparent bleibe. Der Gesetzgeber habe diese Defizite der Versorgung erkannt und neue Möglichkeiten für Krankenkassen und Leistungserbringer geschaffen, um eine bessere Abstimmung zwischen unterschiedlichen Behandler/innen zu erreichen. Hierzu zählen nach Franz Knieps zum Beispiel die Wahrnehmung der Lotsenfunktion in der hausarztzentrierten Versorgung, die fach- und professionenübergreifende Zusam-



menarbeit in so genannten Medizinischen Versorgungszentren und die ambulante Behandlung im Krankenhaus bei seltenen oder schwerwiegenden Erkrankungen.

Um Innovationen in die voneinander abgeschotteten Versorgungsbereiche zu bringen, so führte Franz Knieps aus, wurden zu Beginn der Etablierung der Integrierten Versorgung neben der bisherigen Regelversorgung die neue, integrierte Versorgungsform geschaffen und mit einer zeitlich befristeten Anschubfinanzierung ausgestattet.

Trotz einer Vielzahl von Integrationsverträgen wurden die hochgesteckten Ziele des Gesetzgebers laut Knieps weder quantitativ noch qualitativ erreicht. So sind in Berlin lediglich fünf Prozent der Versicherten in Integrationsverträge eingeschrieben. Inhalte und Ergebnisse dieser Verträge sind Franz Knieps zufolge nicht transparent und wenig evaluiert. Vor allem mangle es an einer gezielten Übertragung erfolgreicher Ansätze in die Regelversorgung, die noch immer von sektoral ausgerichteten Planungs- und Honorierungssystemen geprägt sei. Ehe diese nicht – wie seit neuestem die Qualitätssicherung – sektorübergreifend ausgestaltet würden, bleibe eine den Bedürfnissen der Patient/innen entsprechende integrierte Versorgung mehr Wunschbild als Realität.

„Sektorenübergreifende Zusammenarbeit vieler Partner“

Professor Ulrich Frei, Ärztlicher Direktor der Charité-Universitätsmedizin Berlin, stellte dar, dass die Einführung von Verträgen zur integrierten Versorgung in der Charité Anfangs schwierig gewesen sei. Dann aber seien Verträge in den Bereichen Adipositas, Tinnitus

und bei Therapien zum ambulanten Alkoholentzug geschlossen worden. Dennoch profitierten davon bisher nur einige 100 Patient/innen. Der Versuch der Charité, Verträge für den Bereich Nierentransplantationen abzuschließen, sei an fachlichen Sektorengrenzen gescheitert. Ulrich Frei verwies darauf, dass es trotz der genannten Schwierigkeiten verschiedene Instrumentarien zur integrierten Versorgung gebe. Als Beispiel dafür nannte er neben den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) die Disease Management-Programme der Charité, in dem viele Partner sektorenübergreifend zusammen arbeiten. Wichtig sei es, so Professor Frei, dass die Instrumente zur integrierten Versorgung intersektoral, interdisziplinär und interprofessionell ausgerichtet seien.

Dr. Bernd Köppl, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V., verwies darauf, dass die Gründungswelle der MVZ weiterhin ungebrochen anhalte. Pro Jahr kämen ca. 300 neue MVZ hinzu. Die Zahl der in den etwa 1.400 MVZ tätigen Ärzt/innen in Deutschland liege bei knapp 7.000 und erreiche damit einen Versorgungsanteil von über vier Prozent aller ambulant tätigen Ärzt/innen. Diese Entwicklung sei seit 2004 „stürmisch“ und ein Ende nicht abzusehen. In Berlin würden in 2010 schon mehr als 10 Prozent aller ambulanten Versorgungsleistungen durch ca. 150 MVZ erbracht.

Für Ärzt/innen sei es attraktiv, in einem MVZ zu arbeiten, so Bernd Köppl. Sie gingen kein wirtschaftliches Risiko bei der Praxisübernahme ein und entgingen damit der Gefahr einer Verschuldung. Zudem wünschten sich viele Ärzt/innen „kooperative Versorgungsmodelle“ mit fester kollegialer fachübergreifender Zusammenarbeit, wie sie es aus

dem Krankenhaus kennen würden, allerdings ohne Chefarzt. Für viele Ärzt/innen sei eine Tätigkeit in einem MVZ eine bewusste Entscheidung gegen das „Einzelkämpfertum“. Zudem biete diese Tätigkeit insbesondere für junge Ärztinnen eine sehr viel bessere Chance, Familie, Schwangerschaft und Praxis gut miteinander zu vereinbaren.

Im Weiteren führte Dr. Bernd Köppl die aus seiner Sicht bestehenden Vorteile der MVZ für die Patient/innen aus. Patient/innen wünschten sich „viele unter einem Dach“, mit kurzen Wegen und koordinierter Terminorganisation sowie fachübergreifende Diagnostik und Austausch bei chronischen Erkrankungen. Gerade für ältere, überwiegend chronische Patient/innen mit einem häufigen Wechsel zwischen ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung seien die neuen Formen der kooperativen Versorgungsformen und Integrationsverträge eine wesentliche Verbesserung. Auch in einem MVZ bleibe, so Bernd Köppl, die persönliche Bindung zwischen Patient/in und Arzt/Ärztin die Basis der Behandlung und werde nicht – wie die Kritiker behaupten würden – durch anonyme wechselnde Ärzt/innen abgelöst.

Im Anschluss an die Podiumsstatements eröffnete der Moderator Klaus Kirschner die Diskussion mit dem Publikum. An den Beiträgen einiger Teilnehmenden wurde deutlich, dass Probleme mit dem Gesundheitssystem bereits weit vor möglichen integrierten Versorgungsmodellen liegen, etwa bei Aspekten wie barrierefreien Arztpraxen oder überlangen Wartezeiten auf Termine.

Senatorin Katrin Lompscher beschrieb abschließend die aktuelle medizinische Versorgungslandschaft als „zerklüftet“ und von großen Widerständen geprägt. Ihren Optimismus nannte die Senatorin „gebremst“. „Es müssen noch dicke Bretter gebohrt werden“, betonte Klaus Kirschner. Deutlich wurde auf dem Gesundheitsforum, dass wir uns dem Ziel einer Versorgungskette, die wirklich alle Patient/innen reibungsfrei durch die Versorgungslandschaft geleitet und ihnen eine Versorgung auf der Höhe der Zeit ermöglicht, nur mit kleinen Schritten nähern.

Isabel Merchan/Stefan Weigand