

Konzept über eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur mit sektorenübergreifenden Kooperationsformen auf der Grundlage des Kollektivvertrages

Einleitung:

Weit mehr als 90% der medizinischen Probleme der Bevölkerung werden im ambulanten Bereich gelöst. Dies soll auch so bleiben, ist doch nur so, vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der damit unmittelbar verbundenen Multimorbidität (vermehrte Arztkontakte, häufigere und längere Krankenhausaufenthalte, steigende Zahl von Arzneimittelverordnungen: Polypharmazie), eine wohnortnahe haus- und fachärztliche und auch bezahlbare medizinische Versorgung der Bevölkerung möglich.

Im sogenannten Ulmer-Papier von 2008 ist unter anderem die Rede von der Herstellung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen. Diese seien möglich, indem sektorenübergreifende Kooperationsformen flexibel genutzt werden auf der Grundlage des Kollektivvertrages. Mit dieser engen Verzahnung der Vertragsärzte und der Kliniken wird die sektorale Trennung aufgehoben, und der Position der DKG aus dem Jahre 2005 („das Krankenhaus ist der ideale Standort für eine medizinische Versorgung aus einem Guss“) widersprochen.

Mit dem Thema bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen beschäftigt sich auch das Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, welches am 30. Juni 2009 unter dem Titel: „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in der Gesellschaft des längeren Lebens“ veröffentlicht wurde. Mit diesem Gutachten kommt der Sachverständigenrat dem Auftrag der Bundesministerin für Gesundheit vom Nov. 2007 nach. In den Mittelpunkt von Reformbestrebungen rückt darin auch die Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor in quantitativer und qualitativer Hinsicht. Das Sondergutachten postuliert auch eindeutig eine notwendige Änderung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen, wie z.B. einer Vereinheitlichung der Qualitätsstandards, der Genehmigung neuer Behandlungsmethoden und auch der Angleichung der Vergütung, um einen funktionsgerechten und fairen Wettbewerb zwischen den Ärzten und den Krankenhäusern zu realisieren. Weiterhin heißt es in dem Gutachten, dass auch in Zukunft speziell Arzneimittel bei adäquater Anwendung zu den wirksamsten und effizientesten Instrumenten ärztlicher Hilfe gehörten. Die zu erwartende Ausweitung der primär- und der fachärztlichen Versorgung werde den Anteil und die medizinische Bedeutung der ambulanten Arzneimitteltherapie in Zukunft noch erhöhen. Dies verstarke die Notwendigkeit, die Arzneimitteltherapie in einer fachübergreifenden Zusammenarbeit der verschiedenen Versorgungsbereiche zu integrieren.

Anmerkung des Verfassers: *Meines Erachtens kann an der Spitze eines solchen*

managed care ähnlichem Konzepts nur eine Kassenärztliche Vereinigung stehen. Das ambulante Potential des stationären Bereichs wird dabei zum Mittelpunkt aller Überlegungen hin zu bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen. Wie und wo die Patienten an den bisherigen ambulant-stationären Schnittstellen versorgt werden, kann dabei nur auf regionaler Ebene nach Effizienzkriterien dezentral entschieden werden.

Aufbau, Installation und Organisation von bedarfsgerechten Versorgungsmodellen durch die KV RLP

oder

Die versorgungsbereichsübergreifende medizinische Betreuung einer versicherten Person in einer abgegrenzten Region.

1. Programmbeschreibung Versorgungsmodelle müssen sich, wenn sie die Akzeptanz der Politik und damit Chance zur Umsetzung erreichen wollen, auseinandersetzen mit:
 - Vermeidung von Doppeluntersuchungen
 - Vernetzung ambulanter und stationärer Behandlung, idealerweise mittels einer elektronischen Vernetzung (elektronische Patientenakte, Telematikinfrastruktur)
 - wirtschaftlicher Arzneimittelverordnung

Zur Erreichung dieser Ziele müssen nachfolgende Voraussetzungen geschaffen werden:

- Auf freiwilliger Basis wählt ein Patient seinen betreuenden Arzt aus. Dieser übernimmt für die Dauer der Teilnahme am Projekt die medizinische Verantwortung für den Patienten. Dafür kommt nicht nur der hausärztliche tätige Vertragsarzt in Betracht, sondern auch andere primär in Anspruch genommene Fachärzte.
 - Der gewählte betreuende Arzt koordiniert sämtliche medizinische Maßnahmen unter Berücksichtigung aktueller medizinischer Leitlinien. Durch die enge Verzahnung der verschiedenen Versorgungssektoren ist ein bestmögliches Fall-Management zu erreichen.
 - Das Morbiditätsrisiko liegt ausschließlich bei den Krankenkassen. Diese müssen auch die Möglichkeit erhalten, durch gesetzliche Regelungen den Zugang ihrer Versicherten zu ärztlichen Leistungen zu steuern (zum Beispiel Kostenerstattung mit Eigenbeteiligungsmodellen mit Einbindung von Überforderungsklauseln zur Vermeidung sozialer Härten). Die KV RLP übernimmt das Leistungs- und Kostenmanagement für die Leistungserbringer.
2. Möglichkeiten der Umsetzung. Mit diesem Versorgungsmodell der KV RLP soll eine Form der Patientenversorgung etabliert werden, die sich dadurch auszeichnet, kompetent, allumfassend und effizient innerhalb einer Region zu betreuen. Voraussetzung für die Umsetzung ist eine umfassende

Bestandsaufnahme aller vorhandenen Strukturen und Leistungserbringer innerhalb der Modellregion. Auf Grundlage der Gegebenheiten kann mit einer Ist-Analyse der Bedarf der Region ermittelt werden. Eine solche Optimierung der vorhandenen Ressourcen realisiert notwendige Einsparpotentiale (s. oben Programmbeschreibung).

Die KV RLP erarbeitet – unter Einbindung der Stabsstelle

Versorgungsforschung - ein Konzept, welches sich mit der Umsetzung dieses regionalen Versorgungsmodells im Detail beschäftigt. Nachfolgend sei auf die verschiedenen Aspekte hingewiesen, die bei der Umsetzung eine Rolle spielen:

- Zweitmeinungsverfahren (optional, muss diskutiert werden) Sowohl vor der Krankenhausaufnahme als auch bei Verordnungen bestimmter Medikamente, könnte eine Zweitmeinung von Haus-oder Facharzt helfen, die wirklich richtige Versorgung für den Patienten zu ermitteln. Selbstverständlich wären notwendige Entscheidungen im Akutfall davon ausgeschlossen
- Einbindung eines örtlichen Krankenhauses Die Einbindung eines örtlichen oder regionalen Krankenhauses bedarf bereits im Vorfeld einer genauen Analyse der vorhandenen Ressourcen und des angebotenen Leistungsspektrums. Eine solche Kooperation kann durchaus auch die Überlebenschance eines örtlichen Krankenhauses steigern. Bei der Nutzung von vorstationären und poststationären Verfahren vor planbaren Krankenhausaufenthalten kann so auch eine Kostensenkung trotz stationär notwendigem Aufenthalt erreicht werden. Möglich wird dies nur durch eine bessere Vernetzung der Leistungsangebote sowie einem verbesserten Entlassungsmanagement. Damit eine solche frühzeitige Überleitung in den ambulanten Sektor aber auch funktioniert, muss das „Geld der Leistung folgen“. Eine Möglichkeit könnte z.B. sein, dass ein bestimmter prozentualer Anteil von DRG-Pauschalen in den ambulanten Bereich bei vorzeitiger Entlassung fließt. Realisierbar ist das durchaus in einem System von festgelegten DRG-Pauschalen unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Verweildauer bei definierten Diagnosen (mittlere, obere, untere Verweildauer).
- Einbindung von Apotheken. Darüber müsste auch noch detailliert gesprochen werden. Gerade vor dem Hintergrund der Bestrebungen zahlreicher Apotheker, immer mehr ärztliche Kompetenz übernehmen zu wollen, stellt sich die Frage nach sinnvollen Kooperationsmöglichkeiten mit dieser Berufsgruppe. Unabhängig davon darf natürlich nicht das Einsparpotential gerade im Bereich der Arzneimittelversorgung außer Acht gelassen werden.
- Einbindung von Reha-Einrichtungen. Um die Krankenhauszeiten kurz zu halten, ist bei bestimmten Diagnosen eine Überleitung in eine stationäre oder ambulante Reha-Maßnahme sinnvoll, wenn die Entlassung in den häuslichen Bereich nicht spontan realisiert werden kann. Hier wäre zum Beispiel lokal eine Einrichtung zu suchen, die diese Nachsorge im Rahmen eines Kooperationsvertrages für die Vertragsteilnehmer kostengünstig übernehmen kann.

- Sonstige Leistungserbringer. Weitere Kooperationen mit Leistungserbringern sind im Regionalgebiet einzuführen und zu etablieren. Dabei sind u.a. folgende Einrichtungen zu berücksichtigen:
 - Physiotherapie
 - häusliche Krankenpflege
 - Hilfsmittelanbieter
 - Orthopädietechniker
 - Ernährungsberater / Ökotrophologen
 - Präventionsmanager / Diabetesmanager

Formen der ambulanten REHA

- Zusätzliche Vergütungen (außerhalb der MGV). Der persönliche Einsatz des am Versorgungsmodell der KV RLP teilnehmenden Arztes muss zusätzlich vergütet werden. Die beschriebenen Möglichkeiten der Umsetzung des Versorgungsmodells führen zu Einsparungen, die in eine zusätzliche Vergütung einfließen.
- Betreuung. Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat bereits in dem Gutachten 2000/2001 zur Über-, Unter- und Fehlversorgung darauf aufmerksam gemacht, dass die Versorgungsdefizite und die damit verbundene Fehlnutzung der vorhandenen Ressourcen im Gesundheitswesen selten auf direkt fehlende Fachkompetenz der behandelnden Ärzte sondern primär auf fehlende Steuerung zurückzuführen sind. Im Versorgungsmodell der KV RLP ist es somit unabdingbar, eine steuernde Funktion der KV RLP zu etablieren.
- Finanzierung des Versorgungsmodells der KV RLP. Durch Nutzung einer Ist-Stand-Analyse kann der Anteil für eine Basisfinanzierung auf der Grundlage der für die Region ermittelten Honorare für ambulante und stationäre Leistungen vom Grunde her ermittelt werden. Bei wünschenswertem Einbezug weiterer Leistungserbringer erhöht sich die Basisfinanzierung entsprechend.

Mainz, 6.Juli 2009

Gez.

Dr. Günter Gerhardt

