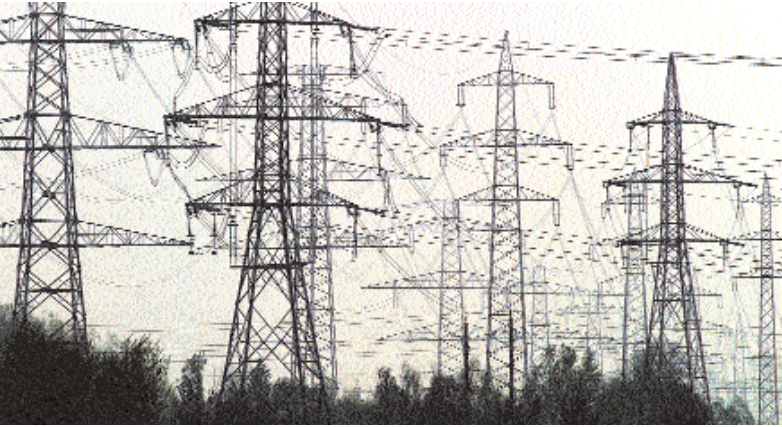


Versorgungsnetze brauchen Management



© Archiv

Seit geraumer Zeit wird die integrierte Versorgung diskutiert, jedoch oft nur ansatzweise realisiert. Wie im bereits verabschiedetem „Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz“ nachzulesen ist, soll die integrierte Versorgung als zukünftige Regelversorgung forciert werden, – mit mehr Wettbewerb unter den medizinischen Leistungsträgern. Lokale und regionale Netzwerke werden bei der Weiterentwicklung neuer Versorgungs- und Vergütungsstrukturen eine große Rolle spielen.

Die künftige Versorgung der Patienten soll und muss die Grenzen zwischen den Sektoren im Gesundheitswesen überwinden; sie soll aber nicht nur intersektoral sondern auch interdisziplinär erfolgen. Zunächst jedoch wird es mehrere Versorgungsformen nebeneinander geben, da die Neukonstruktionen innerhalb der bisherigen Versorgung erst Schritt für Schritt gefördert und aufgebaut werden können. So will man den Patienten unter anderem die Möglichkeit bieten, zwischen verschiedenen Versorgungsformen wählen zu können:

1. „Grund- und Regelversorgung“, ähnlich wie bisher;
2. Inanspruchnahme von Wahlleistungen wie beispielsweise „Ambulantes Operieren“;
3. Teilnahme an „Disease-Management-Programmen“;
4. Teilnahme an der „Integrierten Versorgung“.

Neue Vergütungsstrukturen

Die Grundlage aller Veränderungen bildet nicht zuletzt die Vergütung, die sich künftig an der Morbidität der Patientinnen ausrichten und nicht „nur“ von ökonomischen Vorgaben bestimmt sein soll. Deshalb soll die Gesamtvergütung durch so genannte Regelleistungsvolumina ab 2007 „arztgruppenspezifisch“ abgelöst und auf feste Preise auf der

Basis von Leistungskomplexen sowie Fallpauschalen umgestellt werden. Für besondere Versorgungsformen und Leistungen können Sonderverträge verhandelt werden. Bestimmte Leistungen sollen nur bestimmten Arztgruppen mit entsprechender Qualifikation vergütet werden. Ganz besonders aber soll die integrierte Versorgung gefördert werden. Hemmnisse gibt es nach wie vor im Bereich der kombinierten Vergütung beziehungsweise der Budgetbereinigung und damit beim Ausgleich zwischen dem ambulanten und stationären Sektor. Um nun aber Anreize zu Verträgen im Sinne einer integrierten Versorgung zu schaffen, soll ab dem kommenden Jahr zunächst 1% der Gesamtvergütung *und* der Krankenhausvergütung regional „freigestellt“ werden. Beachtenswert ist hierbei, dass die Vertragserfüllung außerhalb des Sicherstellungsauftrages der KVen stattfinden soll.

Medizinische Versorgungszentren

Unter „Medizinischen Versorgungszentren“ beschreibt der Gesetzgeber Institutionen für eine interdisziplinäre Kooperation von ärztlichen und nichtärztlichen Dienstleistern der Heilberufe, die eine „Versorgung aus einer Hand“ anbieten. Dies ist die Zielsetzung von Vernetzungen im Gesundheitswesen wie „regionalen“ Praxisnetzen und den

viel diskutierten Gesundheitszentren, den „lokalen“ Netzwerken. Letztere sollen ärztlichen Berufsanfängern auch die Möglichkeit eines Berufsstarts in die ambulante Versorgung durch ein Angestelltenverhältnis anbieten. Dies wird als möglicher Vorteil verstanden, da dieser Start nun auch ohne die „ökonomischen Risiken einer Niederlassung“ erfolgen könnte. Der Wettbewerbsdruck wird dabei teilweise wieder gemildert.

Wichtig ist: Diese Netzwerke müssen unternehmerisch „gemanagt“ werden. Dies widerspricht zwar der eingangs aufgeführten Forderung der Politik, dass die Vergütung sich künftig weniger an ökonomischen Vorgaben und mehr an der Morbidität der Patienten ausrichten soll, doch macht ein unternehmerisch orientiertes Management von Netzwerken zweifelsohne Sinn.

Netze und ihre Verträge

Verträge ohne Beteiligung der KVen zwischen lokalen Gesundheitszentren, regionalen Praxisnetzen und anderen Leistungserbringern sowie den Kostenträgern sollen in Zukunft möglich sein. Gemeint sind hier weniger Einzelverträge, wie beispielsweise zwischen einer Kasse und einem Arzt, sondern Verträge mit einer ganzen Gruppe von Ärzten, anderen Dienstleistern oder deren Gemeinschaften. Die Träger solcher Zentren beziehungsweise Netze können in

unterschiedlichen Gesellschaftsformen vertreten sein. Die niedergelassene interdisziplinäre Ärzteschaft ist – zumindest zurzeit und in der Umbruchphase – berechtigter beziehungsweise zugelassener Leistungserbringer. Insbesondere für diese Träger soll der Weg im Rahmen der Gesundheitsreform zu integrierten Versorgungsverträgen mit den Krankenkassen freigemacht werden.

Neue Chancen

Die Übertragung von Aufgaben auf einen Netzmanager oder eine Gesellschaft wird schon nach kurzer Zeit der Gründung eines Netzes unverzichtbar und wertvoll. Um glaubwürdiger Vertragspartner der Kostenträger sein zu können, muss das Netzwerk ähnlich wie ein Unternehmen mit vielen Kostenstellen (beispielsweise den Arztpraxen) geführt werden. Das systematische und professionelle Netzmanagement mit Qualitäts- und Datenmanagement auf Netz- und Praxisebene wird schnell gegenüber der bestehenden Versorgungsform zu einem wichtigen Informationsvorsprung verhelfen, der sich bald auszahlen wird. Das Netzmanagement und eine Geschäftsstelle mit Sekretariat sind unverzichtbar für Strukturqualität eines Netzes. Ohne Management wird es keinen Bestand haben: Der erfolgreiche Nachweis einer Qualität, gleich welcher Herkunft sie ist, begründet den Preis einer Leistung.

Manage the Change!

Im Sozialgesetzbuch sind viele Möglichkeiten zur Umsetzung der integrierten Versorgung offen. Die Chancen zur Teilnahme daran werden im Rahmen der nächsten Gesundheitsreform weiter gefördert. Es gibt zwar kein Patentrezept für den Aufbau der integrierten Versorgung in einer Region, Lösungsansätze dafür aber sind vernetzte Strukturen. Die Umsetzung erfolgt sinnvoller Weise über die Gründung einer Gemeinschaft (Gesellschaft) von Dienstleistern aus dem ärztlichen, nicht-ärztlich-medizinischen und teilweise auch aus dem nicht-medizinischen Bereichen. Die integrierte Versorgung eröffnet den Patienten damit gut definierte, durchdachte und überprüfbare Wege in die Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation. Durch die Überprüfung dieser Wege ist auch ein Qualitätsmanagement und Controlling möglich. Dies ist sinnvoll, um zu erfahren, ob wirtschaftlich richtig „navigiert“ wird und nicht zuletzt, ob der Leistung auch die entsprechende Vergütung folgt. Damit ist im Interesse *aller* Beteiligten feststellbar, ob das System noch „auf Kurs“ ist oder bereits ein Gegensteuern notwendig wird. Dies ist im derzeitigen Versorgungssystem für die Ärzteschaft nicht möglich.

Netzwerke beziehungsweise Zentren bieten nicht nur die Basis im Hinblick für die medizinischen Berufsausbildung, sondern auch für die Rentabilität der ärztlichen Leistungen. Daneben soll auch der „Spaß“ an der medizinischen Tätigkeit unter dem eigenem Ruder der Ärzteschaft stehen. Doch bedarf es hierzu von Anfang an einem professionellen Management beim Übergang und Wechsel der Versorgungsformen in unserem Gesundheitssystem.

Dr. med. Wolfgang Meissner

Ärztliches Praxis-, Praxisnetz- und Projektmanagement