

Integrierte Versorgung in der Region

Effektive und wirtschaftliche Versorgung als Ziel

Es gibt viele Modelle und Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V. Manche klingen gut, finden aber kaum teilnehmende Patienten und/oder Ärzte. Andere stehen wegen der vermuteten Einflussnahme der Pharmaindustrie und der Einschränkung der freien Arztwahl unter besonderer Beobachtung. Dass Integrierte Versorgung zu Innovation und effektiver Versorgung motiviert, zeigt sich aus Sicht eines niedergelassenen Nervenarztes beispielhaft am regionalen Versorgungssystem „UGOM“ im bayrischen Amberg.

Die derzeitigen Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem wirken durch Budgetierung und Reglementierung vor allem im Bereich der Kliniken und der niedergelassenen Ärzte hemmend auf Kreativität und Motivation zur Gestaltung einer besseren und effizienteren Versorgung. Dabei steuern gerade diese beiden „Player“ im Gesundheitswesen sowohl die Kosten als auch die Qualität medizinischer Versorgung entscheidend.

Das Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte GmbH & CO KG (UGOM) in Amberg hat gemeinsam mit der AOK Ba-

gern über zehn Jahre hinweg einen Vertrag nach § 140 SGB V entwickelt, der ein förderndes Rahmenklima für Innovation, Kooperation und Effizienz schaffen soll. Derzeit sind über 15.000 Patienten in ein Netz aus drei Kliniken sowie 95 niedergelassenen Haus- und Fachärzten eingeschrieben. Stufenweise wurde eine Infrastruktur geschaffen, die es seit 2011 ermöglicht, die gesamten Versorgungskosten der eingeschriebenen Patienten aus einem dem Netz zur Verfügung gestellten Budget zu bestreiten. Dieses Budget definiert sich durch die morbiditätsgewichteten Erlöse der AOK aus dem Gesundheits-

fonds für die eingeschriebenen Patienten. Hieraus werden alle Kosten – einschließlich der Verwaltungskosten der Kasse – bestritten. Der Gewinn wird unter den Netzteilnehmern aufgeteilt. Erfolgsvoraussetzung ist eine differenzierte Infrastruktur, um ökonomischer und effizienter sein zu können als die übrige Versorgungslandschaft. Gut koordinierte Behandlung und wirksame Prävention werden unter diesen Bedingungen zu wesentlichen Faktoren, um wirtschaftlichen Gewinn zu erzielen. Davon profitieren sowohl die Patienten als auch die Leistungserbringer und die Krankenkassen.

Das ist UGOM

Die sechs wesentlichen Infrastrukturmerkmale von UGOM sind:

1. Regional angepasste Behandlungspfade für die zehn wichtigsten Krankheitsbilder, die regeln, wer wann welche Leistungen erbringen sollte. So wird beispielsweise eine „einfache“ Depression in der Regel zunächst vom Hausarzt behandelt. Therapieresistenz, Suizidalität und Initiierung einer Psychotherapie oder einer stationären Behandlung sind aber stets Gründe, einen Facharzt hinzuzuziehen.
2. Ein kommunikationsfähiges Praxisverwaltungssystem. Jeder Netzarzt und die Kliniken haben beim Einlesen der Versichertenkarte automatisch Zugriff auf einen Datensatz der Diagnosen, Verordnungen, Arztbriefe, Krankschreibungen und andere wichtige Daten wie beispielsweise Bilddo-



Bei der Integrierten Versorgung die Kompetenz der Ärzte und Kliniken vor Ort bündeln.



Wirkungskreis des UGOM ist die Region Amberg/Sulzbach-Rosenberg.

kumente von allen EKG-Ableitungen. Dieser Datensatz wird nicht auf einem Zentralserver abgelegt, sondern nur zwischen den an der Behandlung des jeweiligen Patienten beteiligten Netzärzten kommuniziert.

3. Ein einheitliches Qualitätsmanagement(QM)-System (DIN-ISO 9001: 2008), in welchem auch netzspezifische Anforderungen an eine Praxis geregelt sind. Das Netz beschäftigt ein eigenes Management zur Qualitätssicherung, was die Kosten minimiert und die QM-Anforderungen den Bedürfnissen anpasst. Jährlich werden acht ausgelagerte Praxen extern auditiert. Bei erfolgreichem Audit jeder einzelnen der acht Praxen erhalten alle Netzpraxen das Zertifikat.
4. Ein Weiterbildungssystem für Arzt- und Pflegehelferinnen zur Verbesserung der Kompetenz des Assistenzpersonals, der Kooperation zwischen den Praxen und der Serviceangebote an die Netzpatienten.
5. Ein institutionalisiertes Management bestehend aus derzeit sieben Mitarbeitern, die neben Netzmanagement und Weiterentwicklung des Netzes auch die Honorarabrechnung für Hausärzte und eine Reihe von Facharztgruppen, das Qualitätsmanage-

ment und einen EDV-Support der Praxen sicherstellen.

6. Regelmäßige Treffen aller Gesellschafter in der Gesellschafterversammlung und in fachbezogenen Kompetenzgruppen zur Weiterentwicklung der Behandlungspfade und von netzinternen Leitlinien zur Pharmakotherapie.

Gemeinsame Ziele

Allein die entstandene Infrastruktur bewirkt in meinem Alltag als Nervenarzt eine erhebliche Verbesserung der Effizienz und der Arbeitszufriedenheit. Der regelmäßige persönliche Kontakt zu den Netzmitgliedern und das gemeinsame Verfolgen eines Zieles stellt die Zusammenarbeit in der Betreuung von Patienten auf eine erheblich tragfähigere Basis als früher. Darüber hinaus war das durchschnittliche Honorar für die in das Netz eingeschriebenen Patienten während der gesamten Entwicklungsphase des Modells höher als für die übrigen Patienten der Praxis. Gemeinsam mit der AOK wurde über die Jahre hinweg ein valides Evaluationsmodell entwickelt, welches uns jetzt erlaubt, die Kostenverantwortung für die Netzpatienten zu übernehmen, ohne ein unkalkulierbares Risiko einzugehen.

Auch die Kliniken profitieren

Auch die beteiligten Kliniken gewinnen wirtschaftlich durch das Netz, und dies, obschon ein Großteil der Effizienz aus der Vermeidung stationärer Behandlungen resultiert. Denn im Gegenzug verfügen sie durch die enge Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten über ein Netz von Zuweisern, das nach dem Regionalitätsprinzip die stationäre Behandlung der gesamten Patienten der Region in den regionalen Kliniken konzentriert. Ähnliches gilt für die am Netz beteiligten Fachärzte. Leistungen, die an Netzpatienten von Ärzten außerhalb des Netzes erbracht werden, werden von der KV der Krankenkasse – und damit dem Netz – zusätzlich in Rechnung gestellt. Es besteht daher für Hausärzte ein Anreiz Netzpatienten zur Inanspruchnahme von Fachärzten des Netzes zu motivieren. Die freie Arztwahl bleibt dabei freilich bestehen.

Die Hausärzte wie auch ein Teil der Fachärzte werden durch Pauschalen ho-

noriiert, die ein einfaches und transparentes Honorarsystem sicherstellen, das nicht zu einer Ausweitung von Einzelleistungen motiviert und mit geringem Verwaltungsaufwand realisiert werden kann.

Der Patient wird zur Einschreibung ins Netz durch die gut koordinierte Betreuung, den verbesserten Service in und die schnelle Terminkoordination zwischen den Praxen motiviert. Würde die Effizienz zulasten der Qualität der medizinischen Versorgung gehen, bestünde das Risiko, dass viele Patienten das Netz verlassen. Auch wäre mit höheren Folgekosten zu rechnen.

Prävention wird wichtiger

Ein regionales Versorgungssystem mit Kostenverantwortung führt zwangsläufig auch zu einem höheren Stellenwert präventiver Maßnahmen. Präventionskampagnen in verschiedenen Bereichen werden deshalb in regelmäßigen Abständen vom Netzmanagement initiiert.

Aufgrund der bisherigen Erfahrung glauben wir, dass regionale Versorgungsstrukturen mit Kostenverantwortung durchaus ein Zukunftsmodell sind, welches neben einer Verbesserung der Versorgung auch höhere wirtschaftliche Chancen bietet sowie Budgetierung und Reglementierung ersetzen kann.

Vor Ort die Initiative ergreifen

Solche Modelle bieten natürlich nicht zuletzt großen Gesundheitskonzernen die Option, die regionale Versorgung zu übernehmen. Umso wichtiger erscheint es, frühzeitig bestehende regionale Strukturen fach- und sektorenübergreifend zu vernetzen und eine Infrastruktur aufzubauen. Dies braucht Geduld und Engagement, da ortsspezifische Gegebenheiten die Struktur eines Netzes wesentlich prägen müssen. Eine Übertragung bestehender Netzstrukturen auf andere Regionen wird immer nur bedingt möglich sein. Doch wer hätte mehr Kompetenz, sinnvolle Strukturen zu entwickeln als die in einer Region ansässigen Ärzte und Kliniken? □

AUTOR

Dr. med. Walter Scharl, Amberg
E-Mail: dr.scharl@t-online.de