

Dr. med. Luc Turmes
Ärztlicher Direktor WZ Herten
Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Arzt für Psychotherapeutische Medizin
- Psychoanalyse -

Herten, 01. Oktober 2004

Integrierte Versorgung aus ärztlicher Sicht

Lieber Herr Braamt,
meine Damen und Herren,

als erstes möchte ich mich bei Herrn Braamt für die Möglichkeit bedanken, heute mit Ihnen, der größten Berufsgruppe im Krankenhaus, über die Grenzen und Möglichkeiten der „Integrierten Versorgung“ ins Gespräch zu kommen.

Meine Damen und Herren,
der Moderator des Qualitätszirkels der niedergelassenen Nervenärzte in Recklinghausen – der geschätzte Kollege Nordhues – meinte einmal „Die Nervenärzte im Kreis Recklinghausen klagen, aber sie klagen auf einem hohen Niveau“. Vor dem Hintergrund des **Gesundheitssystem = modernisierungsgesetzes** ist es mittlerweile so, dass wir alle zusammen auf einem nicht mehr so hohen Niveau zur Kasse gebeten werden. Denn Kostendämpfung um jeden Preis ist das

große und wesentliche Ziel dieser Gesundheitsreform, die von Ulla Schmidt auf den Weg gebracht wurde. Um 13 Mrd. € sollen die Krankenkassen entlastet werden. Weitere rd. 7 Mrd. € sollen über die Neuregelung des Krankengeldes bzw. mit der Privatisierung der zahnärztlichen Leistungen eingespart werden. Das gemeinsame oberste Ziel von Frau Schmidt und Herr Seehofer war es, den Beitragssatz von heute durchschnittlich 14,3 auf unter 13 % zu drücken.

Das **Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG)** – manche sprechen vom Grusel-Medizin-Gesetz – umfaßt die folgenden wesentlichen Eckpunkte:

- Patienten müssen frei in Apotheken verkäufliche Arzneien – so genannte OTC-Präparate aus eigener Tasche zahlen. Ausnahmen sind für Kinder bis 12 Jahren und bestimmte Medikamente geplant. Das Sparvolumen wird auf 1 Mrd. € geschätzt.
- Die Zuzahlungen für Arzneien sollen auf 4 für die kleine, 6 für die mittlere und 8 € für die große Packung steigen. Patienten, die stets erst zum Hausarzt gehen, oder an Chroniker-Programmen teilnehmen, sollen nur die Hälfte zahlen. Die Zuzahlungen bei einem Klinikaufenthalt steigen auf 12 € pro Tag für 14 Tage.

- Patienten müssen eine Praxisgebühr von 10 € zahlen. Bei einem Notfalltermin werden erneut 10 € fällig.
- Ein „Zentrum für Qualität in der Medizin“ wird u. a. Kosten und Nutzen von Arzneien bewerten und über deren Aufnahme in den Kassenkatalog entscheiden.

Ein weiteres Ziel des GMG ist es die Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens besser und billiger machen. Dies soll bereits 2004 3 Mrd. € sparen. Diese Eckpunkte des GMG's sind auch für unsere heutige Tagung höchst interessant:

- Der Hausarzt soll zum „Lotsen“ der Patienten aufgewertet werden, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Die Krankenkassen sollen verpflichtet werden, den Versicherten Bonussysteme anzubieten, die immer zuerst zum Hausarzt gehen. Mittlerweile gibt es ja bereits Kassen, die dann dem Patienten die Praxisgebühr erlassen. Auch Versicherte, die regelmäßig zur Vorsorge und Prävention gehen, sollen belohnt werden.
- Nach Vorbild der DDR-Polikliniken sollen Gesundheitszentren in unterschiedlichster Trägerschaft auch mit angestellten Ärzten gefördert und die ambulante fachärztliche Versorgung an den Kliniken erweitert werden.
- Und zu guter Letzt soll mit dem GMG der integrierten Versorgung Leben eingehaucht werden.

Auf seiner Jahreshauptversammlung im Mai 2003 sprach sich der **Marburger Bund** – die traditionelle Interessenvertretung der Klinikärzte – gegen eine generelle institutionelle Ermächtigung im Sinne einer generellen Öffnung der Krankenhäuser aus. Gleichzeitig wurde betont, daß in bestimmten Situationen institutionelle Ermächtigungen -insbesondere bei Spezialambulanzen – sinnvoll sein können. Der MB verlangte, daß bisher ambulant tätige Fachärzte Zugang zu Klinikstrukturen erhalten; und umgekehrt, bisherige Krankenhausärzte gleichzeitig zum Beispiel in eigener Praxis tätig sein können. Er forderte also die verstärkte Zulassung von Vertragsärzten am Krankenhaus und den Ausbau des kooperativen Belegarztsystems. Seine Hauptversammlung hat mit einem klaren Ja die Frage beantwortet, ob der gleiche Arzt in bestimmten Segmenten seiner Tätigkeit angestellt und in anderen Segmenten selbstständig arbeiten können sollte. Hier gilt es allerdings auch, die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes zu beachten, das in einem kürzlich gefällten Urteil den Grundsatz gesetzt hat, daß ein Vertragsarzt für die Versorgung der Versicherten nur dann in erforderlichem Umfang zur Verfügung stehe, wenn die Arbeitszeit im Beschäftigungsverhältnis nicht mehr als 13 Stunden betrage. Der Marburger Bund betont, daß es niemanden – insbesondere nicht den Patienten – nutzen würde, sollte die wohnortnahe fachärztliche Versorgung zerschlagen werden. Andererseits wünscht sich der Marburger Bund, daß bestimmte Funktionäre

der KV zukünftig nicht mehr jede nur denkbare ambulante Tätigkeit von Krankenhausärzten in einem Zustand der Angststarre zwanghaft zurückweisen.

Meine Damen und Herren:

Frei Fahrt für freie Bürger ? Kommt endlich Musik und Bewegung in unsere verkrusteten Gesundheitsstrukturen? Bietet die integrierte Versorgung einen neuen Weg ?

Um Ihnen die Bedeutung der integrierten Versorgung bzw. der Arztnetze im Bereich der kassenärztlichen Praxen deutlich zu machen, fällt mir eine zwar etwas **merkwürdige** aber doch sehr **interessante Geschichte** ein, die mir der Geist eines namhaften Geschäftsführer einer namhaften Kassenärztlichen Vereinigung erzählt hat:

Wir befinden uns in einer dunklen Seitenstraße einer namhaften Kreisstadt im ruhrpöttichsten Teil von Westfalen-Lippe. Es ist kurz vor 12. Der Netzbeauftragte (N), lange Jahre Mitarbeiter der schon immer sehr innovativen Kassenärztlichen Vereinigung, trifft zufälligerweise den freiberuflichen Vertragsarzt (V) aus der nervenärztlichen Versorgungsebene. V ist seit einiger Zeit im Netzvorstand des regionalen Gesundheitsnetzes aktiv. Aber: es geht nicht richtig voran, die Netzmitglieder machen sich über den Netzvorstand lustig. O – Ton: „ Die sind ja auch nicht besser als die Luschen bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV)“.

V will nun endlich wissen, wie N die Zukunft der niedergelassenen Ärzte einschätzt. Sind Netze ein Erfolgsmodell? Was ist zu tun, damit Netze Erfolg haben?

N hat, was für ein Glück, sein sehr privates Handbuch für Netzberater dabei. Er lädt V auf einen kleinen Imbiss in der Teufelsburg ein und schlägt vor - man ist ja jetzt nicht in den Räumen der KV als Körperschaft des öffentlichen Rechts - was er als sinnvolle integrative Versorgungsstrukturen mit dem Netz anfangen würde:

- die Niederlassungsabteilung der KV hat einen Arztsitz in der Region des Netzes ausgeschrieben. Läßt sich hier ein neuer, junger Arzt nieder, entsteht doch unnötige Konkurrenz. Die Netzärzte sollten zusammenlegen, dem abgebenden Arzt ein Angebot machen und danach den gekauften Arztsitz stilllegen.
- Das psychiatrische Fachkrankenhaus in der Region verfolgt nach Wechsel der ärztlichen Leitung auch integrierte Ansätze. Wenn das Netz dafür sorgt, daß die Einweisung in der Suchtmedizin um 20 % steigt und die Fallzahl in der Gerontopsychiatrie hinsichtlich multimorbider Patienten um 8 % sinkt, wird man die Beschaffung von Praxisbedarf zu sehr günstigen Bedingungen realisieren. Selbstverständlich müssen dabei alle evidenzbasierten Leitlinien berücksichtigt werden.
- Eines der örtlichen Sanitätshäuser hat angeboten, bei Zuweisung der Pflegefälle Plakate für die Netzpräsentation in den Wartezimmern entwerfen und drucken zu lassen. Die

Patienten sollen schließlich über die Angebote der Qualitäts-
gemeinschaft informiert werden.

- Eine örtliche Krankenkasse pflegt eine Allianz mit einem PKV-
Unternehmen. Dessen Zusatzversicherung wird die
Finanzierung der individuellen Gesundheitsleistungen
übernehmen, wenn in den Praxen der Netzärzte insbesondere
jüngere Versicherte ohne Familie auf das besondere Angebot
hingewiesen werden. Formulare für den notwendigen
Kassenwechsel werden ebenfalls zur Verfügung gestellt.

Aber da unterbricht V den N „Ja ist das denn jetzt die sog.
integrierte Versorgung, die von der Ex-Gesundheitsministerin
gerade auf einem der letzten Ärztetage als das Versorgungs-
modell der Zukunft verkündet wurde?“ „Nun,“ entgegnet der nette
Berater der KV „wollen Sie beraten oder getauft werden? Das
Gesundheitswesen setzt mittlerweile mehrere hundert Mrd. € im
Jahr um. Glauben Sie da noch an eine Urchristengemeinde aller
Krankenkassen, Versicherten und Leistungserbringer, die im
Kanon „es lebe das Budget, die Qualität wird steigen und dabei
werden die Kosten sinken“ jubilieren?“

Sorry, natürlich handelt es sich hier um eine böse Geschichte.
Natürlich sind die Inhalte frei erfunden. Wer würde denn auf
solche Ideen kommen ?

Also noch mal von vorn: Wir feiern zur Zeit das 11jährige gedeckelte Budgetjubiläum in der GKV. Das Jahr 1991 wurde als Ausgangsgrundlage für die z. Zt. immer noch gültige weitgehende Budgetierung gewählt. Die Vertragsärzte wurden zu Kassenkontrolleuren für Arznei- und Heilmittel gemacht. Die stationären Einweisungen werden beobachtet und in die wirtschaftliche Verordnungsweise einbezogen. Nicht, daß wir Krankenhausärzte das nicht wissen würden, nicht, daß uns das nicht schmerzen würde. Die KV und die Krankenkassen haben mit einem Bombardement an gut gemeinten Informationen den einzelnen Vertragsarzt belegt. Die Maßnahmen werden von den Vertragsärzten in der Regel nicht mehr verstanden bzw. nicht akzeptiert. Aber er, der Vertragsarzt, hat dazugelernt: er hat kapiert, daß er nach Ansicht der Experten **zu viele** Leistungen erbringt! Die Frage ist jetzt nur noch, was er mit dem Patienten im Wartezimmer machen soll.

Bietet die integrierte Versorgung hier einen Ausweg?

Wir dürfen uns nichts vormachen: Die **Grundidee** der **Gesundheitspolitik und der Kassen** bezüglich der **integrierten Versorgung** ist die, daß die **Leistungserbringer ökonomische Verantwortung** übernehmen sollen. Das Ziel ist eine effizientere Versorgung. Insbesondere die angebotsinduzierte Nachfrage will man in den Griff kriegen. Aber das ist ja - wie wir alle wissen – nur

die eine Seite der Medaille . Was ist mit der versicherteninduzierten Nachfrage? Was ist mit Babykino (Ultraschall), Glaukomuntersuchung und Gesundheits-Checkup über das Ausreichende, Zweckmäßige und Notwendige hinaus? Die Nachfrage nach Individualleistungen – heute noch über den großen KV-Topf zu Lasten der Ärzte finanziert – wird für die integrierte Versorgung und die darin vereinten Leistungsanbieter zur Überlebensfrage. Wenn Krankenkasse und Politik die Zusammenführung ökonomischer Verantwortung auf der Ebene integrierter Versorgungsformen wollen, müssen sie heute schon beginnen, den Versicherten den Unterschied zwischen Individual- und Solidarleistung zu erklären.

Welche Chancen und Risiken bieten integrierte Versorgungsformen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern ?

Wenn wir uns nun konkreter den Möglichkeiten einer integrierten Versorgung zwischen niedergelassenem Facharzt und Krankenhaus zuwenden, so müssen wir an erster Stelle die Schnittstellenprobleme zwischen ambulanter und stationärer Versorgung diskutieren. Hier erkennen wir schnell, daß immer dann eine Kooperation verhindert wird, wenn Finanzierungskreise durch Budgetzuteilungen getrennt werden.

Die Netzverträge der ersten Generation, als Verträge zu Lasten Dritter gegen das Krankenhaus gerichtet, haben außerdem bewiesen, daß man diesen Weg nicht weiter gehen sollte. Wer dem anderen ans Leder will, kann nicht erwarten, daß dabei eine hervorragende, leitlinienorientierte Kooperation der Versorgungsebenen herauskommt. Die medizinische Entwicklung erzwingt aber Kooperation. Wer diesen Weg nicht geht, wird dauerhaft dem Patienten schaden. Kooperation ist Voraussetzung für eine qualitätsgesicherte Versorgung und sie könnte durch die neue DRG-gestützte Finanzierung der Krankenhäuser sogar, anders als in der Vergangenheit, ökonomisch attraktiv werden.

Noch heißt es, daß die **DRG's für die Psychiatrie** nicht eingeführt werden. Meine eigene Einschätzung ist die, daß sie wahrscheinlich in 5 –7 Jahren eingeführt sind. Aller Voraussicht nach – vor allem, wenn die Politik und die Krankenkassen sich ausnahmsweise an dem medizinisch bewährten und sinnvollen orientieren – werden wir 18 DRG's bekommen, in Analogie zu unserer PsychPV mit den Gruppierungen A 1 bis A 6, G 1 bis G 6 und S 1 bis S 6.

Zurück zu unserem Thema: Es wird ein Trugschluss sein, daß die dauerhafte Verlagerung ehemals stationärer Leistungen in den Bereich der ambulanten Versorgung von den niedergelassenen Ärzten abgedeckt wird. Im Sinne eines

professionellen Budgetmanagements wird es bei Mangel an Kooperation zu einer katastrophalen Drehtürmedizin kommen. Hier könnten die DRG's aber einen ausreichenden Anreiz bieten, um verstärkt Zusammenarbeit zu fördern. Durch einen Vertrag des Krankenhauses mit den Niedergelassenen wird die Übernahme der früher entlassenen Patienten geregelt. Die Konsiliartätigkeit wird finanziell belohnt. Der Charme an der Sache ist: der komplizierte Vertragspartner Krankenkasse ist nicht notwendig, dies kann man zweiseitig zwischen den Krankenhäusern und Ärzten regeln. Man **gründet** dadurch eine funktionierende **regionale Anbietergemeinschaft**. Die ist künftig auch in der Lage, die Vergütungsdiskussionen mit den Kassen gemeinsam zu führen. Dabei gilt es, ein nicht zu unterschätzendes Hindernis bei der Entwicklung von Partnerschaften ambulant/stationär nicht zu übersehen: Beide Seiten müssen sich **kennen**, beide Seiten müssen sich **vertrauen** und sich im Klaren darüber sein, daß sie im Rahmen der integrierten Versorgung im wahrsten Sinne des Wortes **in einem Boot** sitzen. Die aus dem Alltag bekannten Strategien zur Durchsetzung eigener Positionen wirken in einem Projekt der integrierten Versorgung kontraproduktiv, weil alle Partner einer gemeinsamen Zielerreichung verpflichtet sind. Mit anderen Worten: wer trickst, der schadet sich selbst. Dies gilt auch für die beteiligten Ärzte. Auch bei ihnen werden mehr oder minder gut ausgebaute Seitenwege, die im aktuellen System aufgebaut

wurden, um Hürden möglichst elegant zu umgehen, sofort sichtbar, oder werden zumindest obsolet, sobald die Arbeit der integrierten Versorgung dazu zwingt, mit offenen, für alle einsehbaren Karten zu spielen. Das heißt, integrierte Versorgung kann an dem Problem der persönlichen Differenzen scheitern. Man denke dabei nur an den nun niedergelassenen Arzt, der, zuvor als Oberarzt im Krankenhaus der Region beschäftigt, im Unfrieden das Haus verlassen hat. Die Nachricht und Aufforderung zur Kooperation kann bei diesem Empfänger einen Lachkrampf auslösen. Eine andere, zunächst einfacher anmutende – aber aus meiner Sicht auf die Dauer unbefriedigende - Variante der ambulanten/stationären Zusammenarbeit ist die Einrichtung von Satellitenpraxen. Das heißt, der Krankenhausträger erwirbt, teilweise auch für bisher im Haus tätige Ärzte, einen Vertragsarztsitz und „vermietet“ diesen an den Kooperationsarzt. Die Zielsetzung ist klar. Solche Regelungen gibt es, sie lösen aber nicht das große Problem der unstrukturierten Zusammenarbeit in einer Region.

Ein **grundlegendes Ziel** der integrierten Versorgung darf nicht aus den Augen verloren werden: es geht immer um eine Mischung aus medizinisch-qualitativen Kriterien **und** finanziellen Erwägungen. Das heißt, neben den medizinischen Zielen gibt es immer viele Nebenziele: Die Kostenträger werden wenigstens eine Begrenzung der Ausgaben erwarten, in aller Regel sogar

eine Ausgabensenkung. Die teilnehmenden Leistungserbringer erwarten finanzielle Vorteile, zumindest aber eine Verbesserung ihrer Position im Wettbewerb, also eine Zukunftssicherung ihrer Arbeit. Das Verfolgen solcher Unterziele ist alles andere als illegitim. Integrierte Versorgung ist kein Selbstzweck. Sie wird nur funktionieren, wenn alle Beteiligten – inklusive des Patienten! – einen Vorteil für sich erkennen können. Auf neudeutsch heißt dies, man sucht eine „**Win-Win-Situation**“ oder sogar eine „Win-Win-Win-Situation“. Gleichzeitig darf man aber nicht die Augen davor verschliessen, daß es in diesem neuen System auch „Loser“ geben wird. Verträge der integrierten Versorgung sind auch immer Verträge zu Lasten Dritter. Sie sind dies immer und in jedem Fall. Denn integrierte Versorgung soll „besser“, d.h. effizienter und qualitativ höher stehend sein als die normale Versorgung.

Das Problem der Kopfpauschalvergütung vs. der Einzelleistungsvergütung

Unterschiedliche Vergütungssysteme besitzen unterschiedliche Verhaltensanreize. So ist es klar, dass eine Kopfpauschalvergütung – die sogenannte **Capitation** – bei dem Arzt eine latente Tendenz zur Unterversorgung nach sich ziehen kann. Anlässlich des APA-Kongresses 2003 in San Franzisko haben amerikanische Kollegen – die über Erfahrung mit der Capitation

verfügen – mir nach viel Wein über ihre diversen Techniken erzählt, um Patienten aus den Praxen fern zu halten. Einen Patienten im Arztgespräch nicht anzuschauen zählte dabei noch zu den relativ harmloseren Varianten.

Im Unterschied zur Capitation vermittelt die **Einzelleistungsvergütung** dem einzelnen Arzt zwar Anreize, die Leistung effizient zu erbringen, allerdings kann der schwerwiegende Nachteil darin liegen, daß ein bestimmter Behandlungserfolg nicht kostenminimal sein muß. Denn es besteht der finanzielle Anreiz, möglichst viele Einzelleistungen zu erbringen, da im Idealfall das ärztliche Einkommen mit jeder Maßnahme steigt.

Im Rahmen unseres Themas der integrierten Versorgung stellt sich nun die Frage, welcher Grad der Pauschalierung im Kontinuum zwischen der Einzelleistungsvergütung und der undifferenzierten Kopfpauschale geeignet ist. Dabei wird es ja so sein, daß die Vergütungssysteme in der integrierten Versorgung aller Voraussicht nach höher pauschalierte Formen sein werden. Dabei gilt:

- je höher die Vergütung aggregiert ist, desto größer wird der Dispositionsspielraum, den der Leistungserbringer und damit auch der Träger der integrierten Versorgung im Einzelfall hat.
- je höher aggregiert eine Vergütung ist, ein desto höherer Anteil des Versicherungsrisikos – also des **Morbiditätsrisikos** – geht auf die Versorger, (die Leistungserbringer) – also auf uns

Ärzte – über.

Unser Ziel sollte ja sein, die Integration der medizinischen Versorgung voranzubringen, um dadurch die Qualität und die Effizienz der Versorgung in einem stärker wettbewerblich orientierten Gesundheitssystem zu verbessern. Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn die Leistungserbringer, die Ärzte in den Krankenhäusern und Praxen, einen größeren Spielraum für die sektorübergreifende Gestaltung des Versorgungsprozesses erhalten. Dieser größere Gestaltungsspielraum kann aber nur erreicht werden, wenn er im Vergütungssystem durch hoch aggregierte Kopfpauschalen abgesichert ist. Diese hoch aggregierten Kopfpauschalen bringen jedoch den Nachteil mit sich, daß sie bei einer einfachen Ausgestaltung, z.B. bei einer Differenzierung nach Alter und Geschlecht, dazu führen, daß ein hohes ökonomisches Risiko zu den Leistungserbringern verlagert wird. Ein Risiko, das in einem System mit einer Funktionsteilung zwischen Versorgung und Versicherung zweckmäßigerweise von den Versicherungen getragen werden soll. Auch gehe ich davon aus, daß wir die weiter oben erwähnten „amerikanischen Verhältnisse“ mit der „Capitation“ in der Bundesrepublik nicht haben wollen. Letztendlich bedeutet dies, daß eine konsequente **Umsetzung der integrierten Versorgung** zu der Einführung von DRG's im **ambulanten Bereich** führen wird.

Blick in die Zukunft 1:

Integrierte Versorgung im Kontext einer strategischen Ausrichtung von Krankenhaus und Praxisnetz

Vor dem Hintergrund der Globalisierung der Wirtschaft, der Öffnung der Arbeitsmärkte in Osteuropa und den Fortschritten der Informationstechnologie hat sich die Struktur der Arbeit in Deutschland und unser Gesellschaftssystem grundsätzlich verändert. Die Beschäftigung in Hochlohnregionen, wie z. B. Deutschland, ging dramatisch zurück und wird vermutlich auch auf diesem Niveau verbleiben. Eine Folge dieser Entwicklung ist ein starker Rückgang der öffentlichen Einnahmen, verbunden mit einer Krise der steuerfinanzierten Investitionen des Staates. Aber auch auf Seiten der vorrangigen Kostenträger im Gesundheitswesen, der gesetzlichen Krankenkassen, schlägt diese Entwicklung voll durch. Denn die Krise der gesetzlichen Krankenversicherung ist in erster Linie ein Einnahmeproblem, das auf die anhaltende Massenarbeitslosigkeit und die niedrige Lohnquote zurückzuführen ist. Für das Krankenhaus bedeutet dies, daß das Selbstkostendeckungsprinzip endgültig zugunsten einer leistungsorientierten Krankenhausvergütung abgeschafft ist. In der Somatik wird über die DRG's das Krankenhaus bevorzugt, das die medizinischen Leistungen effizient und mit nachgewiesener hoher Qualität erbringt. Das gleiche wird sich auch in absehbarer Zeit für das

psychiatrische Krankenhaus in ähnlicher Form gestalten. Diese Entwicklung bietet allerdings auch eine große innovative Chance. So stellt sich aus meiner Position als Krankenhausarzt die Frage, welche Strategien Krankenhäusern offen stehen, um Motor der Entwicklung zu werden. Ein entscheidender Aspekt ist für mich die Kundenzufriedenheit. Krankenhauskunden sind natürlich die Patienten, aber auch die niedergelassenen Ärzte und die Krankenkassen. Dieser ideale Gesamtkunde sucht sich das Krankenhaus aus, das am effizientesten, produktivsten und patientenfreundlichsten ist.

In dem Sinne muß das heutige Krankenhausunternehmen in Zukunft Kristallisationspunkt eines Dienstleistungszentrums sein, das eine Vielzahl von medizinischen und pflegerischen Leistungen sowie angrenzende Leistungen in den Bereichen Prävention, Rehabilitation und Wellness anbietet. Auch der Ausbau ambulanter medizinischer Leistungen ist in diesem Spektrum integriert. Dabei wird das Krankenhaus die Etablierung eines abgerundeten Leistungsangebotes nicht auf allen Feldern aus eigener Kraft und mit der erforderlichen Kompetenz erreichen können. Hier erhält nun die Zusammenarbeit mit Partnern einen sehr hohen Stellenwert. Das Instrument der integrierten Versorgung kann dabei eine wichtige Funktion übernehmen. Gemeinsame unternehmerische Ziele für

Krankenhäuser und Praxisnetze von niedergelassenen Ärzten können sein:

- Verbesserung der Versorgungsqualität
- Verbreiterung der Angebotspalette
- Nutzung von Synergieeffekten
- Standortsicherung
- Optimierung der Aufbau- und Ablauforganisation
- Ausbau der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Know-how-Transfer
- Verbesserung der Kommunikation zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern.

In der Vergangenheit erlebten sich der ambulante und der stationäre Bereich fast immer ausschließlich als Konkurrenten. In der Zukunft wird es darum gehen, daß beide Bereiche erkennen, daß ein gemeinsames Agieren auch einen wechselseitigen Nutzen erbringt. Hierfür gilt es Mißtrauen abzubauen und eher zufällig bestehende Kontakte zwischen stationär oder ambulant tätigen Ärzten auf eine solide Basis vor dem Hintergrund einer Interessenidentität zu stellen.

Nach der Etablierung einer gemeinsamen und schnittstellenfähigen EDV (warum können wir nicht zukünftig unsere Arztbriefe per e-mail an unsere niedergelassenen Kollegen versenden?)

könnte es zukünftig darum gehen, **Partner für medizinische Gesamtprodukte** zu gewinnen. Das bedeutet für niedergelassene Ärzte und das Krankenhaus, verstärkt gemeinsame „Produkte“ zu bestimmen, diese zu kompletten Leistungspaketen zusammenzuschneiden und ihren Kunden - sowohl unseren Patientinnen und Patienten als auch den Krankenkassen – anzubieten.

In dem **Fachgebiet der Psychiatrie** bieten sich unterschiedliche gemeinsame ambulant-stationäre medizinische Produkte an: ein Thema könnte im Bereich der Allgemeinpsychiatrie bei der Diagnosegruppe Erstmanifestation einer schizophrenen Erkrankung das Produkt Behandlung mit Atypika in Kombination mit Psychoedukation sowohl der jungen Betroffenen wie auch der Angehörigen sein.

Im Bereich der Gerontopsychiatrie gilt gleiches für die Frühdiagnostik dementieller Erkrankungen, z.B. im Sinne einer Gedächtnissprechstunde. Für die Suchtmedizin könnte es um die motivationale Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit sowie die ambulante Entgiftung gehen.

Blick in die Zukunft 2:

Integrierte Versorgung im Kontext der unterschiedlichen Berufsgruppen im psychiatrischen Krankenhaus, im ambulanten und im rehabilitativen Sektor.

Im Zusammenhang mit der Psychiatrie-Reform der vergangenen Jahrzehnte sind immer die Gemeinsamkeiten von psychischen und körperlichen Krankheiten hervorgehoben worden. Und das aus gutem Grund, wo es doch galt und gilt die Benachteiligung der Psychiatrie und ihrer Patienten zu relativieren. Aber die Psychiatrie und psychische Erkrankungen zeichnen sich durch drei Besonderheiten aus:

- Je schwerer die psychische Krankheit, desto geringer der Wunsch des Kranken nach psychiatrischer Behandlung.
- Die Umgebung, das soziale Netz des psychisch Kranken ist einer besonderen Belastung ausgesetzt, da die Erkrankung nahezu regelhaft dazu führt, daß die Beziehung zu wichtigen Nächsten zerstört wird.
- Psychisch kranke Menschen leiden weiterhin unter erheblichen Vorurteilen ihrer Umgebung. Diese Stigmatisierung bezieht sich sowohl auf die Patienten, wie auch auf die mit dieser Zielgruppe befaßten Berufsgruppen und Institutionen.

Bei aller Vergleichbarkeit von psychischen und körperlichen Erkrankungen sind diese drei Besonderheiten zu berücksichtigen, bei Veränderungen im Gesundheitswesen, wenn diese Veränderungen auf mehr Eigenverantwortlichkeit und

Durchsetzungsfähigkeit in Konkurrenzsituationen setzen. Dies gilt also auch für die integrierte Versorgung.

Andererseits haben wir in der Psychiatrie seit der Psychiatrie-Enquete einen integrativen Behandlungsansatz verfolgt. In der Sozialpsychiatrie gilt das Prinzip der Sektorisierung, und dieses Prinzip führt ja dazu, daß unsere psychisch kranke Mitmenschen in Krisensituationen, die einer Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus bedürfen, regelmäßig von denselben Pflorgeteams, denselben Ärztinnen und Ärzten – im Sinne einer Beziehungs- und Behandlungskontinuität – aufgefangen und begleitet werden.

Integrierte Versorgung in der Psychiatrie, ob nun im psychiatrischen Krankenhaus, beim niedergelassenen Facharzt oder im komplementären Bereich bedeutet also, das Erfolgskonzept der letzten 25 Jahre weiter auszubauen und noch nachdrücklicher einen **störungsspezifischen und patientenzentrierten Ansatz** zu verfolgen. Paradigmatisch bedeutet störungsspezifisch und patientenzentriert, daß zum Beispiel das Team der Depressionsstation depressiv erkrankte Menschen betreut, ob es nun um eine vorstationäre, poststationäre, teil- oder vollstationäre oder ambulante Behandlung geht. Integrierte Versorgung bedeutet also auch in der Psychiatrie Reibungs- und Informationsverluste an Schnittstellen zu reduzieren, darüber effizienter und kostengünstiger zu werden, ohne seine fachlichen und humanitären Ziele aus den Augen zu verlieren.

Die integrierte Versorgung kann für die Psychiatrie mit all ihren Berufsgruppen die Chance sein, sich strukturell weiter zu entwickeln im Sinne einer optimalen Vernetzung der Krankenhauspsychiatrie mit dem ambulanten und rehabilitativen Sektor.

Zusammenfassend

müssen wir feststellen, daß wir bezüglich der integrierten Versorgung vor einem Marsch in sehr unübersichtliches Terrain stehen. Sehr schnell kommt man in das verminte Gelände widerstreitender Interessen. Bezüglich der Wirtschaftlichkeitsreserven in der Arzneimittelbehandlung beispielsweise können und wollen Patienten häufig nicht die Rationalität einer Sparentscheidung nachvollziehen. Auch Apotheker neigen manchmal dazu, bei der Abgabe preiswerter, aber gleichwirkender Arzneimittel, anstelle der bisherigen höherpreisigen Therapien den nachfragenden Patienten schon durch bissige Bemerkungen wissen zu lassen, was sie von einer solchen „Billigmedizin“ halten. Krankenkassen neigen grundsätzlich dazu Einsparreserven für sich zu reklamieren und für einen Versichertenbonus als Marketinginstrument verwenden zu wollen. Man steht ja schließlich im Wettbewerb. Den Ärzten in der integrierten Versorgung wird es immer wieder schwerfallen, den Patienten klar zu machen, daß weniger mehr sein kann und daß sich Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht ausschließen. Auch gilt ja grundsätzlich,

daß ein jeder Spareffekt immer ein Treppeneffekt ist, der sich am Fuße der Kellertreppe erschöpft.

Und wie heißt es im Reformhaus Schmidt? Bleiben Sie gesund, denn alles andere wäre schlecht!!!

Grundsätzlich hat jedoch die Idee der integrierten Versorgung, der integrierten Kooperation von Ärzten aus den unterschiedlichen Lagern zusammen mit den anderen Heilberufen eine Chance, aus den gewohnten, vielerorts auch ungeliebten bürokratischen, überreglementierten und budgetierten Wegen auszubrechen, sozusagen sich aus den „Fesseln der Sozialpolitik“ zu befreien und zu neuen Ufern vorzustoßen.

Zentralafrika, die Wüstengebiete Chinas und die Antarktis wären nie entdeckt worden, wenn es nicht mutige, aber auch umsichtige Männer und Frauen gegeben hätte, die sich – ohne Hasardeure zu sein – auf den Weg gemacht hätten eine Terra incognita zu explorieren.

In dem Sinne vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit!

Dr. med. Luc Turmes
Ärztlicher Direktor
Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Arzt für Psychotherapeutische Medizin
- Psychoanalyse -

