

Kapitel III – Erfolgsbeispiele für Wettbewerb um die bessere Lösung

Sektorenübergreifende Versorgung als Erfolgsparameter

Prof. Dr. Hans-Heinrich Rüschemann und Prof. Dr. Hartmut Göbel

Inhalt

1. Integrierte Versorgung: Versorgungsform der Zukunft	1
2. Entwicklung der Integrierten Versorgung.....	2
Praxisbeispiel I: Klinik Manhagen – Integrierte Versorgung für das Fachgebiet Orthopädie	3
I.1 Organisation der Integrierten Versorgung durch die Klinik Manhagen.....	3
I.2 Der Patient im Mittelpunkt des Leistungsgeschehens.....	3
I.3 Ergebnisse der Integrierten Versorgung in der Klinik Manhagen.....	4
Praxisbeispiel II: Schmerzklinik Kiel – neue medizinisch-wissenschaftliche Behandlungswege über Integrierte Versorgung umgesetzt.....	4
II.1 Systembedingte Chronifizierung von Schmerzen	4
II.2 Organisation der Integrierten Versorgung durch die Schmerzklinik Kiel.....	5
II.3 Umsetzung eines bundesweiten Kopfschmerznetzes.....	6
II.4 IV-Kopfschmerz: Indikationen	6
II.5 Der koordinierte Therapieablauf.....	6
II.6 Nutzen.....	8
3. Die Zukunft der integrierten Versorgung.....	8
Literatur	9
Autoren	9

1. Integrierte Versorgung: Versorgungsform der Zukunft

Die Integrierte Versorgung wird als "die Versorgungsform der Zukunft" bezeichnet. Hinter dem Begriff verbirgt sich ein einfaches, aber sehr effektives Vorgehen: Die verschiedenen Leistungsbereiche des Gesundheitswesens - die ambulante, die stationäre und die rehabilitative Versorgung von Patientinnen und Patienten - sollen sektorenübergreifend vernetzt werden. Gesundheitsberufe unterschiedlicher Fachrichtungen in Praxen und Krankenhäusern sollen nicht nur verstärkt miteinander, sondern auch mit nicht ärztlichen Leistungserbringern wie Apothekern, Krankengymnasten oder Psychologen kooperieren.

Diese Vernetzung kommt in erster Linie den Patientinnen und Patienten zugute. Denn ein Mehr an Wissen und ein besserer Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten und die gemeinsame Arbeit an klar definierten Therapiezielen sind die Grundvoraussetzungen für eine medizinisch erfolgreiche und wirtschaftlich effiziente Versorgung. Dadurch wird die Qualität der medizinischen Versorgung spürbar verbessert. Kreativität in der Realisierung der integrierten Versorgung ermöglicht zudem einen Wettbewerb um die bessere Lösung zu mannigfaltigen Vorteilen für die Versicherten, Krankenkasse und Leistungserbringer.

Aufbauend auf einer Übersicht über die Entwicklung der integrierte Versorgung wird an zwei unterschiedlichen Praxisbeispielen die Organisation und Durchführung der sektorenübergreifende Versorgung erläutert. Die **Klinik Manhagen** organisiert die **Versorgung im Fachgebiet Orthopädie sektorübergreifend** und setzt die Erfahrung um, dass hohe Fallzahlen Spezialisierung mit verbesserter Qualität ermöglichen. Die **Schmerzklinik Kiel** basiert auf **neuen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen** zur Schmerz- und insbesondere Migräne- und Kopfschmerzbehandlung, die über die Klinik in eine integrierte Versorgung umgesetzt sind.

2. Entwicklung der Integrierten Versorgung

Das deutsche Gesundheitswesen hat sich über Leistungserbringer und Gesundheitsverwaltung etabliert und nicht an der Patientenkarriere orientiert. So sind die 11 Sektoren des Gesundheitswesens entstanden, die meist rechtlich und budgetär voneinander getrennt sind. Zuständigkeiten und Verantwortung der Leistungserbringer beschränken sich auf den jeweiligen Sektor, Entgeltsysteme wechseln in ein und derselben Patientenkarriere mehrfach und setzen Anreize, die der Behandlungsqualität des Patienten zuwider laufen. Innovationen im Gesundheitswesen wurden bis in die 90er Jahre nur medizinisch-therapeutisch verstanden, ohne die Bedeutung von Struktur oder Finanzierung der Leistungserbringung für die Gesundheit des Patienten zu berücksichtigen.

Das GKV-Modernisierungsgesetz 2004 erzeugte mit den §§ 140 a - d SGB V die Voraussetzung, dass Leistungserbringer und Krankenkassen auch ohne Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge zur Integrationsversorgung miteinander schließen konnten. Überdies konnten und sollten Apotheken sowie Heil- und Hilfsmittelerbringer in die Integrierten Versorgungsverträge miteinbezogen werden. Damit war die Grundlage für einzelvertragliche, sektorenübergreifende Vereinbarungen geschaffen, die mit der aktuellen Gesundheitsreform 2007 verstetigt werden. Eine Übersicht über die Entwicklung gibt Tabelle 1.

Tabelle 1: Meilensteine der Integrierten Versorgung

- | | |
|------------|---|
| ▪ 1985/91: | Erste Modelle für neue patientenorientierte Finanzierungssysteme im Krankenhaus [1] |
| ▪ 1995: | Erste Initiativen von Qualitätsgemeinschaften und Ärztenetzen [2] |
| ▪ 1996: | § 63 SGB V Erweiterte Modelle möglich zu Struktur und Finanzierung |
| ▪ 1997: | § 75 SGB V: Strukturvertrag (Übergang) |
| ▪ 2000: | § 140a ff SGB V: Integrierte Versorgung: neu im SGB [3] |
| ▪ 2004: | § 140a ff SGB V mit neuen, umfassenden Erweiterungen |
| | 1. Erweiterte Definition |
| | 2. Erweiterung Vertragspartneroptionen |
| | 3. Aufhebung des Zulassungsstatus |
| | 4. Aufhebung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität |
| | 5. Möglichkeit der Anschubfinanzierung bis zu 1% des jeweiligen Budgets |
| | 6. Wegfall Rahmenvereinbarungen |
| ▪ 2007: | § 140a ff SGB V in Verlängerung [4] |
| | - Flächendeckender Ausbau der Integrierten Versorgung |
| | - Einbezug der Pflegeversicherung in die Integrierte Versorgung |
| | - Verlängerung der Anschubfinanzierung bis 2008 |

Die Zukunft medizinischer Patientenversorgung liegt in der Vernetzung. Die Vernetzung der einzelnen Sektoren optimiert die Versorgungsqualität über therapeutische Synergieeffekte, vermeidet unnötige Wartezeiten und Doppeluntersuchungen und führt damit zu einer erhöhten Behandlungsqualität und auch zu einer effizienten Verwendung von Versichertengeldern. Erfolgreiche medizinische Kompetenz-Netzwerke, die eine sektoren- und facharztübergreifende Versorgung unter Einbeziehung von Klinik, ambulanter und stationärer Rehabilitation, Heil- und Hilfsmittelerbringern und Apotheke sowie Pflege anbieten, zeichnen sich heute vor allem aus durch:

- Orientierung des Leistungsangebotes an den Bedürfnissen der Patienten
- Medizinische Versorgung der gesamten Patientenkarriere aus einer Hand
- Indikationsspezifische Kooperation spezialisierter High-Volume-Anbieter
- Telemedizinische Vernetzung der Leistungserbringer
- Kassenartenübergreifende und versicherungsunabhängige Leistungsangebote
- Transparenz über Leistungen, Preise und Qualität
- Benchmark-Preise für DRG-basierte Patientenkarrieren
- Garantie und Gewährleistung auf einen definierten Behandlungserfolg
- Schlanke Verwaltung, offene Grenzen und klare Identität

Ein entscheidender Erfolgsfaktor bei der Umsetzung innovativer Versorgungsverträge ist die vertrauensvolle und kreative Zusammenarbeit von Krankenkassen und deren Verbände, Landesministerien, Trägergesellschaften, Klinikführungen und Ärzteschaft.

Praxisbeispiel I: Klinik Manhagen – Integrierte Versorgung für das Fachgebiet Orthopädie

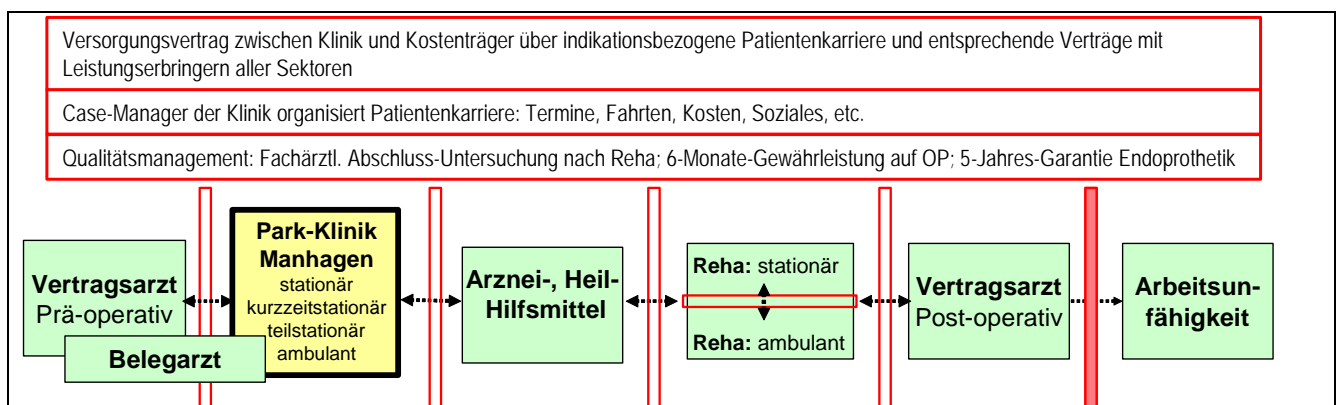
I.1 Organisation der Integrierten Versorgung durch die Klinik Manhagen

Die Klinik Manhagen (in Großhansdorf bei Hamburg) hat als Modellklinik der Krankenkassen und des Landes Schleswig-Holstein seit ihrer Eröffnung im Jahr 1991 mehrfach moderne Behandlungsverfahren über integrative Strukturen mit innovativen Finanzierungsformen in der operativen Patientenversorgung umgesetzt [1]. Hierbei half der Erfahrungshintergrund über wissenschaftliche Projekte der Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen GS_bG (Trägergesellschaft). Als Belegklinik arbeitet die Klinik Manhagen prinzipiell an der Schnittstelle „ambulant – stationär“ mit allen seinen Herausforderungen und Problemen, so dass ambulante, teilstationäre, kurzzeitstationäre, stationäre und rehabilitative Leistungen je nach Gesundheitszustand des Patienten möglich sind. In Deutschland werden derzeit im Fachgebiet der Orthopädie rund 153.000 Patienten mit Hüftendoprothesen, 93.000 Patienten mit Knieendoprothesen und 45.000 Patienten mit einer Kreuzbandplastik stationär versorgt.

Die Klinik Manhagen konnte erstmals

- diagnose- und therapiebezogenen Fallpauschalen in Deutschland einführen (für die gesamte Orthopädie 1990/91) [1],
- Garantie und Gewährleistung auf einen definierten Behandlungserfolg geben (1991),
- stationäre Rehabilitationsangebote nach Gelenkprothesen für GKV-Versicherte ohne Zeitverzug und Aufpreis im Rahmen der Fallpauschalen der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) einbeziehen (1994),
- degressive und somit von der Fallzahl abhängige Preise mit den Krankenkassen vereinbaren (1997),
- ambulante Behandlungsbenchmarks in der Rehabilitation, der arthroskopischen Chirurgie und der Katarakt-Chirurgie umsetzen (2000)
- und bereits ab 2001 integrierte Versorgungsverträge über sämtliche Klinikleistungen und kassenartenübergreifend abschließen und jährlich weiterentwickeln.
- Seit 2006 umfassen die Versorgungsverträge auch erste Bestandteile der Arbeitsunfähigkeitszeiten und –kosten.

Abbildung 1: Klinik Manhagen – Organisation des Behandlungsnetzes zur integrierten Versorgung



I.2 Der Patient im Mittelpunkt des Leistungsgeschehens

Die Verantwortung der gesamten Patientenkarriere liegt in einer Hand. Die Klinik Manhagen bietet ihren Patienten eine abgestimmte Versorgung mit der für sie besten und notwendigen Therapie an, ohne dass die (kranken) Patienten insbesondere an den Schnittstellen zwischen den einzelnen Sektoren selbst recherchieren und zeitnah die richtigen Ansprechpartner suchen müssen. Der Case-Manager organisiert für die Patienten sowohl die ambulante Rehabilitation am Wohnort des Patienten als auch den stationären Rehabilitations-Aufenthalt in einer Partner-Klinik. Mit Hilfe eines Software-Programms wird der Fahrservice für die Patienten über eine optimale Tourenplanung durchgeführt. Kurzzeitstationäre Patienten bekommen in Zusammenarbeit mit der kooperierenden

Liefer-Apotheke in jeweils entsprechender Anzahl Arzneimittel für die poststationäre Behandlung nach Hause mit, ohne dass diese sich die Medikamente in meist falschen Packungsgrößen bei den Apotheken selbst besorgen müssen. Den Kreuzband-Patienten werden in der Klinik am Entlassungstag, auch an Wochenenden, vom Orthopädie-Techniker die Orthese und Schiene angepasst. Darüber hinaus wird für jeden Patienten die Unterarm-Gehstützen für zuhause in der Klinik von seinem Therapeuten angepasst und für die tägliche Nutzung erklärt. Die poststationären Untersuchungen und Qualitätskontrollen werden in enger Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Fachärzten durchgeführt.

I.3 Ergebnisse der Integrierten Versorgung in der Klinik Manhagen

Die Ergebnisse der Integrierten Versorgung Manhagen sind zusammengefasst:

- (1) Zusammenarbeit mit aktuell 1.032 niedergelassen Ärzten und 147 Physiotherapie-Praxen
- (2) Behandlung von bisher über 100.000 operativen Patienten seit 1991
- (3) Verzehnfachung der jährlichen Fallzahlen von 1.352 (1991) auf 13.422 (2006) als Ausweis hoher Patientenzufriedenheit (jede 11. Operation in Schleswig-Holstein)
- (4) Vordere Plätze bei nationalen und internationalen Fallzahl-Rankings: bei 4 DRGs Nr. 1 in Deutschland, einmal Nr. 2 und einmal Nr. 5; in Europa bei Monoschlitten-Knieprothesen Nr. 1 und bei Kreuzband-Operation Nr. 3
- (5) Spitzenpositionen bei deutschlandweiten Qualitätsvergleichen (BQS)
- (6) Gewährleistung der Ergebnisqualität durch Garantie-Übernahme bei allen OPs (6 Monate auf alle Eingriffe; 5 Jahre bei endoprothetischem Gelenkersatz)
- (7) Reputation der Ärzte / Ruf der Klinik Manhagen: Focus- und Bild-Umfragen, Patienten-Befragungen, Word of Mouth
- (8) Erweiterung des medizinischen Angebots: Referenzklinik für Knorpeltransplantation, universitäre Leistungsangebote, Netzhaut-Chirurgie
- (9) Benchmark-Behandlungspreise im Vergleich zu allen Mitwettbewerbern: jährliche direkte GKV-Finanzeinsparung = 1.652.673 €
- (10) Senkung der Preise für Arzneimittel für die poststationäre Behandlungsphase um 78 % bei vereinfachten Ablaufstrukturen und höherem Service für den Patienten
- (11) 53 % der gelenkendoprothetischen Patienten Manhagens wählen das integrierte 3-monatige Behandlungsprogramm einer ambulanten Rehabilitation an ihrem Wohnort
- (12) Verkürzung der Arbeitsunfähigkeitszeiten bei Kreuzband-Transplantationen um 16,3 % auf 149 Tage

Praxisbeispiel II: Schmerzlinik Kiel – neue medizinisch-wissenschaftliche Behandlungswege über Integrierte Versorgung umgesetzt

II.1 Systembedingte Chronifizierung von Schmerzen

Chronische Kopf- und Gesichtsschmerzen sind die Volkskrankheit Nr. 1. In Deutschland geben 54 Millionen Menschen Kopfschmerzen als gravierendes Gesundheitsproblem im Laufe ihres Lebens an. Pro Jahr werden bundesweit mehr als 3 Milliarden Einzeldosierungen von Schmerzmitteln eingenommen, 85% davon wegen Kopfschmerzen [6-8]. Das koordinierte bundesweite Versorgungskonzept der Techniker Krankenkasse und der Schmerzlinik Kiel bedeutet für Kopfschmerzpatienten einen Meilenstein. Es ermöglicht eine bundesweite sektorenübergreifende Vernetzung der ambulanten und stationären Therapie. Die Versorgung Hand in Hand, ein Mehr an Wissen, ein besserer Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten und die gemeinsame Arbeit mittels klar definierter Behandlungspfade sind die Basis für zeitgemäße und effiziente Behandlungsergebnisse.

Die Behandlung von Kopfschmerzen verdeutlicht beispielhaft, wie ein sektoral aufgesplittertes Gesundheitssystem selbst dazu führen kann, dass Erkrankungen chronifizieren und Schmerzen dauerhaft bestehen bleiben. Die bisherige Regelversorgung von Kopfschmerzpatienten erfolgt in abgegrenzten Sektoren des Gesundheitssystems. Viele Betroffene mit chronischen Kopfschmerzen behandeln sich aufgrund mangelnder Effizienz außerhalb des professionellen Systems. Sie informieren sich im Bekanntenkreis, über die Publikumspresse und in der Apotheke über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten bei Kopfschmerzen. Durch die nicht zufriedenstellende Behandlung im medizinischen Bereich brechen sie oft eine professionelle Therapie ab und weichen enttäuscht auf Außenseitermethoden aus. Über Monate und Jahre entwickelt sich dann eine weitere Chronifizierung der Kopfschmerzerkrankung, schwerwiegende Organkomplikationen und schwerwiegende psychische Konsequenzen führen die Patienten dann wieder in die medizinische Behandlung zurück. Dabei entstehen jedoch sehr hohe direkte und indirekte Kosten, die zu diesem Zeitpunkt dann oft nicht mehr mit der primären zugrunde liegenden Kopfschmerzerkrankung in Verbindung gebracht werden. Bei Entstehung eines Kopfschmerzes bei Medikamentenübergebrauch werden parallel zur kontinuierlichen Einnahme von Akutmedikamenten über Jahre und Jahrzehnte vielfältigste diagnostische und therapeutische Maßnahmen durchgeführt. Diese schließen wiederholte bildgebende Diagnostik sowie umfangreiche unspezifische ambulante Maßnahmen, wiederholte stationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen ohne sektorenübergreifende Interaktion ein. Eine sektorenübergreifende koordinierte stationäre Behandlung bei Medikamentenübergebrauchskopfschmerz zur Durchführung einer Medikamentenpause oder zur Durchführung eines Medikamentenentzuges erfolgt in Deutschland nur an wenigen spezialisierten Kliniken. Insbesondere wird in der Regel keine längerfristige präventive Behandlung nach Abschluss der stationären Phase eines Medikamentenentzuges angeboten, so dass nach kurzer Zeit wieder ein Rückfall in den Medikamentenübergebrauch ohne therapeutischen Langzeiteffekt folgt. Eine strategische Weiterbehandlung fehlt, das spezielle schmerztherapeutische Wissen zur Klassifikation und Diagnostik der oft multiplen zugrunde liegenden Kopfschmerzerkrankungen steht für die Versorgung nur eingeschränkt zur Verfügung. Rückfall und die erneute Chronifizierung sind so vorprogrammiert. Außerhalb spezialisierter Versorgungszentren ist zudem eine intensive verhaltensmedizinische Therapie von schwer betroffenen Patienten in Form von Biofeedbackverfahren, kognitiven Verfahren, speziellen verhaltensmedizinischen Therapien, Entspannungsverfahren, edukativen Verfahren, Stressbewältigungstrainings etc. kaum verfügbar, obwohl gerade diese Verfahren eine hohe Effizienz für die Rückfallprophylaxe und einen entscheidenden gegenwirkenden Effekt auf die Chronifizierung haben.

Die Folgen sind gravierend: Patienten mit chronischen Kopfschmerzerkrankungen werden nach aktuellen Analysen im derzeit sektoral aufgesplitterten Gesundheitssystem in Deutschland nicht ausreichend versorgt. Resultat dieser sektoralen Versorgung ist, dass Patienten mit chronischen Kopfschmerzen überproportional häufig am Arbeitsplatz fehlen und vorzeitig nach langen Arbeitsunfähigkeitszeiten berentet werden müssen. Hohe Folgekosten entstehen auch durch die Behandlung von Spätfolgen in Form von psychischen Erkrankungen, Nierenversagen, Leberschäden, Magen-Darm-Ulzera sowie cerebro-vaskulären Schäden

II.2 Organisation der Integrierten Versorgung durch die Schmerzlinik Kiel

Mit dem wissenschaftlichen Konzept zur neurologisch-verhaltensmedizinischen Schmerzlinik Kiel wurde eine integrierte Versorgung bereits im Jahre 1995 vorgeschlagen und umgesetzt. Ziel war es dabei, eine sektorenübergreifende Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzerkrankungen zu erreichen, wobei die Behandlung durch niedergelassene Ärzte, die Behandlung in einer vollstationären Akutklinik sowie rehabilitative Konzepte unmittelbar sektorenübergreifend verzahnt wurden.

Eine externe wissenschaftliche Begleitung durch die Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen und der AOK Schleswig-Holstein dokumentierte die Patientenkarrieren und analysierte die Wirkungen der modellhaften integrierten Intervention auf Leistungsanspruchnahme, Kosten, Arbeits- und soziale Situation sowie auf die Lebensqualität chronisch schmerzkranker Patienten [5]. Die Datenerfassung der Patientenkarrieren umfasste fünf Jahre. Grundlage waren patientenbezogene, anonymisierte Leistungsdaten über alle Sektoren (Krankenhaus akutstationär und rehabilitativ mit 500.000 Daten, Vertragsärzte mit 5 Millionen Daten, Arzneimittel mit 6 Millionen Daten, Sach- und Pflegeleistungen mit 800.000 Daten) sowie beitragsrelevante Sozialdaten (mit 700.000 Daten).

Die sektorenübergreifende Leistungsanspruchnahme wurde im Zeitverlauf analysiert, die verursachten Kosten über komplexe Kostenkalkulationen aufgezeigt. Zur Kontrolle der Modellintervention wurden Patienten mit Behandlungen in anderen Akutkrankenhäusern mit gleicher Diagnose, Alter und Geschlecht identifiziert und als Kontrollperson herangezogen. Darüber hinaus wurde die klinische Effizienz der Behandlung über eine standardisierte externe Analyse ermittelt.

Als Ergebnis zeigte die umfangreiche Analyse, dass die Modellintervention nach der der Behandlung zugrunde liegenden Konzeption alle aufgestellten und vereinbarten Ziele für die Versorgung schwer chronisch schmerzkranker Patienten erreichte: Langfristige Schmerzreduktion, Verbesserung der Arbeitsfähigkeit, Strukturierung der Patientenkarriere bei gleichzeitiger Kostengünstigkeit. Es zeigte sich, dass eine hocheffiziente und nachhaltige Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzerkrankungen nur sektorenübergreifend erfolgen kann. Rund 70% der nach vorgenanntem Konzept behandelten Patienten wurden bundesweit zugewiesen.

II.3 Umsetzung eines bundesweiten Kopfschmerznetzes

Aufbauend auf diesem Szenario wurde in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse ein bundesweites koordiniertes Konzept einer innovativen Kopfschmerzversorgung bei hoher Qualität erarbeitet. Die Belange der Versicherten, ihre Betreuung und ihre Behandlung, stehen dabei im Mittelpunkt. Ein nationaler Verbund von Hausärzten, ambulant und stationär tätigen Schmerztherapeuten in Praxen und Kliniken wirkt dabei Hand in Hand zusammen, um Schmerzen fach- und sektorenübergreifend mit zeitgemäßen Methoden optimal zu lindern.

Die beteiligten Berufsgruppen behandeln dabei nach aktuellen Leitlinien und auf modernsten wissenschaftlichen Stand. Ambulante, rehabilitative und stationäre Therapien sind eng aufeinander abgestimmt und im zeitlichen Ablauf miteinander verzahnt. Das Konzept bietet eine überregionale koordinierte Behandlung zwischen der Schmerzlinik Kiel, dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein und niedergelassenen Schmerztherapeuten, Neurologen und Hausärzten für chronisch kranke Kopfschmerzpatienten ohne Beschränkung durch Fachgrenzen und Vergütungssektoren an. Dieses Versorgungsangebot für Kopfschmerzpatienten ermöglicht es, die Entstehungsmechanismen von Kopfschmerzen umfassend zu identifizieren und gezielt daran anzusetzen. Dabei sind die Patienten aktiv eingebunden, entwickeln ein besseres Verständnis für ihre Krankheit und können so den Therapieerfolg ebenfalls positiv beeinflussen.

II.4 IV-Kopfschmerz: Indikationen

Das Behandlungsnetz ist ausgerichtet auf die spezialisierte, sektorenübergreifende Versorgung von schwer betroffenen Patientinnen und Patienten mit chronischen Kopfschmerzerkrankungen wie z.B.

- Schwere und häufige Migräne,
- Chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp,
- Clusterkopfschmerzen,
- Kopfschmerzen bei Medikamentenübergebrauch,
- Posttraumatische Kopfschmerzen
- Symptomatische Kopfschmerzen,
- Neuralgien,
- Kopfschmerzen mit komplexen Begleiterkrankungen
- Seltene Kopfschmerzformen mit schwerem Leidensdruck etc.

II.5 Der koordinierte Therapieablauf

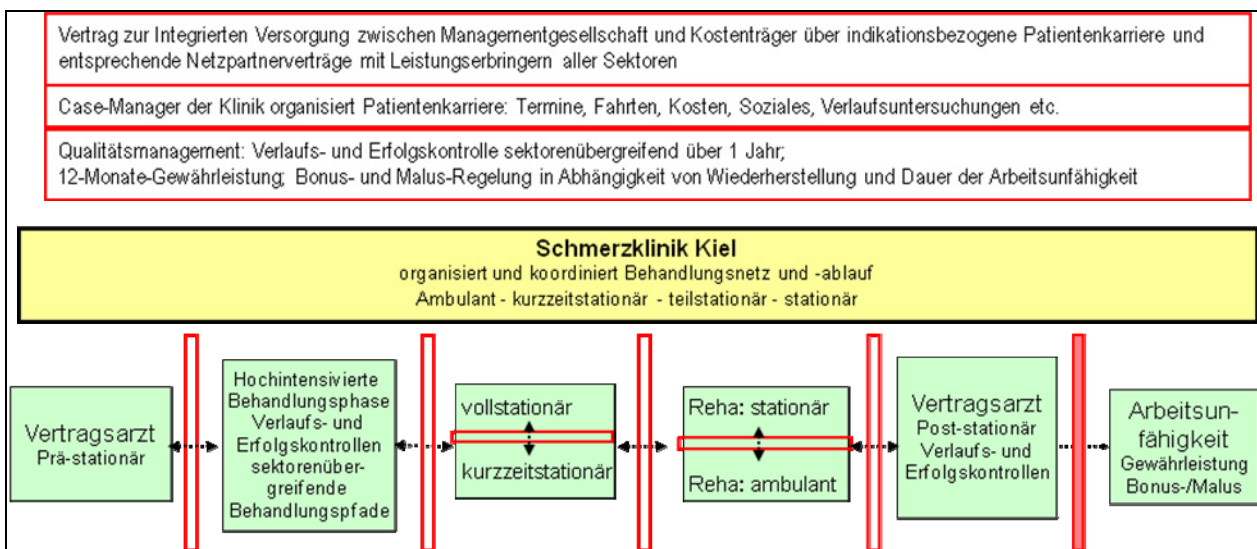
Die integrierte Versorgung umfasst drei Phasen, die eng koordiniert sind:

- **Phase I:** Spezialisierte Diagnostik, professionelles Screening, Auswahl der sektorenübergreifenden Behandlungspfade, Behandlung vor Ort
- **Phase II:** Sektorenübergreifende neurologisch-verhaltensmedizinische Behandlung
- **Phase III:** Ambulante Verlaufs- und Erfolgskontrolle, sektorenübergreifendes Monitoring des Therapieverlaufs

Der generelle therapeutische Grundsatz der Konzeption ist eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten [9]. Schwer betroffene Patienten sollen schnell und ohne Zeitverzug mit einer zeitge-

mäßigen klinischen Diagnostik und einer effizienten Therapie versorgt werden. Aufgrund strukturierter Behandlungspfade, die auf evidenzbasierten wissenschaftlichen Therapieleitlinien basieren, soll eine hohe Erfolgswahrscheinlichkeit der Behandlung erzielt werden und Komplikationen sowie Chronifizierungen der Erkrankungen mit langfristigen und hohen Folgekosten vermieden werden. Zum Eintritt in die integrierte Versorgung sind operationalisierte Ein- und Ausschlusskriterien definiert, die sektorenübergreifende Schnittstellen im Rahmen der integrierten Versorgung beschreiben und die jeweiligen Aufgaben der verschiedenen Beteiligten festlegen. Patienten sollen einerseits nicht zu früh aus dem ambulanten Bereich in die stationäre Versorgung übergeführt werden. Um dies zu ermöglichen, wird eine Interaktion zwischen der stationären Behandlung und dem ambulanten Sektor geschaffen. Individuelle Beratung von niedergelassenen Vertragsärzten durch Ärzte des akutstationären Bereiches sowie ambulante Voruntersuchungen zur Überprüfung der Aufnahmeindikation und ggf. zur Vermeidung einer stationären Behandlung mit Aufstellung eines Therapieplanes gemeinsam mit dem niedergelassenen Vertragsarzt sollen dies ermöglichen. Andererseits soll jedoch eine schnelle stationäre Aufnahme die weitere Chronifizierung und die Entstehung von Komplikationen vermeiden. Die sektorenübergreifende Integration von rehabilitativen und vollstationären Behandlungsmaßnahmen ermöglicht die nachhaltige Aufrechterhaltung des Therapieerfolges. Im gesamten Behandlungsverlauf wird eine hohe fachliche Qualifikation der Behandler realisiert. Eine kontinuierliche Fortbildung der Teilnehmer an der integrierten Versorgung in regelmäßigen Abständen sowie die kontinuierliche Interaktion und Spezialisierung im Behandlungsbereich sollen dies gewährleisten. In speziellen Fällen kann zudem die Expertise spezialisierter Netzpartner in Anspruch genommen werden. So ist im Bereich der neuroradiologischen Diagnostik die Sektion Neuroradiologie und im Bereich der spezialisierten neurochirurgischen Therapie die Klinik für Neurochirurgie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein Netzpartner.

Abbildung 2: Schmerzlinik Kiel als Managementgesellschaft der integrierten Versorgung Kopfschmerz (IV-K) - Organisation des Behandlungsnetzes



Die regionale Regelversorgung wird durch das IV-Konzept nicht verändert oder gar ersetzt, sie kann selbstverständlich weiter wie bisher genutzt werden. Ziel darüber hinaus ist u. a. die weitere Professionalisierung der ambulanten Therapie durch Spezialisierung. Schmerzpunktpraxen, die insbesondere die Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V erfüllen, können überregionale Netzpartner werden. Die Techniker Krankenkasse vergütet den besonderen Zeitaufwand für die ambulante Therapie. Das Konzept zielt insbesondere auch auf die Behandlung aller Versicherten ab, die bei den ambulanten Leistungserbringern verbleiben und die nicht einer Behandlung in einem überregionalen Zentrum bedürfen. Die regionale Inanspruchnahme von Einrichtungen der Regelversorgung vor Ort steht frei. Effektive und zufrieden stellende Therapie dort erübrigt weitere Maßnahmen.

Die integrierte Versorgung bei Kopfschmerzen eröffnet jedoch zusätzlich den kooperierenden Netzpartnern, die sektorenübergreifende koordinierte Behandlung in ihr spezialisiertes Behandlungsspektrum mit aufzunehmen und in Anspruch zu nehmen und. Diese Inanspruchnahme kann sich auf die Vermittlung von Behandlungspfaden, konsiliarischer Beratung, sektorenübergreifende Therapieplanerstellung bis hin im Bedarfsfall zur hochintensivierten multimodalen neurologisch-verhaltensmedizinischen Schmerzbehandlung erstrecken.

II.6 Nutzen

Die Versicherten nehmen die zentrale Stelle im Versorgungsprozess ein und ihr Nutzen steht im Vordergrund. Aus der integrierten Versorgung ergeben sich für die Patienten folgende Vorteile:

- Optimierte Behandlung auf aktuellem wissenschaftlichen Stand
- Sektorenübergreifende spezialisierte Behandlungspfade
- Integrierte Screening- und Nachsorgeuntersuchung
- Organisierte Behandlungskette
- Koordinierter und integrierter Übergang ambulant, stationär, rehabilitativ
- Fortlaufende Evaluation

Für den Kostenträger steht die effizientere Versorgung und Erhöhung der Zufriedenheit des Versicherten durch innovative Zusatzleistungen im Vordergrund. Die Versichertengemeinschaft profitiert zudem von der Kostenreduktion. Der Nutzen schließt ein:

- Evaluierte Therapie mit hoher Wirksamkeit und effizientere Versorgung
- Erhöhung der Zufriedenheit der Versicherten
- Verringerung der Wartezeiten, Verkürzung der Arbeitsunfähigkeit
- Kostenreduktion
- Angebot über die Regelversorgung hinaus (Prinzip: „Leistung und mehr“)

Für die beteiligten Vertragsärzte stehen die sektorenübergreifende Kooperation mit Reduktion organisatorischer Defizite und die Optimierung der Professionalität im Vordergrund. Administrative Aufgaben werden reduziert und eine verbesserte Wirtschaftlichkeit der Behandlungsprozesse durch hohe Spezialisierung erreicht werden. Seit Start des Konzeptes nehmen mittlerweile rund bundesweit 220 spezialisierte Praxen am Behandlungsnetz teil. Die Vorteile:

- Sektorenübergreifende Kooperation
- Reduktion organisatorischer Defizite
- Optimierung der Professionalität
- Erhöhte Effizienz durch kontinuierliche Fortbildung, evaluierte Behandlungspfade und Spezialisierung
- Wettbewerbsvorteil durch höhere Spezialisierung
- Zusätzliche Vergütung der speziellen Leistungen zur Regelversorgung

3. Die Zukunft der integrierten Versorgung

Die Vernetzung der einzelnen Sektoren optimiert die Versorgungsqualität, wenn sie über Finanzierungsmodelle gestützt wird. Die Zukunft integrierender Patientenversorgung geht dabei von indikationsbezogenen zu fachgebietsspezifischen Versorgungsverträgen genauso wie von punktuellen Verträgen bis hin zur Entwicklung regionaler Versorgungslandschaften. Abgestufte Versorgungsangebote organisieren sich in überregionalen Netzwerken, auch und insbesondere unter Einbindung universitärer Medizinkompetenz.

Eine funktionierende, integrierende Versorgung in Deutschland wird die Gesundheitspolitik ermutigen, die sektorenübergreifende Versorgung gesetzlich weiterzuentwickeln, Güte- wie Prüfkriterien zu entwickeln und rechtliche Voraussetzungen für die Weiterführung zu schaffen. In der Gesundheitsverwaltung, insbesondere bei den Kostenträgern, bedarf es einiger Neustrukturierungen, um die Kosten sowohl Patienten- als auch Leistungserbringer- und Sektorbezogen zuzuordnen (datenbank-basierte Kostenträgerrechnungen) [4]. Nur so können die Krankenversicherungen zukünftig parallel sektororganisierte und sektorübergreifende Versorgung übersichtlich managen und die „Anschubfinanzierung“ für integrierende Versorgung ablösen.

Literatur

1. Rüschemann, H.-H. und C. Roterling, "Park-Klinik Manhagen": *Erstmals therapiebezogene Fallpauschalen (PMC's) in der Bundesrepublik Deutschland*. In: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 9/1991, 12 Abbildungen, S. 15-22
2. Roth A.: *Erfolgsrechnung und -bewertung vernetzter Praxen in Schleswig-Holstein*. In: Preuß K.J., Rübiger J., Sommer J.H. (Hrsg.): Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle. Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA. 2002, Schattauer Verlag, Stuttgart, New York, S. 80 – 99
3. Roth A., Rüschemann H.-H. *Verträge von Krankenkassen mit Leistungsanbietergruppen am Beispiel von medizinischen Netzwerken*. In: Klusen N, Straub C (Hrsg Techniker Krankenkasse): Bausteine für ein neues Gesundheitswesen – Technik, Ethik, Ökonomie; Beiträge zum Gesundheitsmanagement Band Nr. 6. 2003, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden, S. 133-148
4. Rüschemann H.-H., Roth A. und C. Krauss: *Integrative Versorgungsplanung*. In: Klauber J, Robra B.-P., Schellschmidt H: Krankenhaus-Report 2005. Schwerpunkt: Wege zur Integration. 2006, Verlag Schattauer Stuttgart, New York, S. 101-116
5. Roth, A. und H.-H. Rüschemann, *Karrieren chronisch schmerzkranker Patienten in Schleswig-Holstein. Wirkungen einer Modellintervention auf Leistungsanspruchnahme, Kosten, Arbeits- und Sozialsituation sowie Lebensqualität*. 2002, Kiel: Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen GSbG. 1-228.
6. Göbel, H., M. Petersen-Braun, und D. Soyka, *The epidemiology of headache in Germany: a nationwide survey of a representative sample on the basis of the headache classification of the International Headache Society*. Cephalalgia, 1994. **14**(2): p. 97-106.
7. Göbel, H. und Buschmann P., eds. *Schmerztherapie in Deutschland: Status und Perspektiven. Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der speziellen Schmerztherapie*. 1998, AOK Schleswig-Holstein: Kiel. 1-184.
8. Göbel, H., *Die Kopfschmerzen. Ursachen, Mechanismen, Diagnostik und Therapie*. 2. Auflage 2004, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer Verlag. p. 1-846
9. Göbel H, Heinze A, Heinze-Kuhn K, Roth A, und Rüschemann HH, *Characteristics of Patients in Headache Centres*. In: Jensen R, Diener HC, Olesen J: Headache Clinics. Organization, Patients and Treatment. Oxford University Press, 2007, p. 59-72

Autoren

Prof. Dr. Hans-Heinrich Rüschemann

Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen GSbG mbH
als Trägergesellschaft der Park-Klinik Manhagen
Kurhausstraße 1
25999 Kampen (Sylt)
Email: rueschmann@gsbg.de
www.gsbg.de, www.manhagen.de

Prof. Dr. Hartmut Göbel

Neurologisch-verhaltensmedizinische Schmerzlinik Kiel GmbH & Co. KG
als Managementgesellschaft der integrierten Versorgung Kopfschmerz (IV-K)
Heikendorfer Weg 9-27
24149 Kiel
Email: hg@schmerzklinik.de
www.schmerzklinik.de