

I. Einführung

Seit der Konsolidierung des gesundheitlichen Versorgungssystems in Deutschland nach 1945 bilden die Bemühungen um eine verstärkte Verzahnung, Abstimmung und Integration der gesundheitlichen Sektoren innerhalb der Gesundheitsreformen einen festen Bestandteil. Kaum ein Deutscher Ärztetag, eine gesundheitspolitische Anhörung, ein Treffen der Gesundheitsminister, eine Vertreterversammlung eines ärztlichen Verbandes etc. hat in diesen letzten 50 Jahren stattgefunden, ohne daß entsprechende Beschlüsse zu diesem Themenbereich gefaßt worden sind. Ein breiter Konsens über die Lösung dieses nach wie vor drängenden Problems ist allerdings nicht absehbar.

Der nachfolgende Vorschlag, der eine personell integrierte ärztliche Versorgung zum Ziel hat, nimmt für sich in Anspruch, bei seiner Umsetzung die bewährten Prinzipien und Strukturen des deutschen Gesundheitswesens im Grundsatz zu erhalten und zielorientiert, aber systemkonform weiterzuentwickeln. Das Modell erhält das hohe Leistungsniveau einer spezialisierten Medizin und zielt konsequent auf die Ausschöpfung vorhandener Effizienz- und Effektivitätsreserven durch intensivierte Leistungsabstimmung. Die Sicherung der Behandlungskontinuität der Patienten und eine Verantwortung aus einem Guß ist ebenfalls Ziel dieses Organisationsmodells. Des weiteren orientiert sich dieser Ansatz konsequent am Erhalt des Prinzips des Freien Berufs und strebt eine strukturelle Stärkung der Kollegialität und Kooperationsbereitschaft innerhalb des ärztlichen Berufes an.

Eine solche Lösung, die aus der Selbstverwaltung heraus erwachsen ist, erscheint zwingend, da das deutsche Gesundheitswesen aus und mit der Selbstverwaltung seine Leistungsfähigkeit gewonnen hat. Angesichts des speziellen Gutes "Gesundheit" hat sich die Vertragsverantwortung von Institutionen – auf der Basis gesetzlich zugewiesener Aufträge – bewährt.

Um es auf den Punkt zu bringen: Die gemeinsame Selbstverwaltung, die krankenkasseninterne Selbstverwaltung und die Selbstverwaltung innerhalb des ärztlichen Berufsstandes sind Teil der Erfolgsstory des deutschen Gesundheitswesens und – das machen alle internationalen Einschätzungen deutlich – eine wesentliche Voraussetzung des hohen Versorgungsniveaus.

Modell für eine personell integrierte ärztliche Versorgung

Der bestehende Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Versorgung sollte auf die ärztlichen Leistungen im stationären Versorgungssektor erweitert werden.

von Jörg Hoppe

Der folgende Vorschlag orientiert sich insofern an einer konsequenten Weiterentwicklung dieses Gedankens der (ärztlichen) Selbstverwaltung, die sich im Zusammenspiel mit staatlicher Rahmenverantwortung und (bisher) leistungsgerechter Vergütung (Marktelemente) als Erfolgsmischung erwiesen hat. Es besteht im übrigen ein weitgehender Konsens in der gesundheitspolitischen Diskussion dahingehend, daß rein staatliche Eingriffe zur Lösung des Problems einer verstärkten Verzahnung bzw. Integration der gesundheitlichen Versorgung inadäquat sind (Fach- und Sachferne, Überregulierung und Bürokratie, Kooperationen sind nicht anzuordnen) und, daß reine Marktmodelle ebenfalls nicht zu brauchbaren Ergebnissen

führen werden: Die negativen Konsequenzen eines verstärkten, weitgehend unregulierten Wettbewerbs zwischen den Kostenträgern um Versicherte und zwischen den Leistungserbringern um Patienten werden erst in Ansätzen deutlich (Risikoselektion, systematische Benachteiligung sozial schwacher Gruppen, Ausgrenzung aufwendiger Versorgungsleistungen etc.) und lassen sich mit der schmückenden Umschreibung solidarischer Wettbewerb nur unzureichend kaschieren.

II. Inadäquate Ansätze

Der Versuch, eine personell integrierte ärztliche Versorgung, die den ambulanten und stationären Bereich vollständig umfaßt, zu entwickeln, basiert auch auf der Erkenntnis, daß sowohl die bisherige Praxis der Zusammenarbeit als auch die in die Diskussion eingebrachten Verzahnungsmodelle keine befriedigende Problemlösung erreichen konnten bzw. versprechen.

Die Entwicklung und der Ausbau der **belegärztlichen Versorgung** klassischer Provenienz ist zweifelsohne eine systemkonforme Variante der Integration ärztlicher Leistungen und findet sich in allen Programmen der deutschen Ärzteschaft wieder. Selbstkritisch wird man allerdings angesichts der tatsächlichen Erfahrungen mit diesem Verzahnungsinstrument feststellen müssen, daß sein Problemlösungsbeitrag begrenzt ist und aus den verschiedenen Gründen tendenziell abgenommen hat: Es ist trotz aller Bemühungen nicht gelungen, die belegärztliche Versorgungskomponente in der Krankenhauspla-

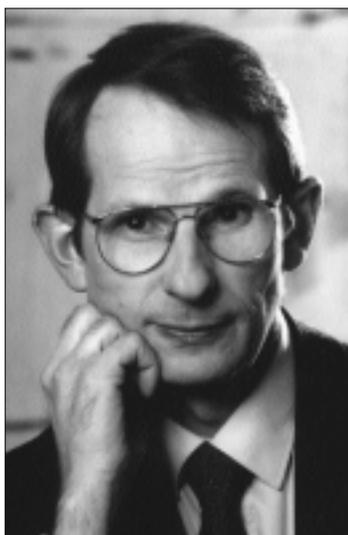
nung zu stärken bzw. die Motivation niedergelassener Ärzte an der belegärztlichen Versorgung auszubauen.

Ähnlich verhält es sich mit der zweiten systemkonformen und ärztlicherseits bisher präferierten Verzahnungsalternative: Die einseitig von den für die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung zuständigen KVen erteilten **persönlichen Ermächtigungen** leitender bzw. speziell qualifizierter Kliniker. Auch hier zeigen die Erfahrungen der letzten Jahre und Jahrzehnte, daß es aufgrund der spezifischen, zum Teil künstlich verstärkten Interessengegensätze zwischen klinisch und niedergelassen tätigen Ärzten nicht zu einer befriedigenden Entwicklung gekommen ist, und daß trotz gesetzlicher Anpassungen in einigen KV-Bereichen deutliche Rückgänge der Zahl der Ermächtigungen zu verzeichnen sind.

Die Diskussion um die dritte Stufe der Gesundheitsreform hat eine Reihe weiterer, zum Teil aus dem Ausland entliehener Modelle der Integration und Verzahnung eingeführt. Dazu gehören insbesondere zwei Vorstellungen, die einer kurzen Betrachtung wert sind: Die (amerikanischen) Health-Maintenance-Organisations (HMOs) sowie die neuerdings insbesondere von den Krankenhausträgern und der SPD entwickelte (skandinavische) Vorstellung, das Krankenhaus zum umfassenden Gesundheitszentrum auszubauen.

Ohne auf alle Aspekte der Bewertung der Integrationsoption **Gesundheitszentrum Krankenhaus** eingehen zu können, wird man in jedem Fall feststellen müssen, daß mit einer solchen Kurskorrektur im deutschen Gesundheitswesen eine Reihe von Risiken verbunden sind, von denen die wesentlichen kurz in Erinnerung gerufen werden müssen: Einschränkung der Freiheit des Patienten, seinen persönlichen Arzt für die Behandlung auszusuchen, großbürokratische, institutionelle Strukturen bei der Leistungserbringung, Degradierung ärztlicher Leistung zur fachspezifischen Tätigkeit im Rahmen einer weitgehend anonymen Organisation (Erfüllungsgehilfe), Gefährdung der prinzipiellen Kostenvorteile einer gegliederten, dezentralen, ambulanten ärztlichen Versorgung sowie Gefährdung der Spezialisierungsvorteile der unterschiedlichen Sektoren (Prävention, Kuration, Rehabilitation) durch Vermengung in einer Großorganisation.

Mit den sog. **HMOs** haben diverse Staaten insgesamt eher ernüchternde Erfahrungen machen müssen, die sich im Kern alle auf einen Nenner reduzieren lassen: Jeder Leistungsanbieter und jede Organisation, die rentabel arbeiten will – innerhalb oder außerhalb des Gesundheitswesens – wird sich, wenn die Leistungserbringung



*Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe
ist Präsident der Ärztekammer
Nordrhein und Vizepräsident
der Bundesärztekammer*

tendenziell bestraft und die Nichtleistung belohnt wird, am unteren Rand der Versorgung eindringen und damit – aus deutscher Sicht – ein Leistungs- und Qualitätsniveau erreichen, das wir bisher für inakzeptabel gehalten haben.

Diese (unvollständige) Analyse der beiden umfassenden Integrationsmodelle zeigt aus meiner Sicht, daß beide für das deutsche Gesundheitswesen eher untauglich sind.

Als grundlegende Integrationsoption schlage ich deshalb eine Modifikation des Aufgabenfeldes der Kassenärztlichen Vereinigungen, nämlich die Ausweitung des Sicherstellungsauftrages auch auf den Krankenhaussektor und die Aufnahme aller Krankenhausärzte als freiberuflich tätige Ärzte in diese Vertragsärztlichen Vereinigungen vor.

III. Sektorübergreifender, integrierter Sicherstellungsauftrag einer Vertragsärztlichen Vereinigung

Die Erweiterungen des bestehenden Sicherstellungsauftrags für die ambulante ärztliche Versorgung auch auf die ärztlichen Leistungen im stationären Versorgungssektor sowie die Anpassungsnotwendigkeiten und die Konsequenzen für alle Beteiligten sind bereits Anfang der siebziger Jahre in Deutschland intensiv diskutiert worden. Diese ursprünglich auf eine Anregung von Prof. Herder-Dorneich (Köln) zurückgehende Idee ist als Denkmodell aus unterschiedlichen Gründen nicht verworfen, aber in der folgenden gesundheitspolitischen Diskussion auch nicht weiter verfolgt worden. Hauptgrund aus damaliger Sicht waren sicherlich primär die Probleme des Umstiegs in ein neues Versorgungsmodell; aus heutiger Sicht wird man feststellen können, daß damals (1970) der Problem- und Effizienzdruck nicht so stark gewesen sein kann, daß ein (revolutionär anmutender) Schritt dieser Art Konsens hätte finden können.

Über 25 Jahre nach dieser ersten, teilweise heftigen Diskussionsrunde befindet sich das Gesundheitswesen nicht nur in einem anderen Entwicklungsstadium, sondern auch unter sehr viel stärkerem politischen Erwartungsdruck, vorhandene Leistungsreserven auszureizen und objektive Gefährdungen der Behandlungskontinuität durch strukturelle Maßnahmen abzufedern.

Das Organisationsmodell einer personellen, integrierter ärztlichen Versorgung läßt sich wie folgt mit wenigen Strichen umreißen – mit Darstellung der Vorteile für das Gesundheitssystem insgesamt und die beteiligten Institutionen und Berufsgruppen.

1. In einer gesetzlich eingerichteten Körperschaft des öffentlichen Rechts (hier käme eine stärkere Integration zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern in Frage) sind alle approbierten Ärztinnen

und Ärzte eines Bezirks Pflichtmitglieder und garantieren in ihrer Gesamtheit für alle Leistungssektoren die ärztliche Versorgung in dem Umfang und der Qualität, die durch Gesetz und Rechtsprechung definiert sind.

- Die Mitglieder dieser ärztlichen Körperschaft haben grundsätzlich das Recht und die Pflicht, je nach Bedarf, Qualifikation und Organisationsbedingungen der Leistungserbringung sowohl im stationären als auch im ambulanten, ggf. rehabilitativen und präventiven, Bereich tätig zu werden. Eine Zuordnung zu einem einzelnen Leistungssektor sowie eine starre Quotierung der Ärzteschaft auf einzelne Sektoren a priori ist – auch angesichts des Wandels in der Medizin sowie der sich ändernden Nachfragepräferenzen der Patienten – nicht vorgesehen.
- Die ärztliche Körperschaft, die den umfassenden Sicherstellungsauftrag innehat, schließt mit den Krankenhausträgern über die Nutzung der Infrastrukturen, der Großgeräte und insbesondere der Bereitstellung aller nichtärztlichen Dienstleistungen (langfristige) Verträge, die sich nach den Bedingungen des objektiven, regionalen Bedarfs und den trägerspezifischen bzw. unternehmerischen Zielvorstellungen ebenso zu richten haben wie nach der Innovationsdynamik und der Innovationsrichtung der medizinischen Entwicklung. Den Krankenhausträgern entsteht hieraus der offensichtliche Vorteil, daß Langfristbindungen an einzelne Ärzte (Tarif- und Kündigungsrecht) nicht entstehen und damit eine sehr viel träger- und leistungs-spezifischere Einbindung ärztlicher Kompetenz erfolgen kann.
- Die im Krankenhaus in den einzelnen Abteilungen bzw. Kliniken tätigen Ärzte sichern im Rahmen des Versorgungsauftrages bzw. des Unternehmensziels des Krankenhauses die fachärztliche Versorgung im Kollegialprinzip (klinische Variante einer Gemeinschaftspraxis). Durch spezielle Verträge mit den Krankenhausträgern wird die Nutzung der Infrastruktur der technischen Geräte sowie der flankierenden professionellen Dienste vereinbart.
- Analog zum bisherigen Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante ärztliche Versorgung werden Fragen der Honorierung/Budgetierung, bis zu einem gewissen Grad auch die der Planung der Kapazitäten sowie die Form der (verschiedenen) Entgelte je nach Leistungsbereich im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung mit den gesetzlichen Kassen unter Beteiligung der Krankenhausträger vertraglich vereinbart. Die Rolle des Staates würde sich wie im ambulanten ärztlichen Bereich auf die Rechtsaufsicht bzw. ggf. im stationären Bereich auf die Setzung von Mindestnormen (Kapazitätsbereich) beschränken.

Diese wenigen Grundlinien eines Konzeptes einer personell integrierten ärztlichen Versorgung lassen zwei-

felsohne eine Reihe von Fragen offen: Das bereits angesprochene Übergangsprozedere, Fragen des Binnenverhältnisses zwischen akkreditierten Fachärzten und Krankenhausträgern, Anpassung im Bereich der Krankenhausfinanzierung und Kompatibilität der Finanzierungssysteme im ambulanten und stationären Bereich, Fragen der Verantwortung und Hierarchie im Krankenhaus, Alterssicherung der Ärzte etc. etc. Ich gehe aber davon aus, daß alle angesprochenen Fragen und Schwierigkeiten prinzipiell lösbar sind.

IV. Vorteils-/Nachteilsbilanz für die beteiligten Professionen und Institutionen

Aus dem Interessenwinkel der **Patienten** ermöglicht dieses Modell eine konsequente Umsetzung des Prinzips der freien Arztwahl, indem auch für den stationären Bereich – innerhalb der organisatorischen Gegebenheiten – dieses Recht eingeräumt wird bzw. bei belegärztlicher Tätigkeit die Behandlung in den Händen eines Arztes verbleibt. Dies bedeutet eine Verbesserung der Rechtsstellung des GKV-Patienten, der damit im Prinzip dem Privatversicherten gleichgestellt wird. Da es des weiteren voraussichtlich keine budgetinduzierten „Leistungsverschiebungen“ zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor mehr geben wird, ist davon auszugehen, daß Zahl und Ausmaß der Krankenhausaufenthalte für Patienten auf das unbedingt erforderliche Maß zurückgeführt und damit die Hospitalisierungseffekte deutlich vermindert werden können. Die neue ärztliche Körperschaft mit umfassendem Sicherstellungsauftrag wird darüber hinaus in allen Sektoren den Facharztstandard garantieren und so zu einer auf hohem Niveau stehenden homogenen ärztlichen Versorgung beitragen können.

Aus der Sicht der **Ärzteschaft** trägt dieses Organisationsmodell dazu bei, den zunehmenden Tendenzen der Institutionalisierung im Gesundheitswesen zu begegnen. Es ist ein durchschlagender Beitrag zur Stärkung der Freiberuflichkeit des Arztes, da ein Angestellten- bzw. Erfüllungsgehilfenstatus in einem Leistungssektor entfällt. Beides wiederum trägt zu einer auch von der Politik gewünschten Stärkung der (ärztlichen) Selbstverwaltung bei. Die integrierte ärztliche Versorgung wird mit großer Sicherheit das Verhältnis zwischen den ambulanten und klinisch tätigen Ärzten erheblich entkrampfen und über die Sicherung der Behandlungskontinuität, einer verbesserten Kooperation und einer erhöhten Kollegialität auch Effizienz- und Rationalisierungsreserven ausschöpfen können. Das Modell ermöglicht mit großer Wahrscheinlichkeit das Setzen sinnvoller und leistungsgerechter Anreize, die versorgungsübergreifend funktionieren und die zusätzlich dem Prinzip gerecht werden, daß das Geld der tatsächlichen Leistung zu folgen hat.

Daß eine integrierte ärztliche Qualitätssicherung sektorübergreifend erfolgen kann, versteht sich innerhalb dieses Denkansatzes von selbst, ebenso die Tatsache, daß eine Reihe von weiteren arztinternen, strukturellen Kon-

flikten durch die umfassend zuständige Körperschaft erleichtert zu lösen sein werden. Die integrierte Versorgung läßt darüber hinaus allen Vorstellungen von einer sinnvollen Arbeitsteilung (ohne arztgruppenspezifische Diskriminierung) freien Lauf. Daneben erübrigt sich ein ebenfalls seit 25 Jahren diskutiertes Problem im stationären Sektor von selbst: Das die Krankenhäuser kennzeichnende Prinzip der hierarchischen Verantwortung kann – und dies ist angesichts der medizinischen Entwicklung auch erforderlich – abgelöst werden durch ein flexibles, kollegiales Entscheidungs- und Verantwortungssystem, in dem den Patienten gegenüber die Klarheit der Zuständigkeit allerdings gewahrt bleibt.

Aus der Sicht der Ärzteschaft lassen sich natürlich auch einige Risiken ausmachen. Neben dem erforderlichen Umdenken existieren einige historisch gewachsene Privilegien, die nicht unangetastet bleiben können (Chefärzte alter Provenienz). Vielleicht ist der Status der Freiberuflichkeit mit den damit verbundenen Risiken für einige ärztliche Kollegen dem Angestelltenstatus nicht in allen Facetten vorzuziehen, und auch der Status der Ärzte in Weiterbildung sowie der Ärzte, die nur phasenweise ihre ärztliche Tätigkeit ausüben möchten bzw. können, ist noch zu klären. Auch dies muß aber lösbar sein.

Eine Analyse aus der Sicht der **Krankenhausträger** wird zu dem Ergebnis kommen, daß ohne Zweifel eine Neuorientierung des Selbstverständnisses und der Funktion der Krankenhäuser bzw. der Krankenhausträger zu erfolgen hat und insbesondere die (vermeintliche) Kompetenzminderung des Trägers im eigenen Haus Probleme bereiten dürfte. Aus der Sicht des Krankenhausträgers könnte auch die dann unterschiedliche Stellung der Gruppen des Krankenhauspersonals Schwierigkeiten mit sich bringen (Desintegration), und in jedem Fall ist mit einer schwierigen Übergangsphase von der alten zur neuen Rechtssituation zu rechnen. Vorteilhaft und positiv zu bewerten dürfte aus der Sicht der Krankenhäuser die Tatsache sein, daß der Krankenhausträger aus einem großen Bereich der Verantwortung für die Sicherstellung der stationären ärztlichen Versorgung entlassen wird, Haftungsrisiken sich für den Träger erheblich reduzieren, das Krankenhaus durch Abbau überkommener Hierarchien flexibler reagieren kann, und daß die im Krankenhaus tätigen Ärzte mit aller Wahrscheinlichkeit über eine höhere Leistungsbereitschaft verfügen werden. Der Arzt im Krankenhaus wird unter diesen Bedingungen stark daran interessiert sein, eine hohe Qualität zu erreichen, die Patienten- bzw. Kundenzufriedenheit anzustreben und so die eigene und die Zukunft des Krankenhauses auch in wirtschaftlicher Hinsicht zu sichern: Ein positiver Leistungswettbewerb um hohe Qualität wird die Folge sein.

Die **Krankenkassen** wird man darauf hinweisen können, daß dieses Organisationsmodell dem Prinzip der Stärkung der Selbstverwaltung mit Minderung des staatlichen Einflusses Rechnung trägt und sie in den Status als gleichberechtigten Partner in beiden Sektoren stellt. Das

Modell selbst enthält in sich die Entwicklung zur umfassenden monistischen Finanzierung und bietet für Kapazitätsanpassung (in jede Richtung) geeignete Voraussetzungen. Die Möglichkeit der freien Arztwahl bzw. die verbesserte Behandlungskontinuität wird die Zufriedenheit der Versicherten bzw. Patienten erhöhen.

Eine Bewertungsbilanz aus der Sicht der **Politik** dürfte ebenfalls positiv ausfallen. Die selbst eingestandenen Verantwortungsgrenzen und Steuerungsdefizite der Politik im Gesundheitswesen werden durch das Modell konstruktiv aufgegriffen und in ein stimmiges Modell der Selbstverantwortung der Beteiligten überführt. Das System ist prinzipiell geeignet, sich selbst zu steuern, garantiert allen Beteiligten etwa gleiche Rechte und Einflußmöglichkeiten, erhält den seit 1945 geltenden freiheitlichen Ansatz unseres Gesundheitswesens und entlastet die staatlichen Ebenen von diversen Aufgaben der Feinsteuerung. Die Erwartung, daß durch die verstärkte Kooperation und den Abbau von Effizienzreserven ein positiver Kosten- bzw. Ausgabeneffekt entstehen wird, dürfte nicht unrealistisch sein.

V. Fazit

Die dargelegten gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, die Grundlinien der Konstruktion eines solchen integrierten Versorgungsmodells sowie die (vorläufige) Analyse der Vor- und Nachteile aus der Sicht der betroffenen Professionen und Institutionen ist als Angebot für den Einstieg in eine weiterführende Diskussion gedacht. Ich gehe davon aus, daß eine faire und objektive Betrachtung, die sich insbesondere auf die bewährten Prinzipien des Gesundheitswesens in Deutschland sowie auf die Sicherung der Leistungsfähigkeit der gesundheitlichen Versorgung in Zukunft richtet, zu einer positiven Einschätzung gelangt. Diese Erwartung rechtfertigt die noch notwendigen Bemühungen um eine weitere Ausgestaltung eines solchen Systems der integrierten ärztlichen Versorgung.

Anschrift des Verfassers:

*Prof. Dr. Jörg Hoppe
Präsident der Ärztekammer Nordrhein
Tersteegenstr. 31*

40474 Düsseldorf