

Intersektorale Versorgung ohne Therapiebrüche

Forderungen der Arbeitsgruppe Intersektorale Versorgung im BMC

Ausgangslage

Die AG Intersektorale Versorgung des Bundesverbands Managed Care stellt fest, dass die bestehende Fragmentierung des Gesundheitssystems nach Akteuren, Leistungsspektren und Zuständigkeiten dem Patienteninteresse nach einem kontinuierlichen, effizienten und bedarfsgerechten Versorgungsprozess entgegensteht. Häufig kommt es am Übergang zwischen Sektoren zu Brüchen in der Versorgung, sei es durch inkonsistente Therapieverläufe, fehlende Informationen bei den unterschiedlichen Leistungserbringern, mangelnde Compliance der Patienten¹, fehlende Nachsorgetermine oder Wartezeiten bis zum Beginn einer Folgebehandlung. Patienten und ihre Angehörigen müssen sich mit hohem Aufwand im Dickicht der verschiedenen Leistungserbringer selbstständig zurechtfinden, weil sich die Versorgung nicht an ihrem Bedarf, sondern an bestehenden Prozessen der professionellen Akteure ausgerichtet hat². Dies geht zu Lasten der Versorgungsqualität sowie -effizienz und erhöht nicht selten das Patientenrisiko, weil die Therapie erheblich von evidenzbasierten Leitlinien abweicht.

Ziel muss eine Versorgungsstruktur sein, die in erster Linie am Patientenpfad ausgerichtet ist und damit Therapiebrüche vermeidet. Historisch gewachsene Strukturen können dabei allenfalls im Hintergrund zur Organisation der Versorgung aufrechterhalten werden. Für den Patienten sollten sie nicht sichtbar sein und keine Hürde für seine optimale Therapie darstellen. Eine solche intersektorale Versorgung im Sinne eines **Schengenraumes für Patienten** ist heute noch eher die Ausnahme als die Regel im deutschen Gesundheitswesen.

Konkret definiert die AG eine intersektorale Versorgung als einen kontinuierlichen Behandlungsprozess über mindestens eine Sektorengrenze, ggf. auch über die Grenzen der Sozialgesetzbücher hinweg, der sich am Versorgungsbedarf des Patienten orientiert. Eine gemeinsame Versorgungsverantwortung soll einen kontinuierlichen, ressourcenschonenden Versorgungsprozess unter Berücksichtigung von u.a. Behandlungspfaden oder Leitlinien gewährleisten. Dafür braucht es ein Versorgungsmanagement, das Koordination, Kommunikation und Kooperation über die jeweiligen Grenzen hinaus gewährleistet.

1 Zur Vereinfachung des Leseflusses wird in diesem Papier nur ein Geschlecht gewählt. Die Arbeitsgruppe Intersektorale Versorgung spricht sich für den Einbezug aller Geschlechter aus.

2 Siehe Gutachten des SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ (https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf).

Forderungen für eine patientenorientierte intersektorale Versorgung

Die AG hat folgende Anforderungen an eine intersektorale Versorgung im Sinne der obigen Definition und unter Berücksichtigung der speziellen Angebotsstrukturen im Gesundheitswesen entwickelt:

Der Bedarf an intersektoraler Versorgung ist heterogen und muss entlang von Krankheiten, Patientengruppen und -merkmalen definiert werden. Die bisherigen Erfahrungen in einigen Leistungsbereichen (Beispiele: Psychiatrische Institutsambulanzen, spezialisierte ambulante palliative Versorgung, postakute Schlaganfallversorgung, sektorenübergreifende Netzwerke von Arztpraxen und Krankenhäusern, Belegarztwesen) zeigen, dass intersektorale Versorgungsstrukturen auch regional unterschiedlich ausfallen müssen.

- Intersektorale Versorgung kann – je nach Bedarf und Versorgungssituation – neben medizinischen auch pflegerische und soziale Leistungen umfassen und erfordert dann eine interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit.
- Um eine intersektorale Versorgung im Sinne eines Schengenraums für Patienten zu realisieren, braucht es geeignete rechtliche, ökonomische und finanzielle Voraussetzungen. Die Anreize sind so zu setzen, dass intersektorale Leistungen nicht für sektorenspezifische Interessen instrumentalisiert werden.
- Unabdingbar für eine intersektorale Versorgung müssen relevante Patientendaten mit ihrem Einverständnis allen am Versorgungsprozess Beteiligten unmittelbar zur Verfügung stehen.

1. Versorgungsplanung

Mit Hilfe der Versorgungsplanung muss eine kontinuierliche intersektorale Versorgung gefördert und ermöglicht werden. Die Versorgungsplanung muss sich konsequent orientieren an der Frage: „Wird den Patienten ein niedrigschwelliger Zugang zu einer bedarfsgerechten Versorgung ermöglicht?“

Die Aufgaben der Versorgungsplanung sind, existierende und neue Versorgungsangebote unter dem Gesichtspunkt zu evaluieren, ob sie den Bedarf aus Sicht des Patienten abdecken sowie zu einer gemeinsamen und einheitlichen Versorgung beitragen und wirtschaftlich tragfähig sind.

Zu der konkreten Umsetzung einer Versorgungsplanung gehören folgende Elemente:

- Auf Basis von Routinedaten und ergänzender Versorgungsforschung müssen kontinuierlich Versorgungsbedarfe ermittelt werden. Variablen können u.a. Merkmale der Patientenpopulationen, Menge und Art der Leistungsanspruchnahme, sowie Krankenhausaufenthalte in den einzelnen Regionen sein.
- Art und Umfang von intersektoraler Versorgung für entsprechende Patientengruppen müssen unter Berücksichtigung von Krankheit und Patientenmerkmalen sowie orientiert an Leitlinien definiert werden.
- Die Versorgungsplanung muss Transparenz über den regionalen Versorgungsbedarf sowie den erforderlichen Leistungsumfang schaffen und Planungssicherheit für potentielle Anbieter schaffen.

2. Vergütungssystematik: Anreize schaffen für eine koordinierte intersektorale Versorgung

Intersektorale Versorgungsstrukturen lassen sich im deutschen Gesundheitssystem nur mit einer geeigneten Vergütungssystematik etablieren. Die Vergütungssystematik soll:

- am Bedarf des Patienten orientiert und
- an Qualität ausgerichtet sein,
- Anreize für eine gemeinsame und einheitliche Versorgung schaffen und
- Koordinations- und Betreuungsleistungen als eigenständige Leistungen finanzieren,
- regionale Gegebenheiten berücksichtigen und
- Prävention und Gesundheitskompetenz fördern.

Die Vergütungssystematik soll für einzelne Akteure keine Anreize zur Leistungs- oder Mengenausweitung setzen, sondern Versorgungsqualität und Gesunderhaltung der Patienten honorieren. Die bestehenden Vergütungssysteme DRG und EBM greifen hierfür zu kurz. Regionale Besonderheiten können eine bundesweit standardisierte Vergütungssystematik ergänzen oder in Pilotprojekten erprobt werden.

3. Koordination der Versorgung

Intersektorale Versorgung wird über Kooperation und Integration von Versorgungsstrukturen einerseits und Informationsweitergabe, Koordination und Steuerung von Patienten andererseits umgesetzt. Koordination und Steuerung von Patienten kann durch ein Case Management z.B. in der Form von Patienten- bzw. Gesundheitslotsen unterstützt werden. Die Aufgaben des Case Managements umfassen z.B. die sozialmedizinische Anamnese, das Erstellen und Initiieren eines individuellen Hilfs- und Unterstützungsplans, die Koordinierung der Maßnahmen und der beteiligten Professionen, das Monitoring der Maßnahmen, deren Wirkungskontrolle, die Stärkung der Gesundheits- und Selbstmanagementkompetenz der Patienten und ihres Umfeldes sowie die Beratung und Information der Patienten.

- Der Zugang zum Case Management soll niederschwellig sein, das kann z.B. durch Verordnung durch den Haus- und Facharzt, durch das Entlassmanagement des Krankenhauses oder in Form einer Einsteuerung durch die Krankenkasse erfolgen.
- Das Case Management soll die verschiedenen an der Versorgung beteiligten Gesundheitsberufe (interdisziplinärer Versorgungsbedarf) einbeziehen und deren Leistungen und Kompetenzen kennen.
- Das Case Management kann von verschiedenen Trägertypen (z.B. Leistungserbringer, Praxisnetze, (kommunale) Gesundheitszentren, öffentlicher Gesundheitsdienst oder Sozialverbände) angeboten werden.
- Das Case Management ist ein eigenständiger Baustein der intersektoralen Versorgung und muss in der Finanzierungssystematik zusätzlich berücksichtigt werden.

4. Datenaustausch/ Digitalisierung

Die Qualität einer intersektoralen Versorgung hängt wesentlich von einem funktionierenden Datenaustausch zwischen den an der Versorgung beteiligten Akteuren ab. Eine unmittelbar gepflegte elektronische Patientenakte (ePA) ist eine unabdingbare Voraussetzung. Parallel müssen digitale Technologien genutzt werden, um

- die Vernetzung zwischen den Leistungserbringern untereinander zu verbessern,
- Patienten den Zugang zur Versorgung und zur Koordination zu erleichtern und
- Patienten in die Lage zu versetzen, Ihre Versorgung selbständig und eigenverantwortlich mitzugestalten.

In diesem Zusammenhang ist darauf zu achten, dass Digitalisierung nicht nur verstanden wird als Überführung der bisherigen Werte und Prozesse in digitale Formate, sondern dass neue und systemintegrierende Versorgungspfade digital abgebildet und unterstützt werden müssen.

Die Möglichkeiten und die Qualität einer intersektoralen Versorgung werden wesentlich von den technischen Lösungen abhängen.

Berlin, den 04. November 2019

Über die Arbeitsgruppe

In der 2018 gegründeten Arbeitsgruppe Intersektorale Versorgung sind Vertreter aus nahezu allen Bereichen des Gesundheitswesens, u. a. ambulante und stationäre Leistungserbringer, Kostenträger und Industrie, vertreten. Die AG bekennt sich zu einem pluralen und an wettbewerblichen Grundsätzen orientierten Gesundheitswesen. Seitens des BMC wurde die Arbeitsgruppe durch Benjamin Azadi und in der finalen Erstellung von Malte Behmer begleitet.

AG-Leiter:

Dr. Ursula Hahn [OcuNet GmbH]

Prof. Roger Jaeckel [Baxter Deutschland]

Dr. Albrecht Kloepfer [Büro für gesundheitspolitische Kommunikation] (stellvertretender AG-Leiter)

Ulf Werner [OptiMedis AG] (stellvertretender AG-Leiter)