

individuelle Anreize gesetzt werden, die beim Leistungserbringer ein Interesse schaffen, den Patienten mit möglichst geringem Mitteleinsatz gesund zu halten. Ein einfaches Beispiel wäre die Ablösung der Einzelleistungshonorierung durch eine Kopfpauschale, die der Arzt je Patient unabhängig von erbrachten Leistungen erhält.

5. Versorgungsstrukturen morgen: Netzwerke als integrierte Versorgungssysteme als ein Ausweg aus der Krise

Die Anforderungen an zukunftsfähige Versorgungsstrukturen und den dafür notwendigen institutionellen Rahmen wurden im vorangegangenen Abschnitt auf abstrakter Ebene skizziert. Im folgenden soll dargelegt werden, wie solche Strukturen konkret aussehen könnten. Es sei allerdings darauf hingewiesen, daß es sich dabei nicht um eine Patentlösung handelt, sondern um einen möglichen Ansatz, der sich dann in einem Wettbewerb vielfältiger Versorgungsstrukturen zu bewähren hätte.

Grundlage der im folgenden vorzustellenden Struktur ist der Netzgedanke. Leistungserbringer – seien es niedergelassene Ärzte, seien es Krankenhäuser oder auch Apotheker – agieren nicht mehr als Einzelkämpfer⁽¹⁾ am Gesundheitsmarkt, sondern schließen sich bewußt mit anderen Leistungserbringern zusammen. Auf diese Weise läßt sich eine integrierte Versorgungsstruktur implementieren, für die im Rahmen der GKV-Gesundheitsreform 2000 weitere rechtliche Voraussetzungen (§§ 140 a-h SGB V) geschaffen worden sind.

Der entscheidende Vorteil solcher Netze besteht darin, daß die sektorale Trennung aufgehoben ist und stattdessen eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung angeboten wird. Ein entsprechendes Modell könnte folgendermaßen aussehen: Ein Versorgungsnetz besteht aus einem Krankenhaus, verschiedenen niedergelassenen Ärzten (Allgemein- und Fachärzten), Apothekern, Pflegeeinrichtungen und Fachhändlern. Das Netz wird sich in der Regel aus Praktikabilitätsgründen regional abgrenzen, sich z.B. auf eine bestimmte Stadt beschränken; im Zentrum des Netzes könnte das jeweilige Krankenhaus stehen. Eine Krankenversicherung kann mit dem Versorgungsverbund einen Vertrag abschließen, der es ihren Versicherten gestattet, sich von diesem Netz medizinisch betreuen zu lassen. Das kann dergestalt geschehen, daß sich der Patient in das Netz einschreibt und dafür auf die Inanspruchnahme anderer Leistungserbringer verzichtet. Das Netz erhält dafür von der Krankenkasse eine jährliche Pauschale, für die es die vollständige medizinische Versorgung des Patienten sicherzustellen hat. Netzintern stehen den Leistungserbringern eine ganze Reihe von – im Rahmen von Managed Care-Systemen entwickelten – Managementinstrumenten zur Verfügung, mit denen sie die medizinische Versorgung optimieren und dadurch ihr Einkommen erhöhen können (Ansätze der Qualitätssicherung und -kontrolle, Case oder Disease Management und ähnliches). Voraussetzung einer solchen Lösung ist allerdings, daß Krankenkassen mit Ärzten oder Krankenhäusern (bzw. Gruppen dieser Leistungsanbieter) Direktverträge abschließen können (selektives Kontrahieren).

Welche Anreizstrukturen bringt ein solches System für die Akteure im Gesundheitswesen mit sich? Die bisher vorherrschende Form der Einzelpraxis ohne systematische Kommunikations- bzw. Kooperationsbeziehungen mit anderen Leistungserbringern waren mit dem Mangel verbunden, daß Ärzte ihre Behandlungsweisen kaum mit Kollegen absprechen konnten oder auf den neuesten Stand bringen konnten; eine kritische Diskussion der Therapieansätze fand und findet kaum statt. Folge war eine Art „Blindflug“ der Ärzte. In einem Netz ist dies anders. Institutionalisierte Kommunikations-, Kooperations- und Kontrollstrukturen sorgen dort dafür, daß die Leistungserbringer die Behandlungen eng aufeinander abstimmen, wechselseitige Verbesserungsvorschläge machen und versuchen, in

gemeinsamen Anstrengungen den neuesten Stand des medizinischen Wissens zu rezipieren (Beispiele sind Qualitätszirkel oder das Einholen von Zweitmeinungen). Gleichzeitig sind die monetären Anreize (durch interne Vereinbarung) so gesetzt, daß die Leistungserbringer für adäquate Leistung auch ein angemessenes Honorar erhalten, was durch oben genannte Managementinstrumente noch optimiert werden kann. Das bisherige System zersplitterter Einzelleistungen wird durch einen abgestimmten Behandlungsprozeß ersetzt, der sowohl nach Qualitäts- als auch nach Effizienzgesichtspunkten das aktuell verwirklichte System übertrifft.

Für die Versicherten ist diese „Einheit der Versorgung“ ein zentraler Gesichtspunkt, sich einem Netz anzuschließen und dafür teilweise Wahlfreiheit bei der Entscheidung über die Inanspruchnahme von Leistungen aufzugeben. Doppeluntersuchungen, überflüssige Arztwechsel und gesundheitliche Schäden durch nicht abgestimmte Therapien werden auf diese Weise vermieden. Zudem erhalten die Versicherten eine Garantie auf eine angemessene Versorgungsqualität. Die Krankenkassen können den Wirtschaftlichkeitsvorteil dieser Versorgungsformen in Form von Boni weitergeben und so einen weiteren Anreiz zur Einschreibung in Netze schaffen.

AUS DEM INHALT

***	Zum Thema „Im Netz der Versorgungsstruktur: gefangen oder aufgefangen?“ der diesjährigen 3. Elmauer Gespräche	77
<i>Oberender</i>	Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen: heute und morgen	77
***	Hochwirksame und gut verträgliche Kombinationstherapie beim metastasierenden Mammakarzinom	80
***	Lifetime vom 25. bis 28. Oktober 2001 in Frankfurt am Main	81
***	„Busenfreund 2001“ – ein Preis von mamazone für die Brustkrebsforschung	82
***	Amorolfin – effektiver topischer Wirkstoff bei Tinea pedis und Onychomykose	82
***	Sicher, schlank und voll im Trend	83
***	Gesundheit und Wellness für die Augen	84
***	Best of Both Worlds – Das Beste aus beiden Welten: BSN medical	85
***	Arzneimittel-Logistik mit Background	86
***	Postbank Business Giro: preiswert, übersichtlich, schnell	89
***	Smith & Nephew übernimmt moderne Wundversorgung von Beiersdorf	90
***	Apotheken-Spezialversicherung jetzt mit noch mehr Sicherheit bundesweit erhältlich	90
***	ScanSoft Europe kündigt OmniForm 4.0 Premium an	91
***	Sparen mit PC-Banking und den Online-diensten der DGN Service GmbH	91
	Wissenswertes f. d. Apotheker über pharm. Produkte	92
	Buchbesprechungen	95
	Aktuelles in Kürze	96
	Nachrichten aus Hessen	100
	Biografische Meldungen	101
	Apotheken-Betriebserlaubnisse	103
	Persönliche Nachrichten	104

(1) Leistungen können davon ausgeschlossen werden, wenn sie z.B. krankheitsfremd, individuell vorhersehbar oder vom Patienten beeinflussbar sind. Es sind noch viele weitere Kriterien denkbar, die aber politisch bestimmt werden müssen.