



Foto: Pixabay

## Kooperation und Integration

# Best Practice der intersektoralen Versorgung: Was gibt es, was geht?

Für eine moderne medizinische Versorgung dürfen Sektorengrenzen keine Hürde darstellen. Hierzulande werden jedoch sektorenübergreifende Versorgungsformen weiterhin nicht systematisch und konsequent gefördert. Doch immerhin gibt es eine Reihe von Leuchtturmprojekten, die in einem aktuellen Buch präsentiert werden.

Von Dr. Ulla Hahn

**Existierende intersektorale Versorgung ist gerade oder trotz der jahrzehntealten Diskussion eine Black Box. Wir wissen wenig über Strukturen, Inhalte und gestalterische Elementen von existierenden intersektoralen Versorgungslösungen. Mit unserem aktuellen Fachbuch zu Best-Practice Lösungen der intersektoralen Versorgung soll sich dies ändern.**

Als Herausgeberinnen lassen meine Co-Autorin Prof. Clarissa Kurscheid (FiGuS GmbH, Köln) und ich Protagonisten zu Wort kommen, die ihre jeweiligen Versorgungskonzepte, deren Nutzen und Herausforderungen und ihre Forderungen an Politik und Gestalter im Gesundheitswesen vorstellen. Die 28 Best-Practice-Beiträge lassen sich anhand von Kategorien zum einen zur Form der gemeinschaftlichen

Versorgung, dann der Rechtsgrundlage und zudem der Art der Akteure einordnen. Wir haben zudem ‚Gütekriterien‘ wie z.B. ‚Welchen Nutzen hat ihre Lösung für Patienten?‘ oder ‚Welche Herausforderungen sind besonders dominierend?‘ entwickelt: Sie dienen den Autorinnen und Autoren als Leitfaden zum Abfassen ihrer Beiträge, dem Leser als Handreichung, damit er sich die Beiträge strukturiert erschließen kann.

Das Fachbuch ist nicht nur als Bestandsaufnahme zu guten intersektoralen Versorgungslösungen konzipiert. Als Herausgeberinnen ist uns auch die Weiterentwicklung dieses Versorgungsbereichs ein Anliegen. Aufbauend auf den Portraits der Praktiker und entlang von Systematik und Gütekriterien werden Trends abgeleitet. Das Ziel: die Erfahrungen und Kenntnisse der Praktiker den Gestaltern im Gesundheitswesen zugänglich machen.

## Gemeinschaftliche Versorgung: Kooperation vs. Integration

Intersektorale medizinische Versorgung verlangt nicht nur eine Verzahnung von ambulanten und stationären Versorgern. Ärzte unterschiedlicher Fächer, Abteilungen bzw. Spezialisierungen und Angehörige anderer Gesundheitsberufe sind in die gemeinschaftliche Versorgung zu integrieren. Die Prototypen gemeinschaftlicher Versorgung unterscheiden wir entlang der Begriffe ‚Kooperation‘ und ‚Integration‘. Sind die Akteure jeweils wirtschaftlich selbständig, betreuen aber gemeinschaftlich einen Patienten, erfolgt eine gemeinsame Versorgung in Form einer Kooperation. Integration liegt vor, wenn die verschiedenen Aufgaben aus einer Hand z.B. unter einem unternehmerischen Dach erbracht werden. Die Strukturmerkmale Kooperation und Integration sind die (theoretischen) Endpunkte einer Bandbreite, in der Praxis sind Zwischenlösungen die Regel. Selbst die Klassiker unter den Kooperationslösungen – Praxisnetze – kommen nicht ohne eine steuernde Zentrale aus. Als Variante für die beiden Strukturprototypen Kooperation und Integration und als weiterer Ansatz für eine kontinuierliche Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg werden Lotsen eingesetzt. Als Intermediär und ‚Agent‘ des Patienten sollen Lotsen zu einer bedarfsnotwendigen und kontinuierlichen Versorgung beitragen.

### Kooperation im fragmentierten deutschen Gesundheitswesen

Im fragmentierten deutschen Gesundheitswesen ist Kooperation die quantitativ wichtigere Form der gemeinschaftlichen Versorgung. Entsprechend werden in der gesundheitspolitischen Diskussion (Praxis-) Netzwerke und integrierte Versorgungslösungen eher thematisiert als Integrationslösungen. In der ambulanten Versorgung – etwas anders ist es in der stationären Versorgung – sind Konsolidierung und Integration nicht Zielbild deutscher Gesundheitspolitik.

Tatsächlich präsentiert sich die Mehrheit der Best Practice-Beispiele als primär netzwerkliche Kooperationslösungen. Dabei handelt es sich um gesetzgeberisch normierte Lösungen wie die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung, ASV (Dengler, Vehling-Kaiser), Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung, SAPV (Klemm, Meyer) und Disease Management Programm, DMP (Diel, Wesselmann). Vertreter von klassischen Praxisnetzen beschreiben ihre Versorgungslösung an der Sektorengrenze, z.B. das Netz aus Praxen, Krankenhaus und KV in Lippe und Bielefeld (Weber, Dreyer, Liebe, Junker). Initiatoren von intersektoralen Kooperationen können aber auch Kostenträger sein, wie das knappschaftliche Prosper-Netz (Castrup, Hörter, Rückhardt) oder der Ansatz der Techniker Krankenkasse zu Hybrid-DRG (Manthey, Lehmann) zeigen. Ein anderer atypischer Akteur, der auf Kooperation zwischen eigenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Krankenhäusern setzt, ist das Unternehmen B. Braun Melsungen AG (Strotmann, Clarus). Modellhaft im Rahmen von Selektivverträgen oder dem Innovationsfonds initiierte intersektorale Netzwerke sind z.B. das Konzept der Schlaganfall-Lotsen des Projektes STROKE OWL (Brinkmeier) oder des ältesten integrierten und sektorenübergreifenden Selektivvertrags überhaupt zur Gefäßchirurgie (Mann, Röntgen, Janotta).

### Dr. rer. medic. Ulla Hahn

OcuNet GmbH & Co. KG, Geschäftsführerin  
der OcuNet Verwaltungs GmbH

Friedrichstr. 47  
40217 Düsseldorf  
Tel.: 0211 1793266  
Fax: 0211 1793267  
zentrale@ocunet.de  
www.ocunet.de



Foto: OcuNet

Viele der auf Kooperation basierenden Best Practice-Lösungen setzen Lotsen ein. Insgesamt neun von 28 Projekten arbeiten mit Case Managern (Brinkmeier), Lotsen (Brinkmeier), Fracture Liaison Service (FLS-)Nurses (Kammerlander, Hesse, Stumpf, Neuerburg, Böcker), Koordinatoren (Klemm, Meyer zu Berstenhorst), Netzwerkmanagern (Schrage, Ollmann, Schrage, Balloff, Becker), Gesundheitshelfern (Weber, Dreyer, Liebe, Junker) oder Fachassistenten (Braun).

### Integration überwindet Schnittstellen unter einem Dach

Lösungen zwischen Kooperation und Integration stehen für eine gemeinschaftliche Versorgung der voneinander unabhängigen Versorgungspartner, bei der auf institutionelle Autonomie zugunsten eines gemeinschaftlichen Untersuchungs- und Behandlungsprozesses verzichtet wird. Das kann etwa eine definierte Aufgabenverteilung innerhalb des Versorgungsprozesses bedeuten. Häufig versorgen die Partner auch an einem gemeinsamen Ort – in der Regel dem Gelände des Krankenhauses.

Definierte Aufgabenverteilung an einem Ort ist auch das Merkmal für den gemeinsamen Tresen in der ambulanten Notfallversorgung; die vorgestellte Lösung wurde lange vor der politischen Diskussion zur Neuordnung dieses Versorgungsbereichs konzipiert und umgesetzt (Vogt). Campuslösungen bündeln ambulante Praxen am Ort des Krankenhauses (Walter, Marte, Auner, Müller, Griewing), im Unterschied zu Ärztehäusern stehen Campuslösungen für eine medizinische und institutionelle Verzahnung der Versorgungsprozesse zwischen den Praxen untereinander und zum Krankenhaus. Ein Beispiel für eine örtliche und versorgungsbezogene Verzahnung jeweils einer einzelnen Großpraxis an Krankenhäusern wird mit dem Augenzentrum am St. Franziskus-Hospital in Münster (Mussinghoff, Koch, Nolte) und mit Rheumazentrum Ruhrgebiet (Braun) beschrieben. Eine weitere spannende weil gesetzgeberisch nicht vorkonfektionierte Form der gemeinschaftlichen Versorgung zwischen Kooperation und Integration leisten multidisziplinäre Tumorboards (Homayounfar), über Sektorengrenzen und Fachgruppen hinweg helfen sie Diagnostik und Behandlungen zu harmonisieren.

Die Integration ist um so ausgeprägter, je stärker die ambulante und stationäre Versorgung aus einer (ärztlichen oder institutionellen) Hand erfolgt. In der Pathologie – einem Fach, das nach eigener Aussage des Autors des Beitrags keine Sektorengrenzen kennt – (Kellner, Danebrock) wie bei belegärztlichen Lösungsansätzen liegt der ambulante und ▶



Foto: Pixabay

stationäre Versorgungsprozess in einer ärztlichen Hand. Belegärzte betreuen ihre Patienten sowohl ambulant als auch stationär, kooperieren bei der stationären Versorgung aber mit dem Krankenhaus. Beispiele aus dem Blickwinkel der belegärztlichen Praxis (Schneider, Mathey, Spang, Rieser) finden sich ebenso wie aus dem Blickwinkel des Belegkrankenhauses (Werner, Meyes). Für ein vergleichbares Konzept stehen Praxiskliniken (Rinke).

Gehören zu einem Träger sowohl ambulante und stationäre Versorgung und kann der gesamte Versorgungsprozess so aus einer Hand erfolgen, ist die höchste Integrationstiefe erreicht. Beispiele dafür sind die Intensivambulanz mit integrierter Tagesklinik Falkenried (Siemann, Peter, Lupke, Peter), die Ober Scharrer Gruppe, die neben einem Filialnetz von augenärztlichen Praxen und ambulanten Operationszentren auch die Verantwortung für Hauptabteilungen in der Augenheilkunde haben (Stauch-Eckmann, Will) und das Algesiologikum, das ambulante und stationäre Versorgungskapazitäten für Schmerzpatienten bereitstellt (Langenmaier, Thoma).

Auffällig und auch für die Herausgeberinnen überraschend war die Schwierigkeit, für vergleichsweise volumenstarke Varianten der sektorenübergreifenden Integration – konkret Ermächtigung, Hochschulambulanz und MVZ-Ketten in Krankenhausträgerschaft – Autoren zu finden. Eine Ausnahme ist eine psychiatrische Institutsambulanz, PIA (Ziereis). Hier gäbe es sicher noch einiges zu Aufstellung, Erfahrungen und Herausforderungen zu lernen.

### Spezifische und gemeinsame Herausforderungen

Die Art der Struktur der gemeinschaftlichen Versorgung – Kooperation und Integration – geht mit typischen Herausforderungen einher. Nahezu alle primär auf Kooperation gegründeten Projekte beklagen den hohen administrativen Aufwand, Datenschutz, Datenverarbeitung, die fehlende Datenverfügbarkeit und den hohen zeitlichen Einsatz für alle Beteiligten, aber vor allem für das Netzwerkmanagement. Als

weitere Hürden sehen sie gemeinsame Terminierung und Qualitätssicherung. Lösungen für die zahlreichen Sollbruchstellen der Kooperation sind häufig nur durch Umweg-Konstruktionen zu schaffen, die von den Autoren mal en detail, häufig aber nur in Andeutungen geschildert werden. Kooperation fordert eine entsprechende Versorgungskultur bei den handelnden Akteuren, auch hier hapert es (Simpfendörfer, Barczok, Bönig). Mal sind es die niedergelassenen Kollegen und Praxen, mal die Krankenhäuser, die die schon bei der Kooperationskonzeption und -implementierung nicht im notwendigen Umfang mitziehen.

Fehlende Vergütung für Kooperation und Management ist eine weitere wichtige Hürde. Die Gebührenordnungen für ambulante wie stationäre Versorgung stellen auf die einzelne am Patienten erbrachte Leistung ab, Koordination wird nicht explizit finanziert. Soweit es Finanzierungslösungen gibt (etwa im Rahmen von Innovationsfondsprojekten) besteht die Schwierigkeit darin, für die verschiedenen Kooperationsbeteiligten die jeweils angemessene und akzeptable Vergütung auszuloten. Der Einsatz von Lotsen wirft besondere Finanzierungsherausforderungen auf, denn es fehlt eine mittel- und langfristige Perspektive.

Kooperationslösungen – in geringem Maße aber auch Integrationslösungen – beklagen die (zu hohen) Anforderungen des Datenschutzes, die fehlende Digitalisierung und die Abschottung der verschiedenen Verwaltungssysteme. Weder dürfen Daten zwischen Krankenhausverwaltungssystem und Praxisinformationssystem transferiert werden (Datenschutz), noch können sie zwischen den verschiedenen Systemen transferiert werden (Hersteller verweigern Schnittstellen). Die traurige Bilanz lautet also: Der Markt hat versagt. Aktuell tut sich zwar einiges in diesem Bereich: So ist der Gesetzgeber gerade auf diesem Feld sehr aktiv, darüber hinaus hat die Pandemie Veränderungen in den Köpfen geschaffen. Aber an der Sektorengrenze hat sich bislang wenig weiterentwickelt.

Die Initiatoren von Integrationslösungen berichten seltener von Schwierigkeiten bei Abstimmungsprozessen, zugleich über höhere Fallzahlen und öfter über Evaluationen zu Qualität der Versorgung. Je stärker der Integrationscharakter einer Lösung und je größer die Zahl der versorgenden Ärzte und nicht-ärztlichen Mitarbeiter, umso häufiger werden jedoch Schwierigkeiten bei der Personalrekrutierung thematisiert.

Eine gemeinsame Klage vieler intersektoraler Best Practice-Lösungen sind die vom Gesetzgeber aufgebauten hohen administrativen Hürden, die unzureichende Umsetzung von gesetzlichen Spielräumen sowie die fehlende Planungssicherheit. Versorgungsorganisationen brauchen aber Planungssicherheit und Stabilität für finanzielle, zeitliche und personelle Investitionen und für die Etablierung des neuen Versorgungsansatzes bei Versorger-Kollegen und Patienten. Zu viel Aktivismus – wieder ein neues gesetzliches Instrument, wieder ein neues Innovationsfondsprojekt, das mit hohem Erwartungsdruck startet – schadet eher. Zumal die Debatte der letzten Jahre von Übertreibungen (mit Blick auf positive wie negative Entwicklungen) gekennzeichnet war.

Eine weitere Gemeinsamkeit der Lösungen ist erkennbar: Dass in der berufspolitischen Diskussion reflexartig Ertragsmaximierung als Motiv für jegliche Form des besonderen Engagements angenommen wird, lässt sich mit den Projektberichten nicht substantiieren. Die meisten der Protagonisten würden vermutlich bei einem mit dem in ihren Gruppen ‚üblichen‘ Versorgungsumfang ein besseres Aufwand-Nutzen-Verhältnis realisieren. Deutlich erkennbar geht es vielen darum, das Versorgungspotenzial ihres Faches oder ihrer Versorgungsebene auszuschöpfen – sie wollen im Sinne ihrer Patienten gut versorgen. Und sie verdienen Anerkennung dafür, dass sie sich in einem Feld versuchen und behaupten, das mehr Hürden als Erfolgserlebnisse bietet.

### Atypische Akteure stehen für innovative Impulse – mit Risiko

Träger der beschriebenen Best Practice-Lösungen sind vor allem klassische Akteure – sprich Vertragsärzte in Praxen und MVZ, Ärzte in Krankenhäusern oder Krankenhäuser selber. Insgesamt 20 Projekte stützen sich ausschließlich auf klassische Akteure. Einige Projekte wurden jedoch (auch) von atypischen Akteuren konzipiert bzw. werden im laufenden Betrieb von diesen verantwortet. Atypische Akteure, die die intersektoralen Versorgungsstrukturen konzeptionell entwickelt und aufgebaut haben, sind die Deutsche Krebsgesellschaft, ein Berufsverband in Kooperation mit einer IT-Gesellschaft, ein Konsortium aus Kassenärztlicher Vereinigung, Industrieunternehmen und einem Wissenschaftlichem Institut (Bertram, Püschner, Göhl, Schliffke, Petersen) und zwei Krankenkassen. Atypische Akteure, die zusätzlich die Träger-schaft für die Versorgung übernommen haben, sind eine MVZ-Kette mit Beteiligungskapital, eine Stiftung und ein Industrieunternehmen.

Lösungen unter Beteiligung atypischer Akteure sind häufiger durch ein höheres Maß an Integration gekennzeichnet, mit Blick auf Versorgungsstrukturen und Prozesse oft innovativer und interdisziplinärer. Dies scheint aus der Genese der Lösungen verständlich: Als Akteure, die nicht primär zu der weitgehend hermetischen medizinischen Versorgung gehören, müssen sie alternative Wege ausloten. Damit einher geht sowohl das Potenzial, Impulse für die Weiterentwicklung der Intersektoralen Versorgung zu setzen, als auch zu scheitern. So berichten Autoren von Best Practice-Beispielen mit atypischen Akteuren auch offen, dass sich ihre Planungen nicht oder nicht in dem geplanten Maße umsetzen lassen.

### Fazit

Dem bundesdeutschen Gesundheitswesen gelingen pragmatische Versorgungslösungen von sektoren- und berufsübergreifenden Kooperationen bis zur Integration aller Versorgungsaufgaben unter einem institutionellen Dach. Entgegen der oft erratisch geführten berufspolitischen Diskussion gibt es durchaus gute, erfolgreiche und sinnvolle Angebote der intersektoralen Versorgung. Es gibt nicht den einzelnen erfolgreichen Lösungsansatz, sondern vielmehr eine große Bandbreite an Strukturen und Protagonisten.

Die Auseinandersetzung mit den real existierenden Ansätzen lohnt sich – auch für die anstehenden politischen Herausforderungen. Sor-

tiert nach Kooperation und Integration sowie nach klassischen und atypischen Akteuren, lassen sich spezifische Herausforderungen und Trends erkennen. Aus dem gemeinsamen Interesse – der Weiterentwicklung der intersektoralen Versorgungslösungen – lassen sich vor allem zwei Wünsche ableiten: die unzureichende Datenverfügbarkeit schnell und konsequent anzugehen und die Analyse der Potenziale und Grenzen existierender Lösungen weiterzuentwickeln, um daraus Honig für die Gestaltung von mehr sektorenübergreifender Versorgung zu saugen. ◀