

Dipl. Psychologe Peter Zimmermann, Unternehmensleitung Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke
Dr. Hartmut Vehse, Niedergelassener Arzt aus Herdecke
Dipl. Volkswirt Günther Hahnke
Dr. Rainer Freiherr von Leoprechting, Wirtschaftswissenschaftler

Projekt 1: Perspektiven für eine gesundheitsorientierte Versorgung in der Region

In seiner Rede stellt Peter Zimmermann das „Modell Herdecke“ als Experiment zur Integration der Versorgung vor. Zimmermann greift Gerhard Kienles Begriff der Erkenntnisgemeinschaft auf und verbindet diesen mit der von Herrn Prof. Hoppe thematisierten ärztlichen Urteilskraft. Weiterhin erklärt Zimmermann die Zersplitterung im deutschen Gesundheitssystem im Zusammenhang der unterschiedlichen Strukturen von Krankenhäusern (Unternehmensstruktur) und den niedergelassenen Ärzten (organisierte Meisterbetriebe) sowie mit den völlig anderen Vergütungsformen. Da es aber gerade im Sinne des Patienten sinnvoll und erstrebenswert ist, wenn alle Beteiligten (Hausärzte, Fachärzte, Krankenhaus, Krankengymnasten, ambulante Pflegedienste, Apotheken usw.) integrativ zusammenarbeiten, wurde das „Modell Herdecke“ ins Leben gerufen.

Weiterhin schildert Zimmermann den bisher gelungenen Verlauf des Modellprojektes und führt diesen Erfolg auf die Stichwörter Vertrauens- und Beziehungsbildung mit den niedergelassenen Ärzten zurück.

Anschließend übergibt Herr Zimmermann das Wort an den niedergelassenen Arzt, Dr. Hartmut Vehse.

Dr. Vehse betont die gegenseitige Abhängigkeit der Leistungsbringer im Modell Herdecke. Zunächst referiert er über die Gründung und rechtliche Grundlage des am 1. Januar 2000 mit einer Laufzeit von acht Jahren gestarteten Modells. Vehse sieht im Modell Herdecke auch ein Mittel gegen das unkoordinierte Nebeneinanderstehen von hoch aufgerüsteten Versorgungssystemen: in der regionalen Kooperation und Vernetzung können erhebliche Ressourcen eingespart werden. Ganz klar sieht Dr. Vehse die regionale integrierte Versorgung als Zukunftsmodell und definiert diese als Vernetzung von Leistungserbringern verschiedener Versorgungsstufen zu einem System, in dem eine definierte Anzahl von Patienten aus einem gemeinsamen Budget heraus nach gemeinsamen Richtlinien versorgt wird. Nachdem er auf die Qualitätssteigerung und die finanziellen Einsparungen in der integrierten Versorgung eingeht, knüpft Dr. Vehse an die Rede Prof. Hoppes an und wendet sich dem Patienten zu. Hier sieht er für alle Kooperationspartner einen großen Aufklärungsaufwand: das neue System muss hinreichend kommuniziert und vermittelt werden. Zum Abschluss seiner Rede weist Dr. Vehse noch einmal darauf hin, dass Kosten hauptsächlich durch die Vermeidung von Krankheiten gespart werden und die Prävention deshalb unbedingt einen höheren Stellenwert erhalten muss.

Dr. Vehse übergibt dann das Wort an die Wirtschaftswissenschaftler Dipl. Volkswirt Günther Hahnke und Dr. Rainer Freiherr von Leoprechting. Von Leoprechting beginnt die gemeinschaftliche Rede mit den wirtschaftlichen Aspekten des Modellprojektes und erklärt, wie der VdAK (Verband der Ersatzkassen) dem System der

integrierten Versorgung eine Kopfpauschale gewährt. Das System mit seinen Leistungsträgern verspricht im Gegenzug den Versorgungsauftrag für die gesamte Region zu erfüllen. Beim Herdecker Modellprojekt soll es von Anfang an um 100.000 Versicherte gehen.

Hahnke spricht dann über die notwendige Kommunikation innerhalb des Systems zur integrativen Versorgung und lenkt das Augenmerk auf Elemente des Qualitätsmanagements, wie Fallkonferenzen und das Einholen von Zweitmeinungen, die im Krankenhaus praktiziert werden und nun auch an die niedergelassenen Ärzte herangetragen werden sollen. Wichtig ist Hahnke dabei, dass durch das Einsparen von Leistungen mit Hilfe von Qualitätsmanagement kein Missbrauch betrieben wird, d.h. das Modell der populationsbezogenen Versorgung soll nicht zur Leistungsverweigerung führen.

Von Leoprechting erläutert dann den Entschluss, das Modell als Aktiengesellschaft zu führen, vor allem um einen relativ flexiblen Anteilswechsel zu ermöglichen. Hahnke fügt hinzu, dass es natürlich wünschenswert ist, wenn viele der Leistungsbringer dann selber Gesellschafter, selber Aktionäre werden.

Insgesamt soll es im Modell Herdecke weniger Krankheitsfälle geben und mehr ambulante Leistungen. Wenn ins Krankenhaus eingewiesen werden soll, dann zu einem eingespielten Partner, dem kooperierenden Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke.

Hahnke erläutert weiterhin, dass regelmäßige Leistungsbringer im Modell Partner sind, die sich auch mit bestimmten ideellen Kriterien und Maßnahmen (Qualitätszirkel, bestimmte Formen der Dokumentation) identifizieren müssen und dann aber auch zu Mitgestaltern werden.

Von Leoprechting erklärt abschließend, dass im Modell Herdecke durch die Kopfpauschale, durch optimierte Abläufe, Kommunikation und Behandlung, auch der technische und wissenschaftliche Fortschritt finanzierbar bleiben wird. Allerdings können technische Neuerungen dann nicht immer additiv zu bereits vorhandenen Leistungen hinzugefügt werden, sondern manche Leistungen müssten substituiert werden.