

1 Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand

Volker E. Amelung

1.1 Woran hakt es eigentlich im deutschen Gesundheitssystem?

Das deutsche Gesundheitssystem gehört zweifellos zu den leistungsfähigsten weltweit. Es bietet ein extrem umfassendes Leistungsangebot, einen hohen Qualitätsstandard und vor allem eine Versorgung für die gesamte Bevölkerung, unabhängig vom Einkommen. Dies führt allerdings auch zu hohen Kosten und einem

hohen Maß an Unzufriedenheit bei weiten Teilen der Leistungserbringer. Insofern gibt es einen breiten Konsens darüber, dass das System grundlegend reformiert werden muss. Eine Untersuchung des Commonwealth Fund (2010) kam zu dem Ergebnis, dass – nicht nur das deutsche, sondern die meisten – Gesundheitssysteme von der Bevölkerung als grundlegend reformbedürftig wahrgenommen werden (s. Tab. 1).

Tab. 1 Reformbedarf aus Sicht der Versicherten (Schoen et al. 2010)

Percent	AUS	CAN	FR	GER	NETH	NZ	NOR	SWE	SWIZ	UK	US
Only minor changes needed	24	38	42	38	51	37	40	44	46	62	29
Fundamental changes needed	55	51	47	48	41	51	46	45	44	34	41
Rebuild completely	20	10	11	14	7	11	12	8	8	3	27

Und dies ist wahrlich kein neues Thema. Jahn hielt bereits 1975 fest, dass „das System der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland ... davon bestimmt (ist), daß

- an jeder Stelle, an der ein Versicherter in Behandlung tritt, ein diagnostischer Prozeß neu aufgenommen wird, ohne daß zuvor gewonnene Untersuchungsergebnisse einbezogen werden,
- der Informationsaustausch zwischen den Ärzten minimale Ausmaße hat,
- eine Kontinuität der Behandlung beim Wechsel des Versicherten zwischen den Subsystemen nicht zustande kommt und auch nicht zustande kommen kann ...“.

Die Probleme sind somit nicht neu, und es bleibt die Frage, welche Gründe entscheidend dafür sind, dass das System sich trotzdem nur ausgesprochen schwerfällig verändert. Fünf Aspekte müssen hier betrachtet werden:

- fehlender Handlungsdruck bei nahezu allen Akteuren
- mangelnde Transparenz
- fehlende Investitionsmöglichkeiten und unternehmerische Rahmenbedingungen
- fehlende Gewinnmöglichkeiten und monopolähnliche Strukturen
- die Gesundheitspolitik, die als nicht verlässlich eingestuft wird

Auch wenn die Unzufriedenheit bei einigen Akteuren ausgesprochen hoch ist (insbesondere in der Ärzteschaft), ist der Handlungsdruck im System extrem niedrig. Kaum ein Akteur muss wirklich befürchten, aus dem System herausgedrängt zu werden (wie es in einem Wettbewerbsumfeld der Fall wäre). Selbst wenn eine Arztpraxis schlecht läuft, ist es sehr selten, dass sie aufgrund von Wettbewerbssituationen aus dem Markt verdrängt wird. (Die Gründe für Praxisaufgaben liegen nach Expertenmeinung überwiegend in der Person des Praxisinhabers, z.B. familiäre Situation, Sucht oder gescheiterte andere wirtschaftliche Aktivitäten, nicht

aber mangelnde Ertragskraft.) Gleiches gilt für Krankenkassen und Krankenhäuser, die ebenfalls kaum durch eigenes Verschulden (Missmanagement) aus dem Markt verdrängt werden können.

Der zweite Aspekt betrifft die fehlende Transparenz. Trotz zaghafter Bemühungen ist es sowohl für Patienten wie auch für Krankenkassen nach wie vor kaum möglich, die Qualität unterschiedlicher Leistungserbringer zu beurteilen.

Der dritte und vierte Punkt hängen sehr eng miteinander zusammen. Das System ist dadurch gekennzeichnet, dass nahezu alle wesentlichen Akteure nicht investieren können respektive dürfen. Somit können sie auch keine unternehmerische Investitionsperspektive verfolgen. Für neue Akteure ist der Markt also nahezu komplett abgeschottet. So ist z.B. der Aufbau eines neuen, professionellen Dialysezentrums kaum möglich, da die erforderlichen Sitze überhaupt nicht zur Verfügung stehen.

Darüber hinaus sind die Rahmenbedingungen der Gesundheitspolitik unsicher. Gerade erst etablierte Strukturen wie Medizinische Versorgungszentren (MVZ) werden beispielsweise ohne brauchbare inhaltliche Begründung wieder zur Disposition gestellt. Bei einer derartigen Unsicherheit in der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen ist eine kurzfristige Orientierung die einzige sinnvolle Strategie. Vor diesem Hintergrund gilt es zu überprüfen, inwieweit die neuen Versorgungsformen den dargestellten Fehlsteuerungen entgegenwirken können.

1.2 Was sind eigentlich neue Versorgungsformen? Nur ein neues Modewort?

Neue Versorgungsformen werden nicht nur in Deutschland, sondern auch international ausgesprochen kontrovers diskutiert. Für die einen gibt es dazu keine Alternative, für die anderen

sind sie nur ein Buzzword respektive eine Mode- welle. Dabei ist das Verständnis, das dem Begriff zugrunde liegt, ausgesprochen heterogen und die Diskussion häufig ideologiegetrieben. Fünf grundsätzlich unterschiedliche Betrachtungswinkel sind möglich:

1. Neue Versorgungsformen sind neue Organisationsformen (z.B. Medizinische Versorgungszentren, Netzwerkmodelle, arztunterstützte Versorgungskonzepte, wie z.B. Agnes, oder populationsorientierte Versorgungsmodelle).
2. Neue Versorgungsformen sind neue Versorgungskonzepte (z.B. indikationsorientierte Integrierte Versorgung, Disease Management Programme, Versorgungsmanagementkonzepte oder Coaching-Ansätze).
3. Neue Versorgungsformen umfassen neue Finanzierungsformen (z.B. bundled payments oder episodes of care).
4. Neue Versorgungsformen sind die im Sinne des § 73c SGB V abgeschlossenen Selektivverträge.
5. Neue Versorgungsformen sind Kombinationen aus den vier vorangegangenen Ansätzen.

Es ist offensichtlich, dass die Diskussion bei der Breite an unterschiedlichen Verständnissen und Schwerpunkten ausgesprochen diffus und eine generelle Beurteilung per se unmöglich ist. Im Folgenden sollen unter neuen Versorgungsformen entsprechend alle von der klassischen Regelversorgung abweichenden Versorgungsinstitutionen und -konzepte verstanden werden. Eine Beurteilung kann entsprechend nur für Subkategorien erfolgen.

1.3 Warum neue Versorgungsformen?

Nachdem im vorangegangenen Abschnitt aufgezeigt wurde, dass unter neuen Versorgungsformen eine Vielzahl unterschiedlicher Konzepte verstanden werden können, soll im Folgenden der Frage nachgegangen werden, warum ei-

gentlich vom erprobten Kollektivvertrag abgewichen werden soll. Wie zu erwarten, sind auch hier die Gründe vielfältig. Folgende Argumente werden genannt:

Wir wollen Wettbewerb (Qualitäts- und/oder Preiswettbewerb) als ordnungspolitisches Ziel einführen

Dieses Argument ist vor allem im Zusammenhang mit Kassenwettbewerb relevant. Wenn Krankenkassen im Wettbewerb stehen sollen, müssen sie jedoch Handlungsfelder haben, in denen sie sich von ihren Mitbewerbern differenzieren können. Dazu ist es notwendig, dass sie Verträge schließen können, die es ihnen erlauben, den Mitgliedern Zusatznutzen anzubieten („Bei uns bekommen sie ...“), Beiträge rückzuerstatten oder auf Zusatzbeiträge zu verzichten („Weil wir diese Verträge haben, können wir ...“). Wettbewerb bei einem staatlich festgelegten Beitragssatz und einem quasi staatlich festgelegten Leistungsumfang ergibt keinen Sinn.

Es geht darum, eine Öffnung des Gesundheitsmarktes für neue Anbieter (z.B. Managementgesellschaften) zu ermöglichen

Dieses Argument ist deutlich weitergehender. Das Gesundheitswesen ist der größte Wirtschaftsbereich moderner Dienstleistungsgesellschaften; entsprechend müssen Wachstumspotenziale geschaffen werden. Dies lässt sich vor allem dadurch realisieren, dass bestehende „Terrains“ aufgebrochen und Expansionsmöglichkeiten geschaffen werden. Neue Versorgungsformen bieten beispielsweise Anbietern von Telemedizin die Möglichkeit, sich ein „Stück vom Kuchen zu ergattern“. Einfach ausgedrückt, werden bei neuen Versorgungsformen die Karten neu gemischt. Paradebeispiel hierfür ist die Möglichkeit von Pharmaunternehmen, Vertragspartner in der Integrierten Versorgung zu werden.

Wir wollen durch neue Versorgungsformen verkrustete Strukturen aufbrechen

Anders ist die Argumentation in diesem Fall. Der Kollektivvertrag wird hier nicht infrage gestellt, aber es besteht die Überzeugung, dass der Kollektivvertrag Konkurrenz braucht, um sich zu modernisieren. Es geht somit primär darum, bestehende Strukturen aufzumischen. Neue Versorgungsformen werden hier eher als Add-on-Verträge verstanden (Pilotprojekte). Der wirkliche Nutzen liegt aber vielmehr darin, dass der Kollektivvertrag sich aufgrund der drohenden Gefahr modernisiert. Es werden gezielt Alternativen zum Kollektivvertrag aufgebaut und je besser diese funktionieren, desto größer wird der Druck für den Kollektivvertrag, Effizienzreserven zu heben.

Wir müssen neuen Herausforderungen gerecht werden (Versorgungsmanagement insbesondere von chronisch und multimorbiden Patienten, bedingt durch den demografischen Wandel)

Hier wird von den Versorgungsherausforderungen her argumentiert. Demografische Veränderungen führen zu veränderten Herausforderungen an die Leistungserbringer (Schlette et

al. 2005). So gehen die Prognosen des Sachverständigenrats (SVRG 2009) davon aus, dass der Quotient 65 (Anteil der über 65-Jährigen im Verhältnis zu den 20- bis 65-Jährigen) von 31% auf 64% steigen wird. Leistungsanbieter müssen ihre Versorgungskapazitäten und Organisation auf typische Alterskrankheiten wie beispielsweise Demenz und zunehmende Multimorbidität einstellen. Es wird auch argumentiert, dass auf 10% der chronisch kranken Amerikaner bereits jetzt 75% der gesamten Gesundheitsausgaben im Land entfallen (s. Abb. 1). Gensichen et al. (2006) prognostizieren für Deutschland ebenfalls einen Anstieg des Anteils chronischer Erkrankungen von gegenwärtig 46% aller Erkrankungen auf 60% im Jahr 2020.

Wenn chronische Erkrankungen in Kombination mit Multimorbidität die zentrale Versorgungsherausforderung darstellen, müssen die Angebotsstrukturen hinterfragt werden. Es ist offensichtlich, dass fragmentierte Strukturen (d.h. keine elektronische Vernetzung, isolierte Einzelpraxen und starre Grenzen zwischen Berufsgruppen) den Anforderungen nicht gerecht werden. Internationale Studien zeigen deutlich die Defizite, die aufgrund der fragmentierten Strukturen entstehen (s. Tab. 2). Typische Folgen

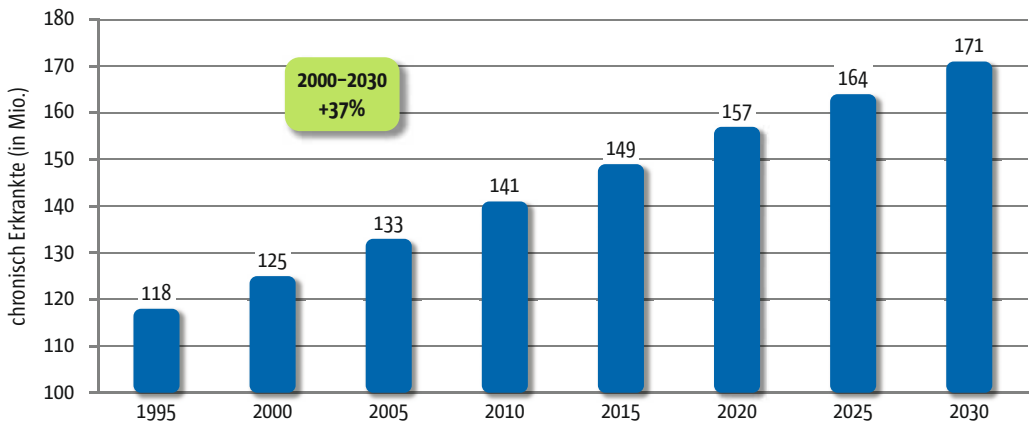


Abb. 1 Anzahl der chronisch erkrankten US-Amerikaner in Mio. (nach Wu u. Green 2000)

Tab. 2 Koordinationsprobleme der Versorgung aus Patientenperspektive (Stremikis et al. 2010)

Percent	AUS	CAN	FR	GER	NETH	NZ	NOR	SWE	SWIZ	UK	US
Test results/records not available at time of appointment	11	11	7	8	8	9	10	9	7	9	15
Received conflicting information from different health professionals	20	20	16	17	15	18	24	18	16	10	23
Duplicate tests: doctors ordered test that had already been done	10	8	14	20	4	5	9	5	11	7	17
Yes to at least one of the above	28	28	28	29	21	23	31	23	24	19	37

dieser Vernetzungsprobleme sind widersprüchliche Aussagen und Doppeluntersuchungen.

Es geht darum, eine Strategie gegen drohende Unterversorgung in schwer zu versorgenden Regionen zu entwickeln

In der letzten Zeit gewinnt darüber hinaus eine weitere Begründungslinie für neue Versorgungsformen an Bedeutung. Auch wenn in Deutschland nach wie vor nicht von Unterversorgung gesprochen werden kann, ist offensichtlich, dass frei werdende Arztsitze in Teilen des Landes nicht besetzbar sind. Monetäre Anreize zur Besetzung eines Arztsitzes (in Brandenburg wird von 50.000 € gesprochen) zeigen hier kaum Wirkung. Entsprechend werde neue Organisations- und Versorgungsformen gesucht, die den drohenden Versorgungsengpass kompensieren. Hierbei handelt es sich primär um den gezielten Einsatz von Technologien (Telemedizin), neue Konzepte der Aufgabenteilung (arztunterstützende Versorgungskonzepte) und die Ausweitung der stationären Strukturen auf ambulante Leistungen. Der drohende Mangel führt dazu, dass nahezu alle Lösungsansätze willkommen sind, die drohende Unterversorgung der lokalen Bevölkerung vermeiden.

Es ist notwendig, eine Anpassung an veränderte Bedürfnisse der Leistungserbringer (Stichwort Feminisierung und damit einhergehende Vereinbarkeit von Beruf und Familie) zu erreichen

Rund 70% der Medizinstudenten im ersten Semester sind heute Frauen. Dies wird erhebliche Auswirkungen auf die nachgefragten Arbeitsformen haben. Insbesondere werden flexiblere Arbeitsmodelle attraktiver werden – sowohl hinsichtlich der Teilzeitmöglichkeit als auch der generellen Langfristigkeit. Außerdem tendieren Medizinerinnen deutlich stärker zu kooperativen Arbeitsformen (Gemeinschaftspraxen, MVZ etc.).

Die Grundlogik ist falsch, dass Leistungserbringer an Krankheit und nicht an Gesundheit verdienen

Bei populationsorientierten integrierten Vollversorgungskonzepten kommt noch eine weitere, komplett andere Argumentation hinzu. Diese Konzepte können so strukturiert werden, dass über pauschalisierte Vergütungen (Capitation) und relationale Verträge die Anreize derart gesetzt werden, dass an Gesundheit und nicht an Krankheit verdient wird. Befürworter dieses Ansatzes gehen davon aus, dass vor allem falsch gesetzte Anreize für Fehlsteuerungen verantwortlich sind.

Wir müssen mehreren der oben genannten Argumenten gerecht werden

Veränderungen von Organisationsstrukturen und Versorgungskonzepten haben in der Regel nicht nur einen Grund, sondern entstehen aus der Kombination unterschiedlicher Gründe.

1.4 Modelle neuer Versorgungsformen

Es wurde bereits ausführlich darauf eingegangen, dass neue Versorgungsformen ausgesprochen heterogen sind, und es würde den Rahmen sprengen, alle Konzepte detailliert darzustellen. Deshalb sollen im Folgenden nur ausgewählte Konzepte und Modelle dargestellt werden:

1. Medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB V
2. Integrierte Versorgungsverträge nach § 140a-d SGB V
3. Disease Management-Programme
4. Arztunterstützende Versorgungskonzepte (Agnes, Verah, MoNi etc.)
5. Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V

1.4.1 MVZ – Revival der Polikliniken?

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) von 2003 und dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG) von 2006 hat der Gesetzgeber die Weichen für eine Flexibilisierung und Modernisierung der Rahmenbedingungen für die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland gestellt (Knieps u. Amelung 2010). Die möglichen Organisations- und Betriebsformen der ambulanten Versorgung wurden damit deutlich erweitert. Neben den traditionellen Kooperationsformen der Praxisgemeinschaft und der Gemeinschaftspraxis sind seit dem 1. Januar 2004 sogenannte Medizinische Versorgungszentren zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt.

Nach der Legaldefinition des § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V sind Medizinische Versorgungszentren fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen ins Arztregister eingetragene Ärzte als Angestellte oder als selbstständige Vertragsärzte tätig sind. Fachübergreifend ist eine solche Einrichtung immer dann, wenn dort Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind.

Gegründet werden können Medizinische Versorgungszentren von allen zugelassenen oder ermächtigten Leistungserbringern, also nicht nur von Vertragsärzten, sondern auch von Krankenhäusern, Apothekern, Physiotherapeuten und anderen Gesundheitsberufen. Krankenkassen oder sonstige Dritte wie Managementgesellschaften oder private Investoren sind nicht gründungsbefugt, können sich aber wirtschaftlich an Medizinischen Versorgungszentren beteiligen. Die Leitung muss stets durch einen Arzt oder eine Ärztin erfolgen. Solche Zentren dürfen sich aller zulässigen Rechtsformen bedienen, also auch der einer Kapitalgesellschaft. Medizinische Versorgungszentren unterliegen wie andere Praxisformen auch der ärztlichen Bedarfsplanung. Ziel ist es:

- einen organisatorischen Beitrag zur integrierten Versorgung zu ermöglichen
- alternative Organisationsformen der ambulanten Versorgung zuzulassen
- den Wettbewerb in der ambulanten Versorgung zu intensivieren

Seit 2004 steigt die Zahl neu gegründeter Medizinischer Versorgungszentren schnell an, wengleich der absolute Anteil an der ambulanten Versorgung nach wie vor niedrig ist. Ihre Zahl ist im zweiten Quartal 2010 auf 1.567 angewachsen. In diesen Zentren sind insgesamt 7.889 Ärztinnen und Ärzte tätig, davon 1.355 als Selbstständige und 6.534 als Angestellte. Gerade in den letzten Jahren wächst der Angestelltenanteil deutlich schneller als die Zahl der Selbstständigen. Gleichwohl ist die überwiegende Zahl der Medizinischen Versorgungs-

zentren in Trägerschaft von Vertragsärzten (47,3%), während Krankenhäuser, die fast ausschließlich mit angestellten Ärzten arbeiten, 38,5% der Zentren betreiben. MVZ werden sowohl in städtischen als auch in ländlichen Gebieten gegründet. Eine Mehrzahl der Zentren (rund 59%) wird in Gebieten mit einer hohen Einwohnerzahl und Einwohnerdichte gegründet, während rund 41% im ländlichen Raum angesiedelt sind (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2010).

Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt, dass sich unterschiedliche Geschäftsmodelle im Wettbewerb entwickelt haben:

1. **MVZ als Vertragspartner der Krankenkassen zur Umsetzung der populationsorientierten Integrationsversorgung:** Gerade Medizinische Versorgungszentren mit einer ausreichenden Zahl von Ärztinnen und Ärzten entsprechender Breite der Fachrichtungen und differenzierter Kompetenz sind in der Lage, die Anforderungen an komplexe Verträge zu erfüllen. Das gilt speziell für Einrichtungen, die an verschiedenen Orten – über Filialen oder Franchising – tätig sind.
2. **MVZ als Einstieg für externe Investoren:** Die ambulante Versorgung ist eine nachhaltige Anlagemöglichkeit, auch wenn diese nur eine begrenzte Rendite ermöglicht. MVZ ermöglichen den Aufbau von Organisationen, die genug Volumen für externes Kapital erreichen und über geeignete Gesellschafterstrukturen verfügen. Gerade die Rechtsform der Kapitalgesellschaft ermöglicht es ambitionierten Ärztinnen und Ärzten, aufwendige Investitionen über den Kapitalmarkt zu finanzieren.
3. **MVZ als Instrument zur Integration von ambulanter und stationärer Versorgung:** Krankenhäuser erkennen in MVZ die Chance, ihren Anteil an der „Wertschöpfungskette“ zu sichern und angesichts der weiteren Verlagerung bisher stationär erbrachter Leistungen in die ambulante Versorgung auszuweiten. Damit besteht einerseits die Gefahr, dass es

zu gesteuerten Einweisungen in Krankenhäuser des gleichen Eigentümers kommt. Andererseits bietet der Umbau der Strukturen auch die Chance, die notwendigen Strukturanpassungen in der stationären Versorgung zu beschleunigen und echte Integrationsversorgung anzubieten.

Aus versorgungspolitischer Sicht ist eine bessere Verzahnung zwischen folgenden Akteuren notwendig, um die Bedürfnisse der Patienten nach ganzheitlicher kontinuierlicher Versorgung zu befriedigen und einen gezielten Mittlereinsatz knapper Ressourcen ohne Verschwendung an den Schnittstellen zu gewährleisten:

- Haus- und Fachärzte
- Fachärzte unterschiedlicher Fachrichtungen
- Ärzte und sonstige Gesundheitsberufe
- ambulante und stationäre Versorgung
- Akutversorgung und Prävention
- Rehabilitation und Pflege

Medizinische Versorgungszentren sind auch ein wichtiges Instrument zur Vermeidung oder zum Abbau von Unterversorgung. Ihre innere Organisation lässt sich so flexibel gestalten, dass Satellitenpraxen eingerichtet oder Behandlungen an unterschiedlichen Orten angeboten werden.

1.4.2 Versorgungsprodukte gestalten: Integrierte Versorgung

Die Optimierung der Verzahnung (Amelung et al. 2010a) zwischen den Versorgungssektoren gehört zu den bedeutendsten Herausforderungen der Gesundheitspolitik (s. Abb. 2) (Porter u. Teisberg 2006; Amelung 2007a; Amelung et al. 2008; Amelung et al. 2009).

Entsprechend zielen bereits seit Ende der 1980er Jahre die Gesundheitsreformen darauf ab, das Gesundheitswesen strukturell neu auszurichten und einzelne Versorgungsbereiche enger miteinander zu verzahnen. Eine ganz

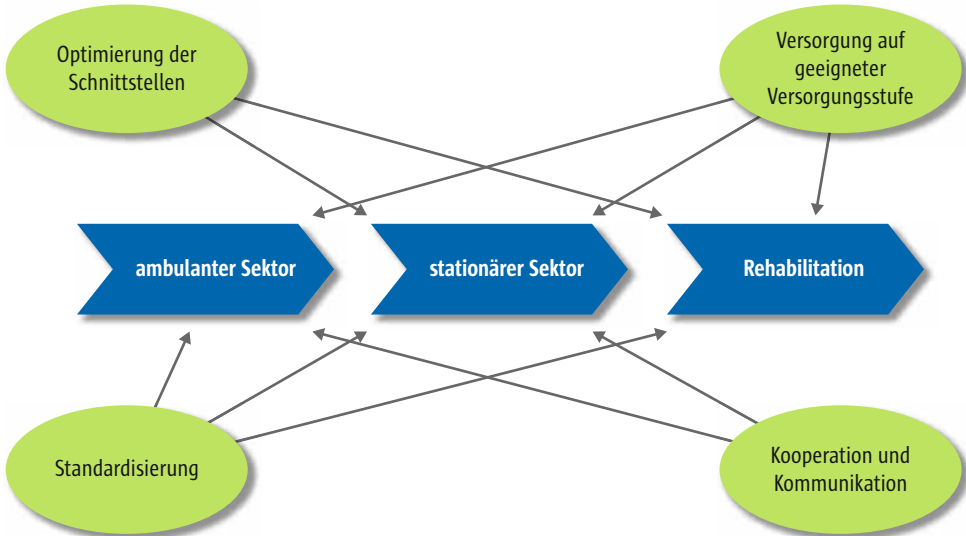


Abb. 2 Herausforderungen der Integrierten Versorgung – Schwachstellen des bestehenden Systems vermeiden

neue Bedeutung erhielt die Integrierte Versorgung aber durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) von 2004. Durch die Neudefinition der §§ 140 SGB V bekam diese Organisationsform einen deutlich größeren Spielraum. Gemäß § 140a SGB V soll mittels integrierter Versorgungsformen eine sektorenübergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung ermöglicht werden.

Mit dem GMG waren die Kassenärztlichen Vereinigungen erstmals nicht mehr explizit als Vertragspartner vorgesehen. Stattdessen können nunmehr einzelne Ärzte und Ärztenetze im Rahmen des Einzelvertragssystems direkte Vertragspartner der Krankenkassen werden (selektives Kontrahieren). Bis auf die Zielvorgabe, eine patientenorientierte und sektorenübergreifende bzw. interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung voranzutreiben, ist die konkrete Ausgestaltung der Verträge zu Inhalten und Vergütung den Vertragsparteien überlassen. Für die Akteure sowohl auf der Leistungserbringer- als auch auf der Finanzierseite

schafft dies ungewöhnlich großen Handlungsspielraum in der Gestaltung der vertraglichen Strukturen. Zudem können Krankenkassen mit Managementgesellschaften, die nicht direkter Versorger sind, kontrahieren.

Die bis Ende 2008 geltende Anschubfinanzierung eröffnete neue finanzielle Perspektiven für die Vertragspartner. So musste seit 2004 jede Krankenkasse 1% der Gesamtvergütung sowie der Krankenhausvergütung zur Förderung der Integrierten Versorgung einbehalten (680 Mio. € pro Jahr). Zusätzlich wurde die Beitragssatzstabilität für IV-Verträge aufgehoben. Das Resultat ist ein beeindruckender Anstieg an Konzepten (s. Abb. 3).

Nach dem Auslaufen der Anschubfinanzierung wurden ca. 20% der Verträge gekündigt respektive nicht verlängert.

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) von 2007 erfuhr die Integrierte Versorgung eine weitere Aufwertung (Amelung et al. 2008). Zur besseren Verzahnung der einzelnen Leistungsbereiche des Gesundheitssystems wurde die Pflegeversicherung als weiterer

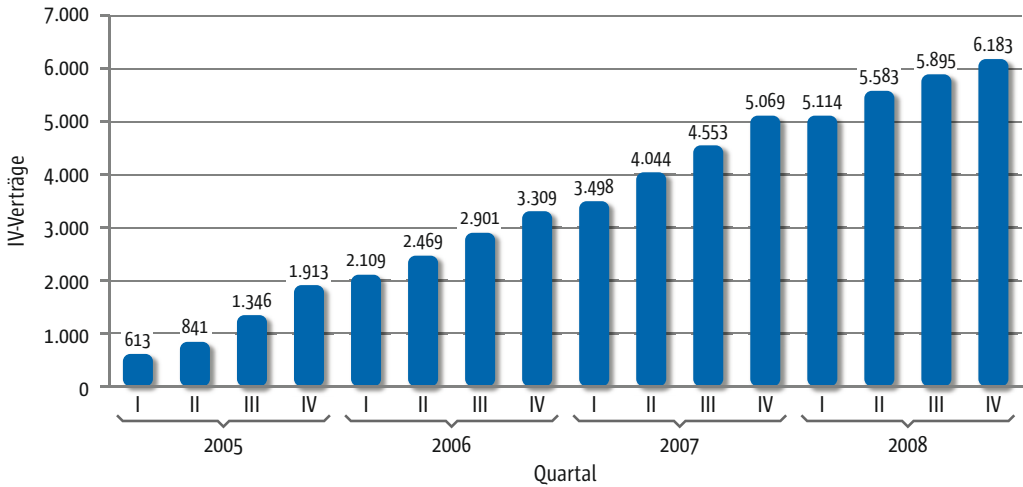


Abb. 3 Anstieg der IV-Verträge zwischen Januar 2005 und April 2008 (BQS 2009)

möglicher Vertragspartner zur Integrierten Versorgung eingebunden. Zu beachten ist, dass sämtliche IV-Verträge nicht dem Kontrahierungszwang unterliegen, sondern alle Vertragsparteien (Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte) freiwillig an einem Programm teilnehmen können. Hieraus ergibt sich ein besonderer Anreiz, IV-Programme für ihre Akzeptanz in der Praxis an den Bedürfnissen aller Beteiligten auszurichten.

In Abhängigkeit der konkreten Ausgestaltung eines IV-Programms kann die Integration unterschiedlich tief ausfallen: von der Integration einzelner Leistungsbereiche eines Sektors bis hin zur vollständigen Integration sämtlicher am Versorgungsprozess beteiligter Leistungsanbieter über alle Sektoren hinweg. Mittels der Indikationsbreite wird ex-ante das Versichertenkollektiv definiert, das durch das konkrete Programm gezielt angesprochen werden soll. Die Indikationsbreite kann sich auf eine spezifische Indikation beschränken (indikationsbezogen). Das von der Gesetzgebung erklärte Ziel ist jedoch, die Indikationsbreite auf gesamte Populationen und somit auf unterschiedlichste Indikationen auszudehnen (indikationsübergrei-

fend). Bislang wurden überwiegend indikationsbezogene Programme realisiert. Der Vorteil liegt hierbei in der eindeutigen Konzentration auf eine konkrete Indikation: Behandlungsleitlinien und klinische Behandlungspfade können leichter entwickelt werden, die Evaluation der Programme hinsichtlich Qualität und Kosten ist einfacher und auch die Programmausschreibung der Krankenkassen kann eindeutiger formuliert werden.



Mit über 6.000 IV-Verträgen gehört die Förderung sektorenübergreifender Versorgungskonzepte zweifelsohne zu bedeutenden Erfolgsgeschichten der Gesundheitspolitik der Ära Schmidt. Deutschland gehört hier auch zu den führenden Gesundheitssystemen weltweit.

1.4.3 Disease Management Programme

Disease Management (Amelung et al. 2010a) ist die strukturierte, kontinuierliche und sektorenübergreifende Versorgung chronisch kranker Patientengruppen nach wissenschaftlich an-

erkannten Methoden. Die aktive Einbindung der Patienten stellt einen wesentlichen Bestandteil des Konzeptes dar. Im Sinne eines lernenden Systems schließt Disease Management die regelmäßige Evaluation der Programme ein. Im Gegensatz zum Case Management gilt es hier, Patientengruppen mit hohen und kosten-trächtigen Krankheitsrisiken zu identifizieren (anstatt einzelne Hochkostenfälle) und im Sinne des Konzepts zu behandeln. Dabei liegt dem Disease Management die Annahme zugrunde, dass jede Krankheit einen bestimmten Lebenszyklus mit einer zu klassifizierenden Kostenstruktur besitzt. Durch die frühzeitige und ganzheitliche Behandlung des Patienten sollen Maßnahmen der Prävention und Früherkennung verstärkt zum Einsatz kommen. Der Patient soll durch Schulungsmaßnahmen einen besseren Umgang mit seiner Erkrankung erlernen (Empowerment) und kooperativ mit den Behandelnden zusammenarbeiten (Compliance).

Disease Management kommt verstärkt dort zum Einsatz, wo bereits fundiertes Wissen über bestimmte Krankheiten existiert, dieses aber noch nicht konsequent eingesetzt wird. Disease Management erfordert ein integriertes Versorgungssystem ohne traditionelle Grenzen sowie umfassendes Wissen über Prävention, Diagnose, Therapie und Beeinflussungsmöglichkeiten einer Krankheit. Für eine zeitnahe und umfassende Behandlung ist ein übergreifendes klinisches und administratives Informationssystem (inkl. Wissensbasen mit Daten über die ökonomische Struktur einer Erkrankung) notwendig. Zur Einhaltung festgelegter Behandlungspfade sind geeignete Leistungsanreize für kooperierende Leistungserbringer einzuführen. Dies ist vorrangig durch ein von Leistungserbringern akzeptiertes Vergütungssystem anzustreben, das idealerweise die Ergebnisse (Outcomes) eines Disease Management Programms (DMP) berücksichtigt.

Zur aktiven Teilnahme des Patienten sind ein Patienteninformationssystem und Schulungsprogramme zu implementieren. Zudem

ist ein funktionierendes Qualitätsmanagement- und Evaluationssystem für die kontinuierliche Weiterentwicklung notwendig. Seit 2002 werden Krankenkassen, deren Versicherte in Disease Management Programme gem. § 137f SGB V eingeschrieben sind, über den RSA finanziell gefördert. Allerdings stehen DMPs in der Kritik, aufgrund finanzieller Anreize einen Einschreibewettbewerb unter den Krankenkassen ausgelöst zu haben. Zudem sind die derzeit aufgestellten DMPs für lediglich sechs Krankheiten diskriminierend gegenüber anderen chronischen Krankheiten. Die Neuregelung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes begegnet dieser Kritik durch die finanzielle Berücksichtigung von 80 vorab definierten Krankheiten. Ab 2009 sollen nunmehr nicht die standardisierten Leistungsausgaben über den RSA im Nachhinein ausgeglichen werden. Stattdessen wird den Krankenkassen mit entsprechend eingeschriebenen Versicherten im Vorfeld eine für die ausgewählten Krankheiten morbiditätsadjustierte Kopfpauschale zugeteilt.

Die konkrete Entwicklung eines DMPs entspricht einem stetig von neuem beginnenden Kreislauf. Zunächst sind für die Programmentwicklung relevante Fragen zu klären: Sollen sämtliche Erscheinungsformen einer Krankheit optimiert werden oder lediglich bestimmte Schweregrade? Des Weiteren ist zu ermitteln, wo kostenträchtige Schnittstellen liegen und welche Leistungserbringer und Interventionen zur Optimierung der Versorgungs- und Kostenstruktur benötigt werden. Zur Beantwortung dieser Fragen sind umfassende Datenanalysen von z.B. bestehenden Behandlungsmustern, -ergebnissen, Kostenstrukturen und Leitlinien zu analysieren. Auf Basis dieser Ergebnisse wird in der nächsten Phase das konkrete Behandlungsprogramm entworfen. Dabei bilden Leitlinien oft die Grundlage zur Entwicklung klinischer Behandlungspfade. Diese wiederum umfassen sämtliche im Programm enthaltenen Maßnahmen und Meilensteine. Praxisnah sollten Handbücher oder Zusammenfassungen mit