

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



TITEL-INTERVIEW:

Univ.-Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, Direktor des Instituts für Patientensicherheit der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn und Tagungspräsident des 9. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung: „Safety ist auf dem Weg in die Evidenz.“

„Vertragswettbewerb erhöht die Eigenverantwortung“ (Oberender)

„Die unbekannte Größe: Arztnetze“ (Weatherly)

„Auf dem Weg zum lernenden System“ (Klusen)

FOKUS:
VERTRÄGE/DIABETES
Schwerpunktthemen auf 43 Seiten

Herausgeberbeirat

Prof. Dr. med. Bettina Borisch MPH FRCPATH/
Prof. Dr. Gerd Glaeske/Dr. Christopher Hermann/Franz Knieps/
Roland Lederer/Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig/Prof. Dr. h.c. Herbert
Rebscher/Dr. Joachim Roski MPH/Prof. Dr. med. Matthias Schrappe/
Dr. Thomas Trümper

Editorial

Fokus Hausarztverträge/Diabetes 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Titelinterview

„Safety auf dem Weg in die Evidenz“ 6

Univ.-Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, Direktor des Institutes für Patientensicherheit

Redaktion

Kongressprogramm: „Patientensicherheit im Fokus der Versorgungsforschung“ 11

9. Kongress des DNVF in Bonn

Versorgungsforschung als Basis einer innovativen Evaluationskultur 12

Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen und ihre Einflüsse auf die Versorgungsforschung

Redaktion

„Trendwende in der Diabetesversorgung?“ 20

Der IQWiG-Bericht zum Nutzen der Blutzuckerselbstkontrolle und seine möglichen Folgen

Status Quo: Diabetologie in Deutschland 23

Vorabdruck aus „Lehrbuch Versorgungsforschung“

Zahlen - Daten - Fakten

Stand der Rabattverträge im Vorfeld des AMNOG 16

Standards

Impressum 2

Rezension 26

News 15, 26

WISSENSCHAFT

Klusen 28 Versorgungsmanagement der Krankenversicherung: Auf dem Weg zum lernenden System

Mehl / Weiß 31 Erfahrungen aus den Vertragsverhandlungen und Schiedsverfahren zur HzV

Stadler / Urnauer 36 Zwei Jahre HzV in Baden-Württemberg aus Sicht eines IT-Anbieters

Weatherly 39 Die unbekannte Größe der Gesundheitsversorgung: Arztnetze

Eberhard / Ebel 44 Qualitätsindikatoren für Ärztenetze

Oberender / Götz 47 Direktverträge in der ambulanten Versorgung - Auswirkungen und die Frage der „Sicherstellung“ - Eine Analyse aus wettbewerblicher Sicht

Ehlers / Bitter 51 Wandel in der Versorgung durch Direktverträge in Zusammenschau mit der Verflechtung von Leistungssektoren

Impressum Monitor Versorgungsforschung - Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung

Monitor Versorgungsforschung
Fachzeitschrift zu Realität,
Qualität und Innovation der
Gesundheitsversorgung
3. Jahrgang/ISSN: 1866-0533

Herausgeber

Prof. Dr. Reinhold Roski, Berlin
roski@m-vf.de

Chefredaktion

Peter Stegmaier (verantwort. Redakt.)
Kölstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-76368-0
Fax +49-(0)228-76368-01
stegmaier@m-vf.de

Redaktion

Wolfgang Dame
dame@m-vf.de

Olga Gnedina
gnedina@m-vf.de
Jutta Mutschler
mutschler@m-vf.de

Verlag

eRelation AG - Content in Health
Vorstand: Peter Stegmaier
Kölstr. 119, 53111 Bonn
mail@erelation.org
www.erelation.org

Verlagsleitung

Peter Stegmaier

Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo

Anke Heiser (verantwortlich für
den Anzeigenteil)
heiser@m-vf.de

Marketing:

Boris Herfurth
herfurth@m-vf.de
Kölstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-76368-0
Fax +49-(0)228-76368-01

Abonnement

„Monitor Versorgungsforschung“
erscheint sechsmal jährlich. Der
Preis für ein Jahresabonnement
beträgt 90 Euro. Jahresvorzugspreis
für Studenten gegen Vorlage einer
Immatrikulationsbescheinigung
60 Euro. Die genannten Preise
verstehen sich zzgl. Versandkosten:
Inland 9,21 Euro; Ausland 36 Euro.
Preisänderungen vorbehalten. Die

Abonnementdauer beträgt ein Jahr.
Das Abonnement verlängert sich
automatisch um ein weiteres Jahr,
wenn es nicht spätestens sechs
Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres
schriftlich gekündigt wird.

Layout

eRelation AG, Bonn

Druck

Kössinger AG
Fruehaufstraße 21
84069 Schierling
info@koessinger.de
Tel +49-(0)9451-499124
Fax +49-(0)9451-499101
Printed in Germany

Urheber- und Verlagsrecht

Die Zeitschrift und alle in ihr
enthaltenen einzelnen Beiträge
und Abbildungen sind urheber-
rechtlich geschützt. Mit Annahme
des Manuskripts gehen das Recht
zur Veröffentlichung sowie die
Rechte zur Übersetzung, zur
Vergabe von Nachdruckrechten,
zur elektronischen Speicherung
in Datenbanken, zur Herstellung
von Sonderdrucken, Fotokopien
und Mikrokopien an den Verlag
über. Jede Verwertung außerhalb
der durch das Urheberrechtsgesetz
festgelegten Grenzen ist ohne Zu-
stimmung des Verlags unzulässig.

In der unaufgeforderten
Zusendung von Beiträgen
und Informationen an den
Verlag liegt das jederzeit
widerrufliche Einverständ-
nis, die zugesandten
Beiträge bzw. Informationen in
Datenbanken einzustellen, die vom
Verlag oder Dritten geführt werden.

Auflagenmeldung

Mitglied der Informationsge-
meinschaft zur Feststellung der
Verbreitung von Werbeträgern e.V.
(IVW), Berlin
Verbreitete Auflage: 5.587
(IVW 2. Quartal 2010)



BESSERE DATEN. BESSERE ENTSCHEIDUNG.



Erwarten Sie mehr von uns: Die einzigartige Analyseplattform IH-GALAXY, umfangreiches Markt- und Daten-Know-how sowie exzellenter Service machen uns zu einem der führenden Dienstleister im Gesundheitsmarkt. Auf Basis der Behandlungshistorie von bis zu 40 Millionen Patienten können wir zeitnah Auffälligkeiten im Bereich der ambulanten Arzneimittelversorgung aufdecken. Unsere Daten und Analysen dienen u. a. als Basis für umfassende Kosten-Nutzen-Bewertungen und Versorgungsstudien.

Was Sie sonst noch von uns erwarten können, finden Sie unter www.insight-health.de.

**INSIGHT**HEALTH™



Prof. Dr. Reinhold Roski:
Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung“ und Professor für Wirtschaftskommunikation im Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin.

Fokus: Hausarztverträge/Diabetes

Mit dem Fokus Hausarztverträge in dieser Ausgabe sind wir mitten im heißen Streit der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion; wir setzen damit den in der letzten Ausgabe begonnenen Schwerpunkt Direktverträge fort.

Professor Matthias Schrappe:

„Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung sind nicht denkbar ohne Evaluation, die ihrerseits eine der wichtigsten Fragestellungen für die Versorgungsforschung darstellt.“ So die Einladung zum diesjährigen Deutschen Kongress für Versorgungsforschung und zur Jahrestagung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Als einer der drei Kongresspräsidenten betont **Professor Schrappe**, Direktor des Instituts für Patientensicherheit der Universität Bonn und Mitglied des Herausgeberbeirates von „Monitor Versorgungsforschung“, im Titelinterview: „Für die Safety-Szene ist die Zeit der Evidenz angebrochen, und für die Versorgungsforschung jene der realen Aufgaben, nachdem das Definitorische so ziemlich abgeschlossen ist.“

> S. 6 ff.

Als Rahmen für den Ausbau der Versorgungsforschung fordern **Glaeske, Neugebauer** und **Pfaff** verbindliche Rahmenbedingungen, um „interessensorientierte „Legitimations- und Marketingforschung““ zu verhindern.

> S. 12 ff.

Bensing und **Kleinfeld** geben einen Überblick zu Rabattverträgen für patentgeschützte Arzneimittel vor Inkrafttreten des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG).

> S. 16 ff.

Fokus: Direkt- und Hausarztverträge

Klusen plädiert für Direkt- und Rabattverträge als wichtige kassenindividuelle Vertragsoptionen, die im Wettbewerb ein lernendes System bilden, in dem statt ideologisch gefärbter Annahmen empirische Daten gesundheitspolitische Entscheidungen steuern. Dazu fehlt in Deutschland jedoch noch einiges.

> S. 28 ff.

Mehl und **Weiß** berichten von ihren vielfältigen Erfahrungen aus den Vertragsverhandlungen und Schiedsverfahren zur hausarztzentrierten Versorgung.

> S. 31 ff.

Stadler und **Urnaier** präsentieren umfangreiche Praxiserfahrungen eines IT-Anbieters bei der Umsetzung eines hausarztzentrierten Versorgungsvertrages.

> S. 36 ff.

Weatherly berichtet über den Stand der Ärztenetze und fordert von ihnen Professionalität des Managements und die Einhaltung klarer Vorgaben.

> S. 39 ff.

Eberhard und **Ebel** betonen, dass für die Evaluation von Selektivverträgen reine Verordnungsdaten nicht ausreichen, da sie das Verhalten von Ärzten nicht genau genug wiedergeben.

> S. 44 ff.

Oberender und **Götz** analysieren die Auswirkungen von Direktverträgen in der ambulanten Versorgung auf die Sicherstellungsaufgabe, die bisher bei den Kassenärztlichen Vereinigungen liegt und die auf die Leistungserbringer übergehen würde.

> S. 47 ff.

Ehlers und **Bitter** sehen in der Durchbrechung althergebrachter Strukturen durch sektorenübergreifende Direktverträge Chancen für qualitative Verbesserungen und die Erschließung von Effizienzreserven.

> S. 51 ff.

Fokus: Diabetes

Müller, Holl, Müller und **Müller-Wieland** präsentieren einen umfassenden aktuellen Bericht zum Status quo der Diabetologie in Deutschland.

> S. 23 ff.

Kulzer plädiert für die Erhaltung der Verordnungsfähigkeit der Blutzuckerselbstmessung.

> S. 20 ff.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre und einen weiterhin schönen Sommer.

Ihr
Professor Dr. Reinhold Roski

Wissen schafft Effizienz.



MMI PHARMINDEX PLUS

Die neue Informationssoftware, mit dem Plus an Arzneimittel-Informationen. Entwickelt für Mediziner in Klinik und Praxis, sowie in Behörden und Institutionen, die sich professionell über Arzneimittel informieren, diese recherchieren und analysieren wollen und dafür zweifelsfrei objektive Daten benötigen.

MMI PHARMINDEX PLUS bietet die komplette Übersicht aller apothekenpflichtigen Arzneimittel Deutschlands, die Sie mit einer Vielzahl an nützlichen und praxiserprobten Funktionen schnell und sicher recherchieren können. Intuitiv. Objektiv. Topaktuell.

Effizienz plus Qualität: Testen Sie jetzt ganz risikolos 30 Tage das Plus an Arzneimittelwissen:
Medizinische Medien Informations GmbH, Infoline (kostenfrei): 0800 633 46 30, oder www.pharmindex-plus.de

Univ.-Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, Direktor des Institutes für Patientensicherheit:

„Safety auf dem Weg in die Evidenz“

Univ.-Prof. Dr. med. Matthias Schrappe ist Direktor des Instituts für Patientensicherheit der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn und Mitbegründer des Zentrums für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) sowie des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF). Er leitet als Tagungspräsident den 9. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung und zugleich die 5. Jahrestagung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit in Bonn.

>> Herr Professor Schrappe, Sie sind Tagungspräsident des 9. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung, der zugleich die 5. Jahrestagung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit ist und auch vom Institut für Patientensicherheit ausgerichtet wird, das Sie leiten. Sie blicken auf acht bzw. neun Kongresse zurück und damit auf fast eine Dekade Versorgungsforschung in Deutschland. Sind Sie zufrieden mit der Entwicklung, die dieses Forschungsfeld genommen hat?

Sagen wir es so: Ich bin nicht unzufrieden mit dem Erfolg der Versorgungsforschung in Deutschland, aber es könnte noch mehr passieren. Wenn ich zurückdenke an die Anfangsjahre, so 2000 oder 2001, als wir immer wieder erklären mussten, dass Versorgungsforschung nun rein gar nichts mit dem Versorgungszentrum Köln - das die Cafeteria und die Mensa der Uniklinik betreibt - zu tun hat, dann haben wir schon Fortschritte vorzuweisen.

Immerhin hat der Begriff Versorgungsforschung gleich zweimal Einzug in die Koalitionsvereinbarung zwischen CDU/CSU und FDP gefunden, was eine absolute Premiere war.

Da hat die Politik einmal ein offensichtliches Zeichen der Zeit erkannt. Denn Versorgungsforschung kommt immer dann zum Zuge, wenn die evidenzbasierte Medizin ihren Siegeszug bereits angetreten hat - und das ist nun einmal in Deutschland wie auch in den meisten anderen entwickelten Gesundheitssystemen der Welt der Fall.

Warum ist das so?

Weil wir durch die evidenzbasierte Medizin sehr viele Erkenntnisse gewinnen, die wissenschaftlich gut belegt sind und demgemäß auch eingesetzt werden müssten. Wenn man aber die Realität der Gesundheitsversorgung im Blick hat, kommt ebenso sicher die Frage auf, warum bestimmte, durch EBM verfügbare Erkenntnisse in die Versorgungsrealität keinen oder nur marginalen Einzug finden.

Weil?

... die evidenzbasierte Medizin durch kontrollierte Studien oder in einem systematischen Review zwar die Validität des Wissens sehr gut beschreiben und auch integriert darstellen kann, aber es nun einmal immer eine gewisse Lücke zwischen dem kognitiv vorhandenen Wissen und der tatsächlichen Umsetzung in der Praxis gibt. Diese Lücke bezeichnet man auch als den „Effectiveness Gap“.

Und in die stößt dann die Versorgungsforschung. Aber: Warum erst so spät? Warum erst seit wenigen Jahren?

Man kann erst sinnvoll über Versorgungsforschung diskutieren oder sie anwenden, wenn man die evidenzbasierte Medizin kennen und auch schätzen gelernt hat. Das war auch für mich persönlich gesprochen einer der wichtigsten Schritte in meiner beruflichen und wissenschaft-

lichen Entwicklung. Wenn ich an die Zeiten - und die sind noch gar nicht so lange her - zurückdenke, in denen wir noch über die Sinnhaftigkeit von randomisierten Studien gesprochen haben und es fast eine Majestätsbeleidigung war, wenn man nachfragte, ob das, was Ärzte jeden Tag machten, eigentlich irgendwo wissenschaftlich bewiesen ist, dann war das der Nährboden, auf dem Versorgungsforschung heute aufsetzt.

Vielleicht auch, weil erst nach genügender Evidenz die Frage auftauchen kann, was mit der Umsetzung des generierten Wissens in die Wirklichkeit passiert. Das hieße im Umkehrschluss aber auch, dass erst die Stufe der Evidenz erklommen werden muss, bevor man die nächste Erkenntnisstufe angehen kann.

Das ist - in Abstufungen - in allen entwickelten Gesundheitssystemen zu beobachten. Zuerst kommt evidenzbasierte Medizin, dann Leitlinien und danach erst die Qualitätsfrage, die immer eine Exemplifizierung des vorhandenen Wissens ist. Und dabei merkt man ziemlich schnell, dass wir zum einen insgesamt recht wenig wissen, zum anderen aber auch, dass Wissen in der Realität oft nicht angewandt wird. Auf der „letzten Meile“ in die Alltagsversorgung geht eine Menge verloren.

Muss diesen Weg jede Gesellschaft alleine gehen oder kann man von einander lernen?

Wir werden keine großen Unterschiede in den grundlegenden Entwicklungszyklen beobachten, ob wir nun ein rein marktwirtschaftliches, ein sozialpartnerschaftliches oder ein staatliches Gesundheitssystem betrachten.

Also könnten die Learnings aus dem Ausland doch größer sein als man tatsächlich aufgrund der doch großen Unterschiedlichkeit der Systeme zur Zeit glaubt?

Unbedingt! Die Diskussion, die wir heute noch führen, wurde in den USA in den Jahren 2000 bis 2002 in ähnlicher Form geführt. Man könnte also sehr viel lernen.

Doch wenn man mit Politikern spricht, herrscht eher die Meinung vor, dass man eigentlich recht wenig lernen kann, weil die Endstufe, eben die letzte Meile, zu unterschiedlich ausgeprägt ist.

Diese systemübergreifenden Gemeinsamkeiten gelten für das grundsätzliche Konzept der Versorgungsforschung, das im Endeffekt auf den Effectiveness-Gap fokussiert - eben die Frage adressiert, was tatsächlich auf dieser letzten Meile, übrigens ein Begriff, den Holger Pfaff geprägt hat, passiert. Dieses grundsätzliche Konzept muss man jedoch strikt von dem abgrenzen, was Versorgungsforschung an tatsächlichen Ergebnissen generiert.

Summary

Die Versorgungsforschung fokussiert die stets vorhandene Lücke zwischen dem kognitiv vorhandenen Wissen und der tatsächlichen Umsetzung in der Praxis (= „Effectiveness Gap“). Sie stellt letztlich die Frage, was tatsächlich auf dieser „letzten Meile“ passiert. Auch das Thema der Patientensicherheit ist ein Problem der adäquaten Umsetzung von Wissen, so wie auch die mangelhafte Umsetzung von Leitlinien eher ein Problem von Einstellungen der Ärzte ist. Es fokussiert auf die Qualität der Versorgung, während Leitlinien die Varianz der Versorgung adressieren.

Das heißt: Die Struktur, das Konzept ist ähnlich, indes die Ergebnisse nach Gesellschaften und nach Strukturen der Systeme recht unterschiedlich, weshalb die Ergebnisse der Versorgungsforschung auch immer auf den jeweiligen nationalen oder gesellschaftlichen Rahmen bezogen sein müssen.

Das liegt nicht nur am Gesundheitssystem, sondern auch an der Verfasstheit der Institutionen des Gesundheitssystems, der Ausbildung und Kultur der Gesundheitsberufe und auch an den Patienten bzw. Versicherten. Die Einstellungen der Patienten und deren soziale und ethnische Hintergründe sind maßgeblich an der Umsetzung des vorhandenen Wissens beteiligt. Das fängt an bei der Geschlechterfrage und geht bis zu ethnischen Unterschieden, sozial-kulturellen Prägungen und Präferenzen.

Nun stellen Sie das Thema Sicherheit ins Zentrum des kommenden Versorgungsforschungs-Kongresses. Warum?

In den vergangenen Jahren ging es in den Kongressen hauptsächlich um den Effectiveness-Gap und den Innovationstransfer als zentrale Aufgabe der Versorgungsforschung, davor waren die Rahmenbedingungen für Disease Management oder auch Prävention und soziale Gerechtigkeit im Fokus. Jetzt aber nähern wir uns in der inhaltlichen Arbeit im Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung der Qualitäts- und Sicherheitsfrage. Darum werden wir uns im Kongressthema genau mit dieser Frage beschäftigen.

Die Definitionsarbeit auch in Form von Memoranden scheint geleistet zu sein, nun geht es an die Details?

Die Memoranden haben sich zunächst mit dem Begriff der Versorgungsforschung und den strukturellen Grundlagen beschäftigt. Das sogenannte Memorandum III umfasst methodische Aspekte der Versorgungsforschung. Entsprechende Texte, zum Beispiel zu Registerstudien und zur Gesundheitsökonomie, sind jetzt verabschiedet, und nun geht es beispielsweise mit der Qualitäts- und Sicherheitsforschung weiter. So habe ich im Netzwerk Versorgungsforschung die Aufgabe übernommen, eine Arbeitsgruppe für ein Memorandum zur Methodik der Qualitätsforschung, speziell der Patientensicherheitsforschung, zu etablieren, was ein recht komplexes wie kompliziertes Gebiet ist.

Weil wir es gerade bei der Sicherheitsforschung charakteristischerweise mit schweren, aber eben recht seltenen Ereignissen zu tun haben?

Exakt. Patientenverwechslungen zum Beispiel passieren nun glücklicherweise nicht jeden Tag. Denn wenn so etwas geschieht, ist es meist dramatisch.

Und wie wollen Sie dann das Thema erforschen?

Wenn man die Wirksamkeit von Interventionen zur Verhinderung



einer Verwechslung untersucht, dann müsste man eigentlich warten, bis in einer Kontrollgruppe ein bestimmtes Ereignis auftritt, während es in der Interventionsgruppe dagegen seltener auftritt. Um eine genügende Fallzahl zu bekommen, müsste man bei diesen seltenen und schweren Ereignissen wahrscheinlich Studienzeiten von zehn Jahren einplanen, um irgendwie einen Unterschied beobachten zu können.

Mit all den sicher zu erwartenden ethischen Implikationen.

Genau. Man müsste die Kontrollgruppe sozusagen unberührt laufen lassen, was völlig unmöglich ist, weil sich dies bei Patienten- wie Seitenverwechslung oder „nur“ bei vergessenen Bauchtüchern, einem weiteren „Klassiker“ in der Patientensicherheit, verbietet.

Welche mögliche Lösung gäbe es?

Bei einer aktuellen Studie zur Patientenverwechslung arbeiten wir beispielsweise mit Surrogat-

markern.

Wobei man in der klinischen Forschung inzwischen recht froh ist, dass man endlich von meist umstrittenen Surrogatmarkern wegkommt.

Was ja auch richtig ist. Denn zum Beispiel ist es in der Onkologie nun einmal eine berechtigte Frage, ob es entscheidend ist, ob ein Tumor nun um zwei Zentimeter kleiner geworden ist, oder ob man nicht doch die Überlebenszeit als Endpunkt verwenden muss. Es kommt immer darauf an, ob Surrogatmarker für den Patienten, für dessen Lebensqualität, das Gesamtüberleben oder andere „harte klinische Endpunkte“ ein relevantes Ergebnis sind oder nicht. In der Versorgungsforschung muss man sich dennoch bei solchen Fragestellungen sehr wohl kritisch und wohl wissend, was man tut, mit solchen Surrogaten beschäftigen.

Mit welchen zum Beispiel bei der Frage der Patientenverwechslung?

Ein Endpunkt ist beispielsweise, ob die Patienten, bevor sie das Patientenarmband angelegt bekommen, nach ihrem Ausweis gefragt worden sind oder nicht. Denn was nützt das beste Patientenarmband, wenn der falsche Name draufsteht oder wenn er falsch geschrieben ist? Das mag nun marginal klingen, aber es gibt Untersuchungen, dass bis zu 20 Prozent der Patientenarmbänder Fehler aufweisen – ob nun in der Anwendung oder in dem, was draufsteht. Ein weiterer Surrogatparameter wäre die Frage, ob in den Papierkrankenakten falsch abgeheftete Befunde abgelegt sind, was leider immer noch recht häufig der Fall ist.

Wobei bei letzterem Fall wohl nichts Großes passieren wird.

Aber es ist ein Anzeichen für ein grundlegendes Sicherheitspro-

blem. Wir wissen aus der Analyse von solchen Fällen, dass genau das ein Frühmarker ist. Solche Frühmarker können wir nun messen und annehmen, dass - wenn diese Beobachtungs-Endpunkte in der Interventionsgruppe seltener werden - auch das Risiko für eine tatsächliche Patientenverwechslung abnimmt.

Dann sind diese Frühmarker quasi Surrogatmarker für eine Art Sicherheitskultur.

Das kann man so sagen. Moderne Fehlerkonzepte basieren auf dem Begriff der Fehlerkette, weil meist die Verkettung unglücklicher Umstände zu tatsächlichen Fehler führt. Auch das ist ein Punkt, warum Patientensicherheitsforschung so schwierig ist.

Ist das auch ein Grund, warum Sicherheitsforschung erst jetzt so richtig angegangen wird?

In allen entwickelten Gesundheitssystemen werden - wissenschaftstheoretisch gesprochen - Themen in einer gewissen Reihenfolge diskutiert. Nach Varianz der Versorgung bzw. den Leitlinien folgt die Problematik der Qualität der Versorgung. Und nach der Einführung pauschalierter Entgeltsysteme (z.B. DRG) im stationären Leistungsgeschehen kommt regelhaft die Thematik der Sicherheit auf. Auch das ist in allen Ländern gleich.

Sicher auch, weil das Versorgungsgeschehen transparenter wird. Doch meist wird diese Diskussion aus der Ökonomie heraus geführt, weniger aus dem Themenumfeld Qualität oder Patientensicherheit.

Safety-Probleme sind da eine Ausnahme. Denn Sicherheit hat eine immense ökonomische wie auch ethisch-professionelle Bedeutung. Wenn man sagt, man arbeitet als Arzt, oder bietet als Krankenhaus, als einzelne Arztpraxis, als Arztnetz oder als MVZ eine Leistung an, dann gibt es eigentlich keine andere Möglichkeit, als dass man das auf einem optimalen Sicherheitslevel macht. Wer das verneint, müsste sich eigentlich letztendlich aus dem System verabschieden.

Das ist eine ethische Forderung, die Sie in den Raum stellen. Aber ist das Realität, wenn man beispielsweise an die sich formierenden MVZ denkt, die im Zweifel eher nach ökonomischeren Grundmustern funktionieren als eine ärztliche Einzelpraxis?

Gerade wenn wir über Versorgungsforschung sprechen, reden wir ja auch darüber, dass ethische Werturteile a priori gesetzt sind - ob bei den Patienten, bei den Politikern oder den Ärzten und anderen Angehörigen der vielen Gesundheitsberufe. Bei allen gibt es ethische Grundeinstellungen und Werte. Wer aber beginnt, aus ökonomischen Gründen wissentlich Safety-Standards zu verletzen, der muss sich mit der Frage auseinandersetzen, ob er diese Leistung überhaupt anbieten sollte oder darf.

Aber woran liegt es denn nun, dass allseits an ethische Werte und Grundeinstellungen appelliert wird, aber dass beispielsweise bekannte Leitlinien in der Regel noch ziemlich mangelhaft umgesetzt werden?

Das ist ein typisches Versorgungsforschungsthema. Die Leitlinien sind auf Basis der EBM erstellt. Und glücklicherweise haben wir dabei in Deutschland ein recht hohes Niveau erreicht. Aber nun stellen wir erstaunt fest, dass diese Leitlinien, in denen oft das ganze Wissen eines Berufsstandes integriert ist, in der Wirklichkeit nicht oder zu wenig angewandt werden.

Liegt es an den Ärzten?

Sicher, sie sind ja für die Behandlung verantwortlich. Doch das ist kein Wissensproblem, sondern ein Problem von Haltungen und von Einstellungen, wie wir sie im Wissens- und vor allem Innovationstransfer oft beobachten.

Oder wäre da auch die zunehmende Ökonomisierung als Faktor zu nennen?

Die These der Ökonomisierung beschreibt ja das Fortschreiten des unternehmerischen Prinzips im Gesundheitswesen und gilt traditionell am ehesten im ambulanten Bereich. Im stationären Bereich besteht für das Handeln des Arztes ja weiterhin, im Rahmen der zum Beispiel durch interne Leitlinien gegebenen Bedingungen, eine große Freiheit des Handelns. Die Frage, ob die mangelnde Leitlinien-Adhärenz mit der Ökonomisierung der Medizin zusammenhängt, würde ich insofern negativ beantworten. Ich würde sogar eher das Gegenteil behaupten, weil zumindest die Chance besteht, dass diese Entwicklung die Leitlinienanwendung fördert.

Wie das?

Als ich vor bald zwanzig Jahren anfang, Leitlinien mitzugestalten, habe ich schon damals immer argumentiert, dass die Leitlinie für den Patienten, der sich nach Lehrbuch verhält und der keinen ungewöhnlichen Krankheitsverlauf hat, den Ärzten die Zeit und geistige Kapazität gibt, sich dem außerordentlichen Patienten zuzuwenden. Darum sollte jeder Arzt Leitlinien verwenden für das, was nach Standard läuft; und wissen, wann er sie verlassen muss.

Wobei sich hinter diesem Themenkreis auch die viel beschworene „ärztliche Kunst“ verbirgt.

Ärztliche Kunst ist gerade in der Fehlerdiskussion ein extrem schwieriger Begriff, weil wir vom Begriff des Kunstfehlers wegkommen müssen. Der Begriff des Kunstfehlers impliziert nämlich, dass jemand eine Kunst ausübt. Doch die ärztliche Tätigkeit ist im Vergleich zu der eines Künstlers nun einmal regelgebunden, und zwar sowohl aus sozialrechtlicher, haftungsrechtlicher und wissenschaftlicher Sicht. Deswegen ist der Begriff der ärztlichen Kunst eher ein Begriff aus der Vergangenheit.

Sehr wohl reflektiert dieser Begriff aber das unmittelbare Erleben einer Arzt-Patienten- oder Patient-Arzt-Beziehung.

Der ärztliche Beruf ist ein sehr intimer Beruf, gerade die Arzt-Patienten-Beziehung hat immer etwas Unfassbares und immer sehr Individuelles - aber hat deswegen noch lange nichts mit Kunst zu tun. Der Begriff „Kunst“ ist einfach der falsche Begriff für diese hoch komplexe und ebenso höchst individuelle persönliche Interaktion zweier Partner in einem therapeutischen Prozess.

Die wiederum auf das Thema Patienten- und Struktursicherheit reflektiert. Oder auch auf die Frage: Wie reagiert ein Arzt, wenn wirklich etwas passiert?

Der Arzt-Patienten-Interaktion kommt eine ganz besondere Bedeutung zu, gerade wenn sich eine Komplikation ereignet hat.

Aber wie geht denn ein Arzt mit seinem Patienten oder dessen Angehörigen um, der vielleicht einen schweren Schaden durch ihn erlitten hat?

Da ist wirkliche Kommunikation und tatsächliche persönliche Inter-

Ihrer Gesundheit zuliebe

Deutsche BKK 

Vertrauen Sie Ihre Gesundheit einer der führenden Krankenkassen Deutschlands an. Die Deutsche BKK bietet Ihnen herausragenden Service, Top-Leistungen und Top-Tarife.

Telefon (0 18 02) 18 08 65* www.deutschebkk.de

*6 Cent pro Anruf aus dem deutschen Festnetz; maximal 42 Cent pro Minute aus Mobilfunknetzen.

Ich habe mich für Leistung entschieden

- ExtraChecks für chronisch Kranke
- Zahnersatz zum Nulltarif
- Facharzt-Terminhotline



aktion gefragt. Doch das lernen die meisten Ärzte in ihrem Studium gar nicht. Deswegen versuchen wir hier in der Universität Bonn derartiges zu lehren: Wie entschuldige ich mich? Was tue ich, wenn ein solches ungewünschtes Ereignis passiert ist, für das man die Verantwortung übernehmen muss?

Und das in einer Situation, in der sich Scham und Entsetzen mischen.

Sich dann zu entschuldigen, ist bestimmt nicht das Einfachste auf der Welt. Aber es zeigt sich, dass ein Patient einem Arzt auch verzeihen kann, weil der Patient weiß, dass auch ein Arzt nicht fehlerfrei ist.

Wenn Ärzte bereit wären, eine andere Rolle einzunehmen als früher.

Es handelt sich mehr um eine Klärung im Rollenverständnis. Von Ärzten wird heute mehr denn je verlangt, dass sie Verantwortung übernehmen. Verantwortung ist der zentrale Begriff: Verantwortung für Qualität, Verantwortung für Sicherheit und vor allem auch Verantwortung für das eigene Verhalten.

Was nicht so einfach ist, wenn man sich in dem Tabu gefangen fühlt, über Fehler nicht reden zu dürfen.

Früher hat man gesagt: Ärzte machen keine Fehler, weil wir nicht darüber reden; und wir reden nicht darüber, weil wir keine machen. Der Aufwand, dieses Tabu aufrechtzuerhalten, obwohl Fehler täglich passieren, ist immens. Doch dieses Verhalten ist nicht mehr aktuell: Heute bringen wir der nachwachsenden Ärzte-Generation bei, über Fehler zu sprechen, was für deren Autonomie im Beruf und für deren persönliche Selbstständigkeit eine immens erleichternde Bedeutung hat.

Kann man sagen, dank zunehmender Standardisierung und vielleicht auch Ökonomisierung gibt es so etwas wie eine Realorientierung?

Jedes ökonomische Prinzip übt Zwänge aus, die negativ wie positiv sein können. Doch gerade in der Quality-Safety-Diskussion sind es eher positive.

Kommt dieses Thema in ähnlicher Form in Ihrem Kongress vor?

In Teilbereichen sicher. Wir sprechen zum Beispiel über die so genannte „Second Victim“-Problematik. Hier kommt auch das Thema „Entschuldigung“ zur Sprache, aber ebenso mögliche Reaktionen und Folgen bei den Mitarbeitern. Man vergisst ja oft, welches Entsetzen solche Fehler bei den Verursachern oder auch Mitschuldigen auslösen, das reicht von schweren Verkehrsunfällen auf dem Nachhauseweg bis hin zu Selbstmorden. Und meist ist eben keiner da, mit dem man vertrauensvoll sprechen kann. Daher versucht man heute ein verantwortungsvolles Fehler-Management aufzubauen, was beispielsweise auch die Installation eines Ombudsmanns beinhaltet.

Wie würden Sie das Ziel des Kongresses beschreiben?

Der Kongress hat für die Versorgungsforschung eine wirklich zentrale Bedeutung, weil man an kaum einem Thema Versorgungsforschung so gut exemplifizieren kann wie am Thema der Sicherheit.

Warum ist das so?

Bei der Patientensicherheit ist es eben fast nie so, dass man eine reale Wissenslücke hätte oder ein Umstand nicht bereits wissenschaftlich bewiesen wäre. Im Gegenteil: Es ist fast immer so, dass man im Prinzip ganz genau weiß, wie eine Behandlung ablaufen sollte. Und es ist eben auch kein kognitives Problem, wenn man dann trotzdem Patienten verwechselt oder sich vor dem Verbandswechsel nicht die Hände

desinfiziert - trotzdem passiert es in der Hektik des Alltags, eben meist durch eine Aneinanderkettung von kleineren Fehlern.

Wir haben es eben mit einem Umsetzungsproblem zu tun.

Genau das ist die Stärke der Versorgungsforschung und genau deshalb ist die Safety-Thematik ein klassisches Thema für sie: Safety ist absolut outcome-relevant und hat stark mit der adäquaten Umsetzung von Wissen zu tun.

Und dennoch ist das Aktionsbündnis Patientensicherheit, das Sie bis Mai 2009 leiteten, erst im April 2005 gegründet worden – man könnte auch sagen: ziemlich spät.

Was aber logisch ist, wenn man bedenkt, dass bei uns die Qualitätsdiskussion später begann als in anderen Ländern. Aber dafür erfahren wir auch eine große professionelle Unterstützung von allen Seiten. Denn Sicherheit ist so ziemlich das einzige Thema, unter dem sich das gesamte Gesundheitswesen ohne Wenn und Aber zusammengefunden hat.

Und irgendwann wird das Thema Sicherheit auch unter Evidenzgesichtspunkten beleuchtet werden müssen.

Dies wird dann der Fall sein, wenn ein schwerer Zwischenfall in einem Krankenhaus auftritt, das alle gängigen Empfehlungen zur Verbesserung der Patientensicherheit einsetzt. Genau dann wird in vorhersehbarer Weise die Diskussion losbrechen, was für eine modische Geschichte Patientensicherheit doch ist, aber was sie denn wirklich genützt hätte. Und damit wird die Safety-Szene wie in anderen Ländern auch unter der unbedingten Notwendigkeit stehen, Zahlen, eben Evidenz auf den Tisch zu legen. Hierdurch begründet sich auch die Existenz unseres Instituts.

Wie viel Evidenz haben wir in der Sicherheitsdiskussion zur Zeit?

Das ein echtes Problem. In Deutschland haben wir zwar sinnvolle Projekte mit einer durchwegs hohen Augenscheinvalidität durchgeführt. Aber es existiert zur Zeit zum Beispiel keine einzige Studie in Deutschland, die den Nutzen eines Patientenarmbands wirklich aufzeigt.

Man kann es sicher annehmen, aber das reicht künftig ebenso sicher nicht mehr. Aus diesem Grund haben Sie beispielsweise kürzlich eine große bundesweite Krankenhausbefragung gestartet - mit dem Ziel, den Einführungsstand des klinischen Risikomanagements zu eruieren.

Deren Ergebnisse werden erstmals auf dem Kongress vorgestellt. Bei diesem Thema hatten wir eine gute Unterstützung durch Bundesärztekammer, Pflegerat, Deutsche Krankenhausgesellschaft und die AOK, für die wir diese Studie sozusagen als Auftragsarbeit durchgeführt haben.

Wird der Kongress für die Safety-Szene eine Art Fünfjahresbilanz?

Ja, nachdem die Amerikaner ihre Fünfjahresbilanz bereits 2005 gezogen haben, sind wir eben erst jetzt im Jahre 2010 so weit. Dafür kommen gleich zwei Dinge zusammen: Für die Safety-Szene ist die Zeit der Evidenz angebrochen, und für die Versorgungsforschung jene der realen Aufgaben, nachdem das Definitorische so ziemlich abgeschlossen ist. Deswegen heißt der Titel des Kongresses „Patientensicherheit im Fokus der Versorgungsforschung“. <<

Das Gespräch führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Kongressprogramm: Patientensicherheit im Fokus der Versorgungsforschung - von der Praxis zur Evidenz

Donnerstag, 30.09.

Raum	8:00				9:00				10:00				11:00				12:00				13:00				14:00				15:00				16:00				17:00				18:00		20:00
	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	
1 Plenum	10:30 - 11:30 Pressekonferenz 11:45 Begrüßung												Patientensicherheit und Versorgungsforschung: Evidenz, Evaluation und Perspektive								1.1 Methoden und deren Beitrag in der Patientensicherheitsforschung: Kurzstatements				3.1 Methodik in der Versorgungsforschung: Memorandum III				Festveranstaltung bis 20:00														
2	Pre-Conf. DNVF																				2.2 Patientensicherheit und betriebswirtschaftliches Ergebnis: Zahlen, Daten, Fakten				2.3. Status quo: Wo steht das APS nach 5 Jahren?																		
3	Pre-Conf. DNVF																				4.1 Leitlinienreue unter dem Aspekt der Patientensicherheit				4.2 Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik																		
4	Pre-Conf. DNVF																				3.2 Qualitative Methoden				1.1.1 Routinedaten und Patientensicherheit																		
5	Pre-Conf. DNVF																				5.1 Arzneimitteltherapiesicherheit				5.2 Qualität der Versorgung I																		
6	Pre-Conf. DNVF																				2.10 Patient Safety auf EU-Ebene: Projekte und Erfahrungen				2.11 Praxis und Beratung zum Klinischen Risikomanagement im Krankenhaus																		

Freitag, 01.10.

Raum	8:00				9:00				10:00				11:00				12:00				13:00				14:00				15:00				16:00				17:00		18:00		19:30
	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30			
1 Plenum	4.3 Patientensicherheit und klinische Aus- und Weiterbildung				1.2.1 Patientensicherheit und -forschung in den klinischen Fachgesellschaften				2.1 5 Jahre APS – APS in 5 Jahren				Podiumsdiskussion				3.2 Messen und zählen				3.0 Versorgungsforschung an den Medizinischen Fakultäten				bis 19:30 Mitgliederversammlung des APS																
2	2.12 IT und Patientensicherheit: Möglichkeiten und Grenzen				2.5 Arzneimitteltherapiesicherheit				5.3 Methodik der Versorgungsforschung				Posteritzung				2.6 Versorgungsforschung und Recht: medizinischer Standard und medizinischer Nutzen – EbM und Methoden der Wissensgenerierung sowie -bewertung				2.4. CIRS: Das CIRS-Netz Deutschland				bis 19:30 Mitgliederversammlung des DNVF																
3	APS AG Medizinprodukte-assoziierte Risiken				4.4 Operative Medizin				3.4 Organisationsfaktoren								4.5 Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde				4.6 Patientensicherheit und Versorgungsforschung in der Onkologie																				
4	Pre Conf. APS AG				1.1.2 Von der Idee bis zur Publikation – worauf kommt es an?				4.9 Pflege und Pflege(wissenschaft)								1.2.3 QM und Patientensicherheit				1.1.5 Epidemiologie unerwünschter Ereignisse und Fehler																				
5	Pre Conf. APS AG				1.1.6 Roche Symposium: Aktueller Stand und zukünftige Entwicklungen in der onkologischen Versorgungsforschung				5.7 Kinder- und Jugendmedizin								1.1.3 Rolle der Patienten und Patient-Reported Outcomes in der Patientensicherheit				4.12 Operative Medizin II																				
6	Pre Conf. APS AG				3.3 Gesundheitsökonomische Analysen in der Versorgungsforschung				4.10 Zukunfts- und Best-Practice-Modelle der primärärztlichen Versorgung								5.4 Fehler erkennen und Folgen vermindern				3.7 AG Epidemiologie des DNVF																				

Samstag, 02.10.

Raum	8:00				9:00				10:00				11:00				12:00				13:00				14:00				15:00				16:00				17:00		18:00	
	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30		
1 Plenum	1.3 Über den Tellerrand schauen								3.6 Patientensicherheit Evidenz-basiert?				Abschlussveranstaltung: Sicherheitskultur																											
2	2.8 Medizinprodukte-Sicherheit								4.8. Alter und Patientensicherheit																															
3	3.5 Nutzen von klinischen Studien und Registern für die Patientensicherheit in der Chirurgie								2.9 Aktion Saubere Hände																															
4	4.7 Chronische Erkrankungen – für Patientensicherheit und Versorgungsforschung die Herausforderung der Zukunft								1.4 Nationaler Versorgungsatlas Gesundheit																															
5	5.5 Psychiatrie und Psychotherapie								5.6 Qualität der Versorgung II																															
6	4.11 Medizinsoziologische Aspekte der Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Leistungen unter besonderer Berücksichtigung der Patientensicherheit								3.8. AG Lebensqualität des DNVF																															

ab 13:30
Abschluss
und Einladung auf den
10. DKVF
und die
6. Jahrestagung des APS

Legende

Patientensicherheit im Fokus der Versorgungsforschung	Track 1
Themen und Angebote des APS	Track 2

Methodik	Track 3
Klinische und methodische Fachgesellschaften	Track 4

Freie Vorträge	Track 5
----------------	---------

Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen und ihre Einflüsse auf die Versorgungsforschung:

Versorgungsforschung als Basis einer innovativen Evaluationskultur

Nach der Bundestagswahl 2009 forderten CDU, CSU und FDP gemeinsam „Mehr Forschung in der Versorgung“. Diese Forderung wurde auch in den Koalitionsvertrag aufgenommen. Dort heißt es (Koalitionsvertrag, S. 93): „Erkenntnisse über das Versorgungsgeschehen unter Alltagsbedingungen sind dabei besonders wichtig, damit die Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung bei begrenzten Ressourcen weiter steigt. Daher werden wir die Versorgungsforschung systematisch ausbauen.“ Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) unterstützt diese Zielsetzung nachdrücklich und begrüßt in diesem Zusammenhang auch die aktuelle Förderung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), das im Februar 2010 zunächst 54 Millionen Euro für Studien in der Versorgungsforschung sowie zum Aufbau von Zentren der gesundheitsökonomischen Forschung bereitgestellt hat.

>> Die durch das BMBF angekündigte nachhaltige Stärkung der Versorgungsforschung über einen längeren Zeitraum könnte wesentlich zur Verstärkung der Forschungsaktivitäten in diesem Bereich beitragen. Neben der Forschungsförderung aus Steuermitteln und durch die Bundesärztekammer sind ergänzend aber auch weitere Finanzierungsquellen denkbar. So erkennen Krankenkassen im Rahmen ihres Tagesgeschäfts heute zwar Versorgungsdefizite und Forschungsbedarf, die Durchfüh-

rung der zur Klärung notwendigen Studien scheitert aber häufig an fehlenden monetären Mitteln, breit angelegte Forschung darf derzeit nicht aus Beitragsgeldern finanziert werden. Daher hat auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) in seinem 2009er Gutachten vorgeschlagen, eine gesetzliche Grundlage für eine solche Finanzierung zu schaffen. Auch dies wäre ein weiterer wichtiger Schritt zum systematischen Ausbau der Versorgungsfor-

schung in Deutschland.

In seinem aktuellen Gutachten findet sich die aktuelle Empfehlung, dass „den Kassen gesetzlich die Möglichkeit eingeräumt werden“ sollte, solche Studien mit einem festen prozentualen Anteil der Leistungsausgaben zu finanzieren (z.B. 0,1 %)“ (S. 515). Bei Umsetzung dieses Vorschlags könnte die GKV im Jahr über 160 Millionen Euro in Studien investieren. Alternativ könnte die Finanzierung, vergleichbar mit der Regelung beim InEK

Summary

Das AMNOG könnte ein „Einfallstor“ für Versorgungsforschung „light“ und verkappte Marketingstudien sein. Bei Markteinführung fehlende Head-to-Head-Studien verursachen erhebliche Probleme in der Praxis, da oft unklar ist, welche der verfügbaren Therapiemaßnahmen bei welchem Patienten der Vorzug zu geben ist. Eine vergleichende Effektivitätsforschung kann hierbei Abhilfe leisten. Effektivitätsverluste beim Transfer klinischer Forschungsergebnisse in die Patientenversorgung können z.B. aus strukturellen Barrieren, monosektoralen Betrachtungen oder patientenseitigen Umsetzungsverlusten resultieren. Die fehlende Umsetzung des mit dem GMG ab 2004 geplanten gemeinsamen Datenpools (SGB V §§ 303a-f) durch Krankenkassen und kassenärztliche Vereinigungen schwächt die Versorgungsforschung.

Literatur

- Bundesärztekammer: Rahmenkonzept zur Förderung der Versorgungsforschung. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.6.3289>
- Bundesministerium für Bildung und Forschung: Pressemitteilung 09.Februar 2010 Schavan: „Forschung sichert beste Versorgung für Patienten“ <http://www.bmbf.de/press/2782.php>
- Dippel FW, Schneider T, Schöffski O, Kleinfeld A, Ponzel R (2009) Insulin glargin: eine kostengünstige Alternative im Vergleich zu NPH-Insulin. *Monitor Versorgungsforschung* 2 (6): 31 - 35
- Donner-Banzhoff N, Schrappe M, Lelgemann M (2007) Studien zur Versorgungsforschung. Eine Hilfe zur kritischen Rezeption. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 101(7): 463-471.
- Federal Coordinating Council for Comparative Effectiveness Research: Comparative Effectiveness Research Funding. <http://www.hhs.gov/recovery/programs/cer/>
- Glaeske G, Augustin M, Abholz H, Banik N, Brüggjenjürgen B, Hasford J, Hoffmann W, Kruse J, Lange S, Schäfer T, Schubert I, Trampisch HJ, Windeler J (2009) Epidemiologische Methoden für die Versorgungsforschung. *Gesundheitswesen* 71(10): 685-93.
- Glaeske G, Rebscher H, Willich S (2010) Versorgungsforschung: Auf gesetzlicher Grundlage systematisch ausbauen. *Dtsch Arztebl* 107 (26): A 1295-7. Im vorliegenden Beitrag werden Gedanken dieser Publikation vertieft.
- Hoffmann F, Glaeske G (2009) Versorgungsforschung: Interessenslagen und mangelnde Transparenz. *Monitor Versorgungsforschung* 2(5): 20-21.
- Kiencke P, Rychlik R, Grimm C, Daniel D (2010) Krankheitskosten bei Alzheimer-Demenz. *Med Klin* 105: 327-33
- Koalitionsvertrag CDU, CSU UND FDP: WACHSTUM.BILDUNG.ZUSAMMENHALT.DER KOALITIONSVERTRAG ZWISCHEN CDU, CSU UND FDP. 2009.<http://www.cdu.de/portal2009/29145.htm>
- Pfaff H, Glaeske G, Neugebauer EAM, Schrappe M (2009) Memorandum III: Methoden für die Versorgungsforschung (Teil 1). *Das Gesundheitswesen* 71 (8/9): 505 - 510
- Rebscher H: Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl. *Frankfurter Allgemeine* 15.05.2009 (Seite B4).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen (Gutachten 2005). Stuttgart: Kohlhammer 2006.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Gutachten 2009 Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Langfassung. Bonn. 2009
- Schädlich PK, Hagemeyer EG, Gothe H, Höer A, Landgraf W, Häussler B (2009) Ressourcenverbrauch und Kosten der Behandlung von Typ-2-Diabetikern mit Insulin glargin oder Insulindetemir: Ergebnisse der Live-KK Studie. *Diabetologie & Stoffwechsel* 4: S79. Abstract P 229
- Schneeweiss S (2007) Developments in post-marketing comparative effectiveness research. *Clin Pharmacol Ther* 82(2): 143-56.
- Tunis SR, Dtryer DB, Clancy CM (2003) Practical clinical trials: increasing the value of clinical research for decision making in clinical and healthy policy. *JAMA* 290 (12): 1624-32
- Wiethage J, Ommen O, Ernstmann N, Pfaff H (2009) Transparenz als Voraussetzung für Innovation in der Versorgungsforschung: Defizite am Beispiel der Evaluation von Managed-Care-Modellvorhaben. *Gesundheitswesen* DOI 10.1055/s-0029-1239567 (publ. Ahead)
- Windeler J, Antes G, Behrens J, Donner-Banzhoff N, Lelgemann M (2008) Randomisierte klinische Studien (RCTs). *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 102(5): 321-5.

(Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus), über definierte Leistungsfälle auf alle betroffenen Kostenträger verteilt werden. Aus der GKV kommt daher der Vorschlag, zur Finanzierung der Versorgungsforschung einen Systemzuschlag (Forschungscents) zu erheben (Rebscher, 2009). Angesichts der sich abzeichnenden großen zukünftigen Herausforderungen für unser Gesundheitssystem kann gar kein Zweifel daran bestehen, dass eine praktisch relevante und methodisch hochwertige Versorgungsforschung eine lohnende Investition in die Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens und in die optimale Versorgung der Versicherten darstellt. Die politische Debatte über die nächsten Schritte zum systematischen, nachhaltigen Ausbau der Versorgungsforschung in Deutschland sollte jetzt geführt werden (siehe hierzu auch Glaeske et al., 2010).

Die Ziele von Versorgungsforschung

Ziel der Versorgungsforschung aus Sicht des DNVF ist es, auf konkrete, versorgungsrelevante Fragen zeitnah und patientenzentriert valide, pragmatische Antworten zu geben, die als Grundlage für Entscheidungsprozesse genutzt werden können. Methodisch hochwertige Versorgungsforschung in Deutschland kann sich nur bei langfristig gesicherter, von Anbieter- und Herstellerinteressen unabhängiger Finanzierung weiter entwickeln. (Pfaff et al., 2009) Diese Forderungen und thematischen Schwerpunkte sind auch Gegenstand der bisher publizierten Memoranden des DNVF. Im Memorandum III standen insbesondere die methodischen Anforderungen im Mittelpunkt (Glaeske et al., 2009). Dies war schon deshalb erforderlich, weil sich die Versorgungsforschung als neue Disziplin im Rahmen der Gesundheits- und Sozialwissenschaften einen gesicherten methodischen Rahmen als Referenz für Forschungsvorhaben und deren Begutachtung geben sollte und Begehrlichkeiten von welchen Institutionen oder Einrichtungen auch immer, über die Versorgungsforschung mit ihrer hohen externen Validität Defizite von klinischen Studien im Bezug auf ihre interne Validität wett machen zu können. Die Selektivität der Auswahl von Patientinnen und Patienten z.B. in Zulassungsstudien lässt nämlich kaum Aussagen über die Effektivität der jeweiligen Intervention in unselektierten Patientenpopulationen oder über patientenrelevante Outcomes zu. Erst mit der Versorgungsforschung kann eine Wirksamkeits- und Nutzenbewertung medizinischer Interventi-

onen unter realen Versorgungsbedingungen dargestellt werden. Die Implementierung neuer medizinischer Interventionen in die reale Versorgung ist immer im Vergleich mit klinischen Wirksamkeitsstudien mit Effektivitätsverlusten verbunden (siehe Abbildung). Warum diese entstehen und welche Konsequenzen sich daraus ergeben, gehört zu den wichtigsten Fragen der Versorgungsforschung.

Die Effektivitätsverluste können unterschiedliche Ursachen haben: Beim Transfer

diskreditierten „Anwendungsbeobachtungen“ missbraucht wird; „Anwendungsbeobachtungen“, wie sie z.B. vom medizinisch-industriellen Komplex als „Diffusionsbeschleuniger“ im Arzneimittel- oder Hilfsmittelmarkt angeboten werden und den Ärztinnen und Ärzten eine oft durchaus attraktive zusätzliche Einnahmequelle anbieten.

Letztlich bleiben solche Studien aber wissenschaftlich untaugliche Marketingstudien. Ein „Umlabeln“ in Versorgungsforschungsstu-

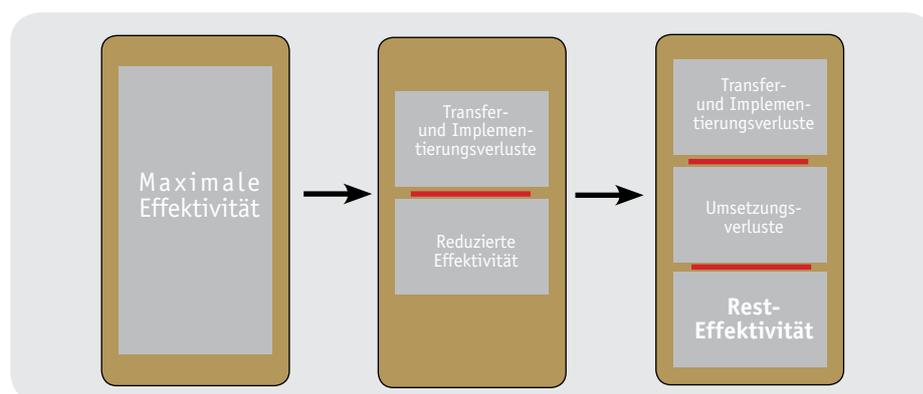


Abb. 1: Effektivitätsverluste medizinischer Hilfspotenziale durch Transfer, Implementierung und Umsetzung, Quelle: SVR 2005, Ziffer 793

und der Implementierung der Ergebnisse aus der klinischen Forschung in die Patientenversorgung kann es durch strukturelle Barrieren (z.B. unterschiedliche Anforderungen zur Nutzung von Innovationen im stationären oder ambulanten Bereich oder finanzielle Budgets), durch mangelnde Anreize zur Nutzung von Innovationen (die Wirtschaftlichkeit einer Maßnahme, die bei transsektoraler Betrachtung durchaus Vorteile hätte, wird nur monosektoral betrachtet (z.B. Arzneimittel, die Operationen überflüssig machen, aber durchaus hochpreisig sind) oder durch patientenseitige Umsetzungsverluste (Defizite in der Adhärenz („Compliance“)) zu einer Verringerung der in klinischen Studien gezeigten Effektivität kommen. Ausmaß, Gründe und Konsequenzen dieses Efficacy-Effectiveness-Gaps, dieses Unterschieds zwischen der maximalen Effektivität aus selektiven Studienbedingungen mit hoher interner Validität und der realen Patientenversorgung können im Rahmen von Versorgungsforschungsstudien mit hoher externer Validität untersucht werden – dies macht letztlich auch die Bedeutung und den Vorteil von Versorgungsforschung aus.

Gerade wegen dieser Vorzüge ist die Versorgungsforschung allerdings auch einer wachsenden Begehrlichkeit ausgesetzt: Es besteht nämlich die Gefahr, dass sie als quasi wissenschaftliche Umschreibung der allgemein-

dien, und hierfür gibt es Beispiele, ist wissenschaftliches Fehlverhalten! Versorgungsforschung „light“ muss daher von allen abgelehnt werden, die sich um die wissenschaftliche Akzeptanz und die Forschungsqualität dieses zumindest national neuen, aber sich stürmisch entwickelnden Forschungsgebietes bemühen (Donner-Banzhoff et al., 2007).

Missbrauchsgefahr der Versorgungsforschung durch das AMNOG?

Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz vom Juni 2010 (AMNOG) könnte ein solches „Einfallstor“ für Versorgungsforschung „light“ sein. Die Nutzenbewertung neuer Arzneimittel ist nach wie vor eine Forderung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), sie ist im 5. Sozialgesetzbuch (SGB V) seit dem 1.1.2004 verankert. Hinzu kommt nun seit dem 1.4.2007 die Kosten-Nutzen-Bewertung und damit die Frage nach dem Nutzen-Vergleich bestimmter Maßnahmen, der dann auch zu einer Kostenbewertung führen soll (siehe § 35 b SGB V). Ohne Zweifel werden damit rechtliche Anforderungen gestellt, die im Rahmen der Versorgungsforschung „abgearbeitet“ werden können, wenn es darum geht, den patientenrelevanten Nutzen und die Kosten für eine medizinische Maßnahme

in ein angemessenes Verhältnis zu setzen.

Die Vermutung ist allerdings, und hierfür gibt es bereits erste Beispiele, dass auf einer methodisch zweifelhaften Basis Studien für eine solche Bewertung vorgelegt werden, die unter der Überschrift „Versorgungsforschung“ eine wissenschaftliche und patientennahe Basis für die gezielt vorteilhaften Ergebnisse signalisieren sollen. Ein Vergleich von Diuretika, ACE-Hemmern und Sartanen, der auf der Basis einer retrospektiven Auswertung von Sekundärdaten das Ergebnis hat, dass Sartane die höchste Adhärenz bei Patientinnen und Patienten zu haben scheinen, spricht nicht schon deshalb für einen höheren Nutzen der Sartane, die daher auch etwas teurer sein dürfen. Endpunktstudien, z.B. im Hinblick auf die kardiovaskuläre Mortalität oder die Häufigkeit von Ereignissen wie Herzinfarkten und Schlaganfällen, können nicht durch Adhärenzstudien im Rahmen von Versorgungsforschung substituiert werden. Schließlich bestimmt auch in der Versorgungsforschung die Fragestellung die Methodik – und die wäre in diesem Fall sicherlich die randomisierte klinische Studie (Phase IV) (Schneeweiss, 2007; Windeler et al., 2008).

Die gleiche Kritik trifft auch auf Studien zu, die zwar zeigen, dass ein bestimmtes Antidementivum die Belastung der Pflege senkt und damit in dieser Weise Einsparungen für das Versorgungssystem bedeuten kann, in denen aber „vergessen“ wird, andere und von der Evidenz her überlegene Antidementiva mit in die Auswertungen einzubeziehen (Kiencke et al, 2010; besprochen in Hoffmann/Glaeske, 2009). Auch dies ist eine „Versorgungsforschung“, die nichts anderes darstellt als eine „verkappte“ Marketingstudie – mit den Anforderungen an eine methodisch abgesicherte Versorgungsforschung haben derartige Studien rein gar nichts zu tun.

Versorgungsforschung als notwendige Ergänzung klinischer Forschung

Einigkeit sollte darin bestehen, dass Versorgungsforschung eine notwendige Ergänzung klinischer Studien darstellt. In Studien wie z.B. den Arzneimittelzulassungsstudien, die dem primären Zweck dienen, die Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und pharmazeutische Qualität nachzuweisen, damit das jeweilige Arzneimittel die Zulassung erhält und auf dem Markt angeboten und abgesetzt werden kann, geht es primär nicht um den Patientennutzen. So schränkt das oft stark selektierte Patientenkollektiv sowie die randomisierte

und kontrollierte Situation in einer klinischen Studie die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Praxis ein. Die Anzahl von eingeschlossenen Patienten ist meist zu gering, um seltene Endpunkte (wie z.B. unerwünschte Therapieeffekte) mit ausreichender statistischer Power identifizieren zu können. Zudem werden gerade im Bereich der Arzneimittel die zulassungsrelevanten Studien oft nur im Vergleich zu Placebo durchgeführt; Daten zur vergleichenden Wirksamkeit mit anderen verfügbaren Therapien (Head-to-Head-Studien) liegen daher bei Markteinführung zumeist nicht vor. Hieraus ergeben sich erhebliche Probleme in der Praxis, da oft unklar ist, welcher der verfügbaren Therapiemaßnahmen bei welchem Patienten der Vorzug zu geben ist.

An diesen Wissenslücken setzt die Versorgungsforschung an. Sie umfasst neben Studien zur Beschreibung und Erklärung der Versorgungssituation auch die wissenschaftliche Evaluation der Umsetzung von Versorgungskonzepten und trifft Aussagen zu erwünschten und unerwünschten Effekten der Intervention. Da Versorgungsforschung explizit die Versorgungsrealität zur Grundlage ihres Forschungsansatzes macht, können verschiedene Therapiemaßnahmen in Bezug auf ihre Effektivität unter Real-Life-Bedingungen miteinander verglichen werden. Gerade in letzter Zeit hat das internationale Interesse an diesem Forschungsbereich („Comparative Effectiveness Research“, übersetzt in etwa „vergleichende Effektivitätsforschung“) enorm zugenommen, nachdem in den USA aufgrund der Wissensdefizite in diesem Bereich mehr als eine Mrd. US\$ für derartige Forschungsvorhaben zur Verfügung gestellt worden sind (Federal Coordinating Council).

Der unbekannte Stellenwert konkurrierender Therapiemaßnahmen führt zu Unklarheiten in der klinischen Praxis und bei der Kosten-Nutzen-Bewertung. Studien im Bereich „Comparative Effectiveness Research“ erscheinen daher in Deutschland gleichermaßen erforderlich wie in den USA. In Ergänzung zu den randomisierten, kontrollierten klinischen Studien werden Versorgungsforschungsstudien unter methodisch adäquater Nutzung von vorliegenden oder zu generierenden Daten (GKV-Routinedaten, Registerdaten etc.) in Zukunft eine zunehmend wichtige Rolle spielen.

Klinische Studien spiegeln eher selten die Realität oder die tatsächlichen Gegebenheiten, Rahmenbedingungen oder Abläufe in den oft überfüllten Krankenhausambulanzen oder Praxen wider. Um solche Ungleichheiten zwischen dem maximal möglichen und tat-

sächlichen Therapieerfolg quantitativ und qualitativ bestimmen zu können, bieten sich sogenannte „Pragmatische klinische Studien“ an (Tunis et al., 2003). Auf dieser Basis kann z.B. eine objektivere Entscheidung darüber gefällt werden, ob eine Behandlung von den Krankenkassen bezahlt werden soll oder nicht. Die derzeitige Diskussion über eine Kosten-Nutzen-Studie, mit der Vorzüge der im Vergleich zu den Humaninsulinen teureren Analoginsuline gezeigt werden soll, weil bei angeblich vergleichbaren Patientengruppen weniger gespritzte Einheiten Insulin zur Kontrolle der Blutzuckers und ein geringerer Verbrauch von Blutzuckerteststreifen anfallen, ist ein Beispiel für solche Studien, die helfen sollen, Ausschlüsse vom GKV-Markt wegen eines nicht vorhandenen Zusatznutzens zu verhindern (Schädlich et al. 2009; Dippel et al., 2009).

In diesen Studien ist es daher von essenzieller Wichtigkeit, die Vergleichsgruppen sinnvoll zu wählen, die eingeschlossenen Patientinnen und Patienten so auszuwählen, dass sie für die Gesamtbevölkerung repräsentativ sind und vorhandene Confounder zu benennen (z.B. in den genannten Studien mangelnde Hinweise auf den BMI, Co-Morbiditäten, den Schweregrad des zu behandelnden Diabetes usw.).

Darüber hinaus müssen auch patientenrelevante Endpunkte berücksichtigt werden, etwa die Auswirkungen auf die Lebensqualität. Dies bedeutet aber auch, dass es bei der Anwendung von z.B. Arzneimitteln zur Behandlung von zu hohem Blutdruck, von Diabetes oder Fettstoffwechselstörungen nicht nur um die Senkung der jeweiligen Messwerte gehen kann, sondern auch um eine erhöhte Lebenserwartung. Nur so kann letztlich eine Aussage darüber getroffen werden, ob bestimmte Medikamente oder Operationen tatsächlich zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes in der jeweiligen Bevölkerung führen. Mit Hilfe einer methodisch gut abgesicherten Versorgungsforschung ist die Beantwortung einer solchen Frage durchaus möglich, dies ist geradezu das zentrale Feld einer richtig verstandenen Versorgungsforschung.

„Versorgungsforschung als Politikfolgenforschung“

Die Politik hat in den letzten Jahren erhebliche Veränderungen für die Patientenversorgung in unserem Gesundheitssystem beschlossen, beispielsweise die Einführung von selektiven Verträgen (z.B. Rabattverträge zwischen Pharmazeutischen Herstellern und

Kassen nach § 130 a Abs. 8 SGB V), von integrierter Versorgung (§ 140 a-f SGB V, z.B. sektorübergreifende Verträge in der Behandlung orthopädischer oder psychischer Erkrankungen) oder von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73 b). Über die Auswirkungen dieser neuen Versorgungsformen ist wenig bekannt, da es keine obligatorische Evaluationspflichtung und transparenzfördernde Maßnahmen gibt (Wiethege et al., 2009)

Wenn aber in unser Gesundheitssystem derartig gravierende Veränderungen eingeführt werden, ist die Darstellung der Auswirkungen und Ergebnisse für die Politiker, für die Beteiligten und vor allem für die betroffenen Patientinnen und Patienten von hoher Relevanz, schließlich sollen nur solche Konzepte auf Dauer Bestand haben und finanziert werden, die ihre Effektivität, ihre Effizienz bezogen auf den Patientennutzen nachgewiesen haben. Bei einer solchen Evaluation könnten unter anderem die den Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen vorliegenden Routinedaten über abgerechnete Leistungen genutzt werden.

Daher sollte die Umsetzung des mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) im Jahr 2004 geplanten gemeinsamen Datenpools (SGB V § 303a-f) der Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen dringend weiterverfolgt werden. Die gesetzlichen Voraussetzungen sind gegeben, die Selbstverwaltung der beiden Körperschaften hat sich bisher allerdings noch nicht auf ein Verfahren zur Nutzung dieser Daten einigen können. Dies schwächt die Umsetzung

bestimmter Vorhaben im Bereich der Versorgungsforschung geradezu vorsätzlich!

Fazit

Es muss das Bestreben aller Beteiligten und Verantwortlichen in unserem Gesundheitssystem sein, die Versorgungsforschung zugunsten der patientenrelevanten Versorgungsqualität zu nutzen und auszubauen. Dabei ist das wichtigste Ziel, in der methodischen Anforderung für eine wissenschaftsbasierte Versorgungsforschung keine Kompromisse zuzulassen, damit dieser nicht international, aber durchaus national neue und so wichtige Wissenschaftszweig nicht für eine interessenorientierte „Legitimations- und Marketingforschung“ missbraucht wird. Viele der aktuellen gesundheitspolitischen Regulationen und Entscheidungen beziehen Studien der Versorgungsforschung mit ein. Es ist daher das Ziel des DNVF, allen erkennbaren Strategien, die zu einer Versorgungsforschung „light“ führen könnten, frühzeitig durch klar formulierte methodische Anforderungen zu begegnen, an denen sich die Forschungsgemeinschaft zu orientieren hat. Es muss das Ziel sein, die in unserem System nur defizitär ausgeprägte Evaluationskultur durch verbindliche Rahmenbedingungen zu überwinden – die Versorgungsforschung ist hierfür das geeignete wissenschaftliche Instrument! <<

Prof. Dr. Gerd Glaeske,

Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer,

Prof. Dr. Holger Pfaff*

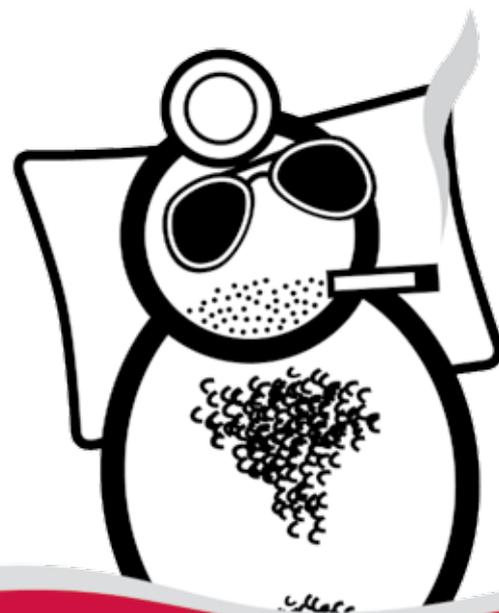
Status Quo der Versorgungsforschung

>> Die Studienrichtung „Versorgungsforschung“ ist auch im Vorfeld des 9. Versorgungsforschungskongresses, der Ende September in Bonn stattfindet, noch ein recht junges Forschungsfeld. Und zudem eines, das es bisher sowohl an hinreichender Transparenz als auch einem konzertierten Vorgehen fehlt, wie es Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler im Titelinterview in „Monitor Versorgungsforschung“ (Ausgabe 02/2010) in Form eines Art Masterplans eingefordert hat. Für diesen Masterplan sollten – so der Minister – schon seit Jahresbeginn Workshops zwischen BMBF und BMG stattfinden, jedoch hat noch kein einziges Treffen stattgefunden.

Etwas Licht ins Dunkel des Status Quo der Versorgungsforschung bringen hingegen zwei Initiativen: Zum einen ist dies eine aktuelle Umfrage von MVF-Herausgeber Prof. Dr. Rein-

hold Roski, die dieser kürzlich initiiert hat, zum anderen ist dies eine wissenschaftliche Studie zum Stand der Versorgungsforschung in Deutschland, die Anfang des Jahres in einer Kooperation von IMVR, WINEG und der TK gestartet worden ist. Binnen eines Jahres soll die Studie Auskunft über Forschungsergebnisse und Kompetenzen im Bereich der Gesundheits- und Krankheitsversorgung geben.

Die Projektleitung haben Prof. Dr. Holger Pfaff (IMVR) und Dr. Frank Verheyen (WINEG) inne, die Projektdurchführung liegt bei Anna Schmidt und Dominique Winter (IMVR) sowie Brigitte Grenz-Farenholtz (WINEG). Ziel der Studie ist es, durch die systematische bundesweite Erfassung von Projekten der Versorgungsforschung in Form einer Projektdatenbank eine Plattform für den Erfahrungsaustausch und Erkenntnisgewinn von Versorgungsforschern entstehen zu lassen. <<



Ich versorg's Dir

Andere Versorgungsforscher treffen und kontaktieren:

faces.doccheck.com



DocCheck[®] Faces

Patentgeschützte Arzneimittel:

Rabattverträge im Vorfeld des AMNOG

Im Fokus des Rabattvertragsgeschehens stehen bislang in der Regel die Generika. Allerdings gab es in den letzten Jahren bei einzelnen Indikationen sowie in speziellen Märkten auch verstärkte Aktivitäten, Rabatte über patentgeschützte Arzneimittel vertraglich zu vereinbaren. Immerhin ist im patentgeschützten Bereich bereits jede 15. Verordnung rabattiert. Zukünftig wird sich das Rabattgeschäft aufgrund des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) deutlich verändern. Neben die dezentralen Verträge von Herstellern mit einzelnen Kassen treten dann auch zentrale Vereinbarungen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband).

>> In Deutschland sind auf Basis der Pharmazentralnummern (PZN) derzeit rund 2,2 Mio. Rabatte zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Herstellern vereinbart. Dieser eher theoretische Wert entspricht der Anzahl der rabattierten pharmazeutischen Produkte, die gemäß Lauer-Taxe im Mai 2010 als rabattiert ausgewiesen werden, unabhängig davon, ob diese Produkte auch verordnungsrelevant sind. Lediglich knapp ein Prozent, dies sind rund 21.000 Vereinbarungen, sind über patentgeschützte Arzneimittel abgeschlossen. Berücksichtigt man die Versorgungsrelevanz der abgeschlossenen Vereinbarungen anhand der aktuellen Verordnungssituation, ist diese trotz der eher geringen Anzahl an Einzelvereinbarungen gegeben: So sind aktuell 3,7 Mio. rabattierte Verordnungen patentgeschützter Arzneimittel p.a. (Juni 2009 - Mai 2010) zu Lasten der GKV abgerechnet worden. Dies entspricht 6,6 Prozent aller

GKV-Verordnungen bzw. 6,4 Prozent der Bruttoausgaben für patentgeschützte Arzneimittel (vgl. Abb. 1).

In der jüngeren Vergangenheit gab es immer wieder Bestrebungen, auch innovative Arzneimittel zum Bestandteil von Rabattverträgen gemäß § 130a Absatz 8 SGB V zu machen. Neben „klassischen“ produktbezogenen Rabattverträgen mit dem Fokus „Preis“ – wie etwa Rabattvereinbarungen im Zuge eines Patentablaufes - werden dabei teilweise auch begleitende Dienstleistungen an Rabatte gekoppelt (sog. Bundling) oder aber definierte Therapieendpunkte (Outcome) in die Vertragsgestaltung integriert.

Mehrwert und Outcome statt Preis im Fokus

Eine reine Orientierung am Preis zeigte sich für Rabattverhandlungen über patentge-

Summary

Rabattierte Verordnungen über patentgeschützte Arzneimittel sind aktuell eher die Ausnahme als die Regel. Lediglich 6,6 Prozent der Verordnungen über patentgeschützte Arzneimittel sind rabattiert. Etwa zwei Drittel dieser Verordnungen entfallen auf Insulinanaloga. Bedingt durch das AMNOG werden die bisher dezentralen Verträge zwischen Herstellern und einzelnen Kassen künftig durch zentrale Vereinbarungen mit dem GKV-Spitzenverband ergänzt werden. Damit ist mittelfristig mit einem Anstieg der Rabattvereinbarungen über patentgeschützte Arzneimittel zu rechnen. Die Rolle der Versorgungsforschung und deren elementare Forderungen beispielsweise nach Patientenorientierung und Transparenz werden mit dem AMNOG keine entscheidende Stärkung erfahren..

schützte Pharmazeutika als nicht zielführend. Da aufgrund der gegebenen Verschiedenartigkeit der Innovationen eine Substitution innerhalb der Apotheke – wie bei generischen Rabattverträgen - nicht möglich ist, kann die Kasse dem Rabattpartner keinen höheren Absatz als Ausgleich für den gewährten Rabatt garantieren. Für die Kopplung von Zusatzleistungen an ein Produkt gilt dies analog. Hier müssen komplexere Mehrwerte für den Rabattpartner (den Hersteller) gefunden werden, um einen solchen Vertrag für beide Parteien interessant erscheinen zu lassen. Das könnte zum Beispiel eine Laufzeit sein, die über den Patentauslauf hinausgeht.

Auch eine Orientierung am Therapieerfolg könnte interessant werden. Ein Beispiel zur Orientierung an Therapieendpunkten ist die Vereinbarung zum Osteoporoseprodukt „Aclasta“, welche der Hersteller Novartis mit den Krankenkassen BARMER GEK sowie DAK als Risk-Share-Vertrag abgeschlossen hat: Das Medikament, das Knochenbrüche vermeiden helfen soll, wird einmal jährlich als Infusion verabreicht. Im Rahmen eines Risk-Share-Vertrags wird das Risiko des Misserfolgs einer Behandlung zwischen Krankenkasse und pharmazeutischem Unternehmen geteilt. Im Misserfallsfall, also bei einem Knochenbruch, kommt es zu einer Teilkostenübernahme bzw. Erstattung des Arzneimittelpreises. Eine solche Outcome-Orientierung ist nicht bei allen Indikationen trivial, da der Outcome oftmals kaum direkt messbar ist. Damit liegt auch bei diesen Vertragsmodellen ein Hemmschuh für eine breite Umsetzung.

Hauptindikationsbereiche der Rabattverträge über patentgeschützte Arzneimittel

Insbesondere innovative Medikamente zur Diabetes-Therapie sind Bestandteil von Ra-

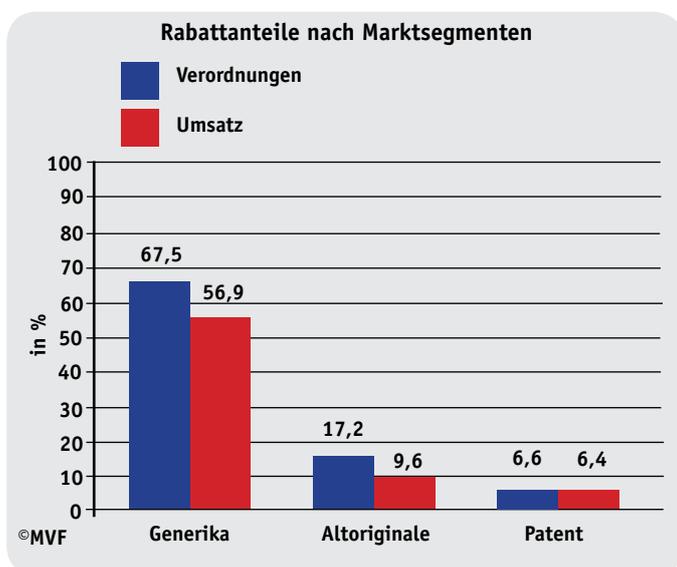


Abb. 1: Anteile rabattierter Verordnungen an allen Verordnungen sowie rabattierter Umsätze an allen Brutto-Umsätzen (jeweils AVP) je Marktsegment Juni 2009 bis Mai 2010 (Quelle: NVI-KT, INSIGHT Health).

Tab 1: Top 25 der patentgeschützten Rabattarzneimittel (nach AVP-Umsatz Juni 2009 bis Mai 2010, ohne Berücksichtigung gewährter Rabatte; Quelle: NVI-KT, INSIGHT Health).

Top 25 der patentgeschützten Rabattarzneimittel					
Rang	Patentgeschütztes Produkt	Hersteller	Substanz	Substanzgruppe und ausgewählte therapeutische Einsatzgebiete (in Klammern)	Anteil rabattierte Verordnungen Mai 2010
1	Enbrel	Wyeth-Pharma	Etanercept	Anti-TNF-Präparat (Rheumatische Erkrankungen, Psoriasis)	49,6 %
2	Novorapid	Novo-Nordisk	Insulin aspart	Humaninsulin und Analoga, sofort wirksam (Diabetes mellitus)	98,7 %
3	Humalog	Lilly	Insulin lispro	Humaninsulin und Analoga, sofort wirksam (Diabetes mellitus)	96,4 %
4	Plavix	Sanofi-Aventis	Clopidogrel	Adenosindiphosphat-Rezeptor-Antagonist / Thrombozytenaggregationshemmer (Vorbeugung der Bildung von atherothrombotischen Ereignissen)	89,2 %
5	Iscover	Bristol-Myers Squibb	Clopidogrel	Adenosindiphosphat-Rezeptor-Antagonist / Thrombozytenaggregationshemmer (Vorbeugung der Bildung von atherothrombotischen Ereignissen)	88,0 %
6	Arimidex	AstraZeneca	Anastrozol	Cytostoskopischer Aromatase-Inhibitor (Adjuvante Behandlung von postmenopausalen Frauen mit Mammakarzinom)	87,7 %
7	Apidra	Sanofi-Aventis	Insulin glulisin	Humaninsulin und Analoga, sofort wirksam (Diabetes mellitus)	93,4 %
8	Lantus	Sanofi-Aventis	Insulin glargin	Langzeit-Humaninsulin und Analoga (Diabetes mellitus)	34,1 %
9	Liprolog	Berlin-Chemie	Insulin lispro	Langzeit-Humaninsulin und Analoga (Diabetes mellitus)	94,5 %
10	Humalog Mix	Lilly	Insulin lispro + Insulin lispro-Isophan	Humaninsulin und Analoga, intermediär, sofort wirksam (Diabetes mellitus)	98,3 %
11	Olmotec	Daiichi-Sankyo	Olmesartan	Angiotensin-II-Antagonisten, rein (Hypertonie)	33,9 %
12	Novomix	Novo-Nordisk	Insulin aspart + Insulin aspart-Isophan	Humaninsulin und Analoga, intermediär sofort wirksam (Diabetes mellitus)	99,3 %
13	Olmotec Plus	Daiichi-Sankyo	Olmesartan + Hydrochlorothiazid	Angiotensin-II-Antagonisten + Hypertensiva und/oder Diuretikum (Hypertonie)	32,3 %
14	Levemir	Novo-Nordisk	Insulin detemir	Langzeit-Humaninsulin und Analoga (Diabetes mellitus)	6,3 %
15	Cellcept	Roche Pharma	Mycophenolsäure	Andere Immundepressiva (Prophylaxe von akuten Transplantatabstoßungsreaktionen)	35,2 %
16	Femara	Novartis Pharma	Letrozol	Cytostoskopischer Aromatase-Inhibitor (Adjuvante Behandlung von postmenopausalen Frauen mit Mammakarzinom)	9,8 %
17	Reminyl	Janssen Cilag	Galantamin	Cholinesteraseinhibitor (Demenz vom Alzheimer-Typ)	19,6 %
18	Mircera	Roche Pharma	PEG-Epoetin beta	Erythropoetinpräparate, sog. EPO (Anämie bei Dialysepatienten)	14,6 %
19	Aclasta	Novartis Pharma	Zoledronsäure	Bisphosphonate (Osteoporose bei postmenopausalen Frauen mit einem erhöhten Risiko für Knochenbrüche)	42,1 %
20	Liprolog Mix	Berlin-Chemie	Insulin lispro + Insulin lispro-Isophan	Humaninsulin und Analoga, intermediär sofort wirksam (Diabetes mellitus)	96,0 %
21	Lucentis	Novartis Pharma	Ranibizumab	Mittel gegen okuläre Neovaskularisation (Altersbezogene Makuladegeneration)	63,5 %
22	Tarceva	Roche Pharma	Erlotinib	Antineoplastischer Protein-Kinase-Inhibitor (Nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom und Pankreaskarzinom)	6,9 %
23	Coaprovel	Sanofi-Aventis	Irbesartan + Hydrochlorothiazid	Angiotensin-II-Antagonisten + Hypertensiva und/oder Diuretikum (Hypertonie)	6,5 %
24	Actonel plus Calcium D	Warner Chilcott	Calciumcarbonat + Risedronsäure + Colecalciferol	Bisphosphonate bei Osteoporose und ähnlichem (Postmenopausale Osteoporose)	15,2 %
25	Aprovel	Sanofi-Aventis	Irbesartan	Angiotensin-II-Antagonisten, rein (Hypertonie)	7,4 %

battvereinbarungen. Gemessen am aktuellen Verordnungsgeschehen (Juni 2009 bis Mai 2010) haben Arzneimittel aus dem Bereich Diabetes einen Anteil von 68,8 Prozent an den Verordnungen von rabattierten patentgeschützten Arzneimitteln (vgl. Abb. 2). Dies ist der besonderen Situation der Insulinanaloge (ATC3: A10C) geschuldet: Nachdem im Juli 2006 der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen hat, dass kurzwirksame Insulinanaloge bei der Behandlung des Typ-2-Diabetes nur in Ausnahmefällen erstattungsfähig sind, haben die Hersteller mit nahezu allen Krankenkassen Rabattverträge abgeschlossen, die eine weitere Verschreibung der Insulinanaloge ermöglichen. Rabattverträge sind in diesem Fall also ein notwendiges Vehikel zur Sicherung des Marktzugangs. Auch für langwirksame Insulinanaloge werden zunehmend dezentrale Verträge abgeschlossen. So haben die Hersteller zu deren Wirkstoffen Insulin Glargin (Lantus, Sanofi-Aventis) und Detemir (Levemir, Novo Nordisk) derzeit bereits 126 resp. 54 Rabattverträge abgeschlossen, die in der Summe jeweils um die 60 Prozent der GKV-Versicherten erreichen. Da laut G-BA-Beschluss vom 14. Juli 2010 diese Wirkstoffe nur noch zu Lasten der Kassen verordnet werden dürfen, wenn keine Mehrkosten im Vergleich zu Humaninsulin entstehen (vgl. BAnz Nr. 103, S. 2422), werden sicherlich weitere Rabattverträge folgen.

Neben den Insulinanaloge stammen rabattierte patentgeschützte Medikamente insbesondere aus dem Verordnungskontext von Blut und blutbildenden Organen sowie des kardiovaskulären Systems. Hier sind es Marktbesonderheiten wie die spezielle Wettbewerbssituation beim Thrombozytenaggregationshemmer Clopidogrel (ATC3: B01C mit 15,9 Prozent) oder im umkämpften Markt der Blutdrucksenker, wo es die unterschiedlichen Sartane (Angiotensin-II Antagonisten; ATC3: C09C mit 4,4 Prozent und C09D mit 4,0 Prozent) sind, die das Bild des Rabattgeschehens unter Patentschutz verordnungseitig prägen.

Nahezu vergleichbar stellt sich das Bild dar, wenn man die Ausgabenseite fokussiert, jedoch mit ein paar Besonderheiten. Nach Arzneimittelausgaben ist das wichtigste rabattierte, patentgeschützte Produkt das Anti-TNF-Präparat „Enbrel“ von Wyeth, welches u.a. zur Behandlung von rheumatischen Erkrankungen und Psoriasis eingesetzt wird. Knapp 50 Prozent der GKV-Verordnungen dieses Präparats waren im Mai 2010 rabattiert. Patentgeschützte Arzneimittel aus

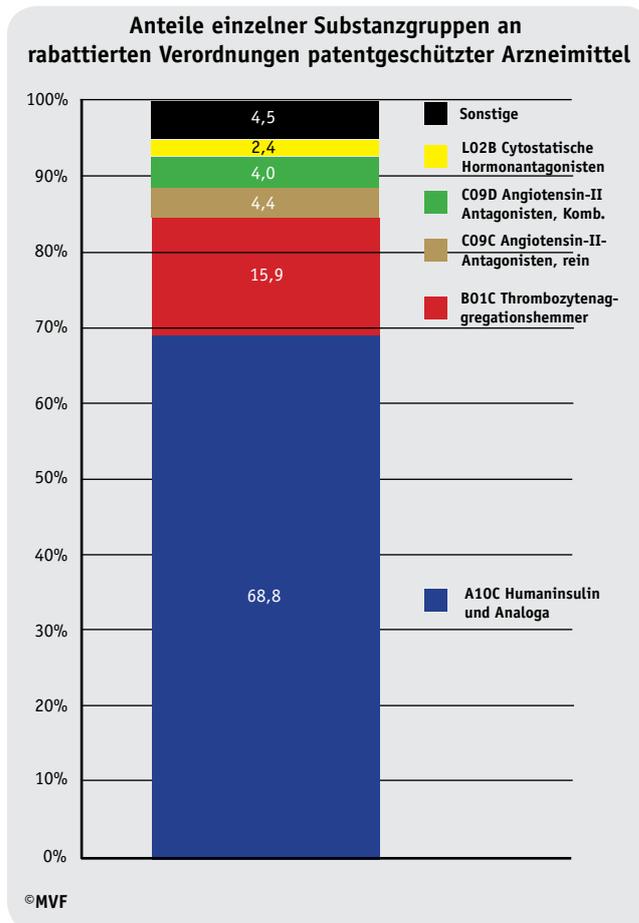


Abb. 2: Anteil einzelner Substanzgruppen (ATC3) an rabattierten patentgeschützten Verordnungen Juni 2009 bis Mai 2010 (Quelle: NVI-KT, INSIGHT Health).

dem onkologischen und nephrologischen Bereich, ein Alzheimer- sowie ein Erythropoetin-Präparat komplettieren die umsatzseitige Übersicht. Tabelle 1 gibt Auskunft über die nach Umsatz wesentlichen patentgeschützten Rabattprodukte (Basis: Juni 2009 bis Mai 2010).

Änderungen des Rabattgeschehens durch das AMNOG

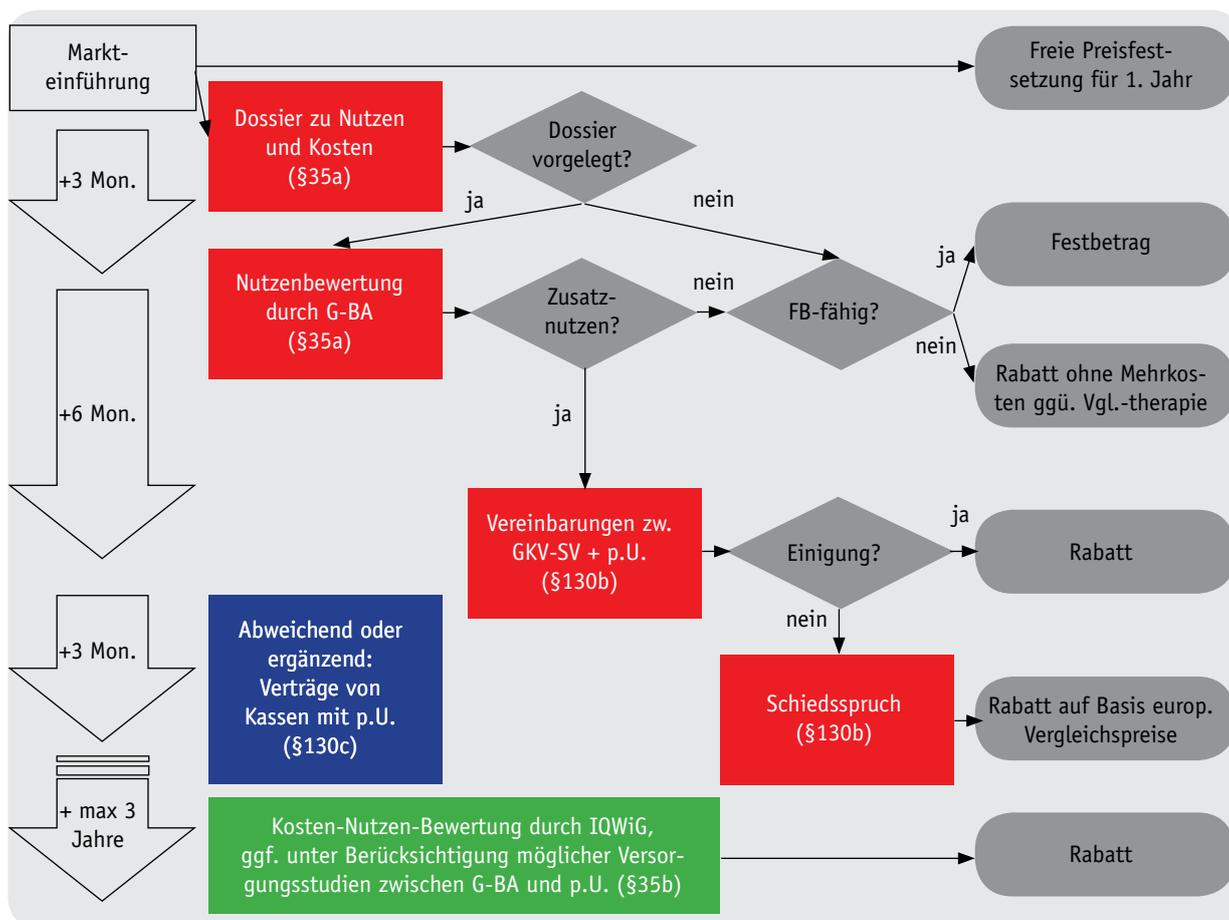
Bislang spielen Rabattvereinbarungen über patentgeschützte Arzneimittel eine eher untergeordnete Rolle. Der geschilderten Rabattsituation im patentgeschützten Markt liegt

Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – wesentliche Inhalte

Mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) werden Pharmaunternehmen zukünftig dazu verpflichtet, den Nutzen ihrer Arzneimittel bei Marktneueinführung nachzuweisen und innerhalb eines Jahres den Preis des Arzneimittels mit dem GKV-Spitzenverband zu vereinbaren. Zur Nutzenbewertung ist dabei vom pharmazeutischen Unternehmen ein Nutzen-Dossier vorzulegen. Nur bei anerkanntem Nachweis eines Zusatznutzens kommt es im Anschluss zu Vereinbarungsgesprächen zwischen GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmen über einen Erstattungsbetrag (§ 130b). Sollte dabei keine Einigung erfolgen, wird ein Schiedsspruch erforderlich, und ein Erstattungsbetrag wird auf Basis europäischer Vergleichspreise festgelegt. Für Arzneimittel ohne nachgewiesenen Zusatznutzen wird das Arzneimittel einer Festbetragsgruppe zugeführt resp. die Erstattungshöhe begrenzt auf den Preis vergleichbarer Medikamente.

Abweichend oder ergänzend zu dem skizzierten Verfahrensweg sind Verträge (nach § 130c) zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Herstellern möglich. Auch Kosten-Nutzen-Bewertungen durch das IQWiG haben bei diesem neu aufgesetzten Verfahrensweg den Charakter einer optionalen und nachgelagerten „Kann“-Klausel.

Abb. 3: Auswirkungen des AMNOG auf die Preisfestsetzung; Darstellung: INSIGHT Health. Legende: Pharmazeutischer Unternehmer (p.U).



eine dezentrale Gestaltung zu Grunde: Pharmazeutische Hersteller schließen über § 130a Absatz 8 SGB V mit einzelnen Kassen oder einer Gruppe von Kassen Rabattverträge ab. Mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG), das voraussichtlich zum 1. Januar 2011 in Kraft tritt, stehen zentrale Vereinbarungen von Erstattungsbeträgen mit dem GKV-Spitzenverband im Fokus (vgl. Abb. 3).

Marktseitig wird es damit ab Ende 2011 vermutlich zu einem Anstieg an Rabattvereinbarungen über patentgeschützte Substanzen kommen, wobei die ersten Auswirkungen erst für 2012 zu erwarten sind. Ob und ggf. wie neben dieser Form der zentralen Vereinbarungen von Erstattungsbeträgen auch komplexere dezentrale Bundle-Verträge (z.B. Kopplung von Rabatten mit begleitenden Dienstleistungen) oder gar outcome-orientierte Vertragskonstrukte (z.B. „Preis-zurück-Garantie“) ihren Weg finden werden, ist derzeit nicht absehbar. Im Sinne einer verbesserten und nicht nur günstigeren Patientenversorgung wären diese Verträge zu begrüßen.

Abschließend bleiben zum AMNOG aus der Perspektive der Versorgungsforschung einige Punkte kritisch zu diskutieren: So ist das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG)

nach Einschätzung von Gesundheitsexperten lediglich ein weiteres Kostendämpfungs-gesetz. Es wäre aber wichtig, wenn der einzelne Patient und dessen Versorgung in den Fokus der Neuordnung des Arzneimittelmarktes gestellt würden.

AMNOG – ein Rückschritt für die Versorgungsforschung?

Mit dem AMNOG erfährt die Rolle der Versorgungsforschung keine gesetzlich verankerte Aufwertung. So können die Schnellbewertungen von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nur ohne Berücksichtigung der Versorgung unter Alltagsbedingungen erfolgen, da sich ein Patientennutzen wie -schaden unter Alltagsbedingungen in der Regel erst nach längerer Anwendungszeit zeigt. Und: Kosten-Nutzen-Bewertungen und ver-tragsbegleitende Versorgungsforschungsstudien gehen nur als optionale und nachgelagerte „Kann“-Klauseln aus dem AMNOG hervor. Hierzu gibt es keinen verpflichtenden Charakter, wodurch eine wesentliche Chance verpasst wurde, Versorgungsforschung verpflichtend für die Hersteller zu machen.

Auch ist vom Gesetzgeber keine Evaluation

der mit dem AMNOG neu eingeführten Maßnahmen vorgesehen. Mit dem AMNOG wird demzufolge nicht die dringend notwendige Transparenz zum Versorgungsalltag gefördert, wie sie etwa eine Umsetzung des Paragraphen § 303a-f SGB V zulassen würde, sondern letztlich zusätzliche Intransparenz geschaffen. Dies gilt auch für die Ergebnisse der Verhandlungen zur Erstattung bei gegebenem Zusatznutzen: Denn hierbei ist nicht klar, ob diese Ergebnisse veröffentlicht werden müssen oder nicht. Nur so lässt sich die Wirksamkeit der Maßnahmen wie Rabattvereinbarungen über patentgeschützte Arzneimittel einer detaillierten Bewertung zuführen.

Man kann also konstatieren, dass mit dem AMNOG die Rolle der Versorgungsforschung und deren elementare Forderungen beispielsweise nach Patientenorientierung und Transparenz keine entscheidende Stärkung erfahren werden. Im Sinne einer patientengerechten Ausgestaltung des Gesundheitssystems bedarf es einer profunden Analyse der Versorgungsrealität. So muss die Versorgungsforschung selbstverständliches und kontinuierliches Element der Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen werden. <<

Christian Bensing, Dr. André Kleinfeld*

Der IQWiG-Bericht zum Nutzen der Blutzuckerselbstkontrolle und seine mögliche Folgen:

„Trendwende in der Diabetesversorgung?“

Als 1965 mit „Dextrosit“ der erste Teststreifen zur Blutzuckerselbstbestimmung vor seiner Markteinführung stand und zeitgleich die Firma Boehringer Mannheim in Deutschland den „Haemoglukotest“ entwickelte, warnten die meisten Ärzte drastisch vor einer Selbsttestung durch Menschen mit Diabetes und waren mehrheitlich strikt dagegen. Die Patienten dagegen waren jedoch von dieser neuen Möglichkeit, den Blutzuckerspiegel selbst bestimmen zu können, begeistert und trugen maßgeblich zu dem Erfolg der Blutzuckerselbstkontrollmethode bei. Auch heute – das zeigen verschiedene Umfragen eindeutig – sind die Patienten von der Sinnhaftigkeit und Bedeutsamkeit der Blutzuckermessung überzeugt. Diesmal sind es jedoch weniger die Ärzte, die die Blutzuckermessung in Frage stellen, sondern vielmehr Gesundheitspolitiker, da die Blutzuckerselbstmessung einen nicht zu unterschätzenden Kostenfaktor der Diabetestherapie darstellt.

>> Aktuell hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf der Basis eines in Auftrag gegebenen Berichts des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) einen Beschlussvorschlag zur Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) formuliert und ein entsprechendes Stimmverfahren eingeleitet. Hierin wird ein Verordnungsaußchluss von Harn- und Blutzuckerteststreifen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht mit Insulin behandelt werden, empfohlen. Mit einer Entscheidung hierzu ist noch dieses Jahr zu rechnen.

Dagegen protestieren gleichermaßen Patienten wie auch alle maßgeblichen diabetologischen Verbände. In einer gemeinsamen Stellungnahme werfen diabetesDE, die Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG), der Verband der Diabetesberatungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD), die Deutsche Diabetes-Stiftung (DDS) und der Bundesverband Niedergelassener Diabetologen (BVND) dem IQWiG-Bericht schwere Mängel vor. Sie weisen zudem darauf hin, dass ein entsprechender Beschluss negative Konsequenzen für die Mehrzahl aller Diabetiker in Deutschland hätte, da Patienten, die nicht Insulin spritzen, mit ca. 4,7 Millionen Menschen in Deutschland die größte Gruppe aller Diabetiker bilden. Es sei zu erwarten, dass bei einem Verordnungsaußchluss von Harn- und Blutzuckerteststreifen für nichtinsulinpflichtige Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 sich zugleich die gesundheitlichen Risiken für diese Patienten erhöhen. Dies betrifft vor allem Patienten, die mit Medikamenten des Typs der Sulfonylharnstoffe (Glibenclamid und Glimperid) oder Gliniden behandelt werden, welche mit einem erhöhten Unterzuckerisiko assoziiert sind. Bei einem Wegfall der Verordnungsfähigkeit von Blutzuckerteststreifen würde diesen Patienten die einzige Möglichkeit vorenthalten werden, ei-

nen möglichen niedrigen Blutzucker oder eine bestehende Unterzuckerung festzustellen. Von einem Wegfall der Verordnungsfähigkeit von Harn- und Blutzuckerteststreifen würden zudem primär ältere, chronisch kranke und meist auch multimorbide Menschen betroffen sein, die bereits durch Zuzahlungen für Medikamente und erhöhte gesundheitsbezogene Aufwendungen finanziell belastet sind. Es ist davon auszugehen, dass einkommensschwächere Personen nicht in der Lage sein werden, bei Kosten von aktuell ca. 0,60 bis 0,80 Euro pro Blutzuckertestung den Erwerb von Blutzuckerteststreifen bei einem Wegfall der Verordnungsfähigkeit selbst zu finanzieren.

Umstrittene Methodik

Mit dem Auftrag zur Bewertung der Harn- und Blutzuckertestung wurde im IQWiG eine diagnostische Maßnahme unter „Arzneimittelbewertungen“ und nicht durch das vom Titel her eigentlich zuständige Ressort für „Nichtmedikamentöse Verfahren“ bearbeitet. Auch die Beratung im G-BA erfolgte im Unterausschuss Arzneimittel. Allerdings ist von einem diagnostischen Verfahren wie der Blutzuckerselbstmessung im Gegensatz zu Arzneimitteln kein direkter Effekt auf die Blutzuckereinstellung zu erwarten. Für die Wirksamkeit der Blutzuckerselbstkontrolle (BZSK) ist entscheidend, welche Konsequenzen vom Patienten und vom Arzt aus den Ergebnissen der BZSK gezogen werden (z.B. Anpassung der Medikation, Ernährung, Bewegung, Steigerung der Behandlungsmotivation). Die Ergebnisse der Blutzuckerselbstmessung sind somit entscheidend von den Maßnahmen, die basierend auf den gemessenen Glukosewerten getroffen werden, abhängig. Ein positiver Effekt einer Blutzuckermessung bedarf daher einer vorherigen Schulung des Patienten, in der dieser die notwendigen Kenntnisse und Fer-

tigkeiten zur Behandlung des Diabetes in seinem Alltag (beispielsweise hinsichtlich Stress, Schichtdienst, Urlaub, Krankheit etc.) erhält. Zudem benötigt der Patient entsprechende Therapiealgorithmen, um auf das Ergebnis der Blutzuckermessung adäquat reagieren zu können.

Angesichts der Besonderheiten der Blutzuckerselbstmessung ist der methodische Ansatz des IQWiG sehr problematisch, die Blutzuckerselbstmessung isoliert – und nicht im Kontext von Schulungs- und Behandlungsprogrammen – zu betrachten. Im IQWiG-Bericht wird der Einfluss der BZSK auf die verschiedenen Zielparameter separat untersucht, es erfolgt keine gemeinsame Betrachtung von BZSK und Schulung. Stattdessen erfolgt die Betrachtung der BZSK unabhängig von der Schulungsintervention, was aufgrund des engen Zusammenhangs dieser komplexen Intervention unverständlich erscheint. In dem Bewertungsverfahren wurden daher strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme, bei denen die Zuckerselbstmessung nur eine von mehreren Komponenten der Schulung darstellte, nicht in die Nutzenbewertung miteinbezogen.

Hinsichtlich der Bewertung der Blutzuckerselbstmessung bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht mit Insulin behandelt werden, wurden vom IQWiG fünf randomisierte klinische Studien identifiziert. Eine Metaanalyse dieser Studien kam zu dem Ergebnis, dass nicht-insulinbehandelte Typ-2-Diabetiker mit BZSK eine statistisch signifikante Senkung ihres HbA1c-Wertes im Vergleich zu entsprechenden Typ-2-Diabetikern ohne BZSK (-0,23 %, 95 % CI: -0,34 % bis -0,12 %, $p < 0,001$) aufweisen. In einer Analyse dieser 5 randomisierten Studien kamen die Verfasser der gemeinsamen Stellungnahme allerdings zu dem Schluss, dass nur in einer einzigen Studie tatsächlich vorab eine gründliche Schulung der Patienten erfolgte.

Summary

Nach Vorlage eines IQWiG-Berichts über den fehlenden Zusatznutzen von Blutzuckerselbstkontrollen (BZSK) bei nicht-insulinpflichtigen Typ-2-Diabetikern hat der G-BA ein Stimmverfahren eingeleitet im Hinblick auf einen Verordnungsaußchluss der Harn- und Blutzuckerteststreifen. Als Folge eines Verordnungsaußchlusses befürchten die diabetologischen Verbände eine finanzielle Belastung und gesundheitliche Risiken besonders für einkommensschwächere Diabetiker. Die in den IQWiG-Bericht einbezogenen Studien bilden die aktuelle Versorgungsrealität nicht ab, weisen weitere methodische Mängel auf und ein Verordnungsaußschluss von Blutzuckerteststreifen widerspricht allen nationalen und internationalen Leitlinien. Die BZSK ist eine entscheidende Voraussetzung für den selbstbestimmten Umgang mit dem Diabetes.

Anders als im IQWiG-Bericht geschildert, waren die meisten Studien eben nicht daraufhin angelegt, die Patienten in die Lage zu versetzen, die Messergebnisse selbst zu interpretieren und geeignete Maßnahmen einzuleiten (Selbstmanagement). In der einzigen Studie, wo dies adäquat erfolgte, war der Effekt bezüglich der Stoffwechseleinstellung auch deutlich stärker (HbA1c: -0,46 %). Es liegt auf der Hand, dass nur ein geringer oder kein Effekt in Hinblick auf die Blutzuckereinstellung zu erwarten ist, wenn aus den BZSK keine Konsequenzen für die Behandlung gezogen werden. Der Effekt fällt umgekehrt jedoch umso deutlicher aus, wenn eine BZSK mit angemessenen Handlungsanweisungen für die Patienten einhergeht, wie sie die Ergebnisse der Selbstkontrolle nutzen können, um ihre Verhaltensweisen und ihren Lebensstil anzupassen. Da die Selbstkontrolle jedoch in Deutschland mittlerweile obligater Bestandteil der Schulung ist, kann auch davon ausgegangen werden, dass die im IQWiG-Bericht einbezogenen Studien keine Aussagekraft in Bezug auf die Schulungssituation in Deutschland haben und die klinische Realität nicht abbilden.

Unterstützung erfährt diese Position durch ein nach Erscheinen des IQWiG-Berichtes veröffentlichtes systematisches Review zur BZSK bei Typ-2-Diabetikern aus England, in dem die prinzipiellen Befunde des IQWiG bestätigt wurden. Gleichzeitig wurde aber festgestellt, dass bei einer Analyse der Studien, bei denen auch tatsächlich eine adäquate Blutzuckerselbstkontrollschulung durchgeführt wurde („enhanced education“), sich ein deutlich stärkerer Effekt des HbA1c-Wertes von -0,52 % ergab.

Umstrittene Interpretation der Ergebnisse

Strittig ist neben der Auswahl der Studien vor allem auch die Interpretation des Befundes. Das IQWiG stuft die gefundene signifikante HbA1c-Absenkung (-0,23 %, 95 % CI: -0,34 % bis -0,12 %, $p < 0,001$) als ein klinisch nicht relevantes Outcome ein, da das Konfidenzintervall die im IQWiG-Bericht zitierte Nichtunterlegenheitsgrenze von -0,4 % HbA1c-Absenkung entsprechend den FDA-Guidance nicht überschreite. Die Bewertung des statistisch signifikanten Effektes als klinisch nicht bedeutsam erfolgt aufgrund eines Non-Inferioritäts-Schwellenwertes zur Beurteilung von Äquivalenzstudien, welcher von der Arzneimittelzulassungsbehörde der Vereinigten Staaten (Draft Guidance for Industry der Food and Drug Administration, FDA) für die Beurteilung von Medikamenten – ausdrücklich jedoch nicht für diagnostische Maßnahmen – empfohlen wird.

Schon in der Anhörung wurde das IQWiG darauf hingewiesen, dass die im Bericht erwähnte Non-Inferioritäts-Schwelle einer HbA1c-Mindestdifferenz von 0,4 Prozentpunkten falsch zitiert wurde. In dem Bericht steht: „Typically, we accept a noninferiority margin of 0.3 or 0.4 HbA1c percentage units provided this is no greater than a suitably conservative estimate of the magnitude of the treatment effect of the active control in previous placebo-controlled trials“ (S. 23). In dem Endbericht wurde dies nicht erwähnt, ebenfalls nicht, dass dies bedeutsame Konsequenzen im Hinblick auf die Interpretation des gefundenen signifikanten Unterschiedes hat:

- Bei Zugrundelegung des im IQWiG-Bericht zitierten Schwellenwertes von 0,4 % liegt das Konfidenzintervall (95 % CI: -0,34 % bis -0,12 %) vollständig unter dieser Grenze. Dies würde bei einer Nichtunterlegenheitsstudie mit der Testintervention „keine Blutzuckermessung“ und der Kontrollintervention „Blutzuckermessung“ die Schlussfolgerung zulassen, dass die Testintervention der Kontrollintervention nicht unterlegen ist.
- Legt man dagegen den in der Draft Guidance for Industry der FDA empfohlene Schwellenwert von 0,3 % - 0,4 % zugrunde, schneidet das Konfidenzintervall (95 % CI: -0,34 % bis -0,12 %) der beobachteten HbA1c-Absenkung den unteren Wert der Nichtunterlegenheitsgrenze (0,3 %). Dies führt zu der Schlussfolgerung, dass – anders als im IQWiG-Bericht beschrieben – die Hypothese, dass Patienten, die nicht Blutzucker messen, keinen schlechteren HbA1c aufweisen, als Patienten, die ihren Blutzucker messen, nicht aufrecht erhalten werden kann.

Daneben stellt sich grundsätzlich die Frage, ob eine Non-Inferioritätstestung der Fragestellung angemessen ist. Da laut Bericht des IQWiG die Blutzuckerselbstmessung keine gut untersuchte, effektive Behandlungsmethode darstellt, macht eine Testung auf Superiorität mit der Hypothese, dass nicht-insulinbehandelte Typ-2-Diabetiker mit BZSK eine statistisch signifikante Senkung ihres HbA1c-Wertes im Vergleich zu entsprechenden Typ-2-Diabetikern ohne BZSK aufweisen, deutlich mehr Sinn. Alle fünf Studien, welche im IQWiG-Bericht Berücksichtigung fanden waren darüber hinaus von ihrem Design und ihrer Powerkalkulationen auf die Testung einer Superioritätshypothese angelegt, so dass die Heranziehung von Bewertungskriterien für Äquivalenzstudien hier nicht angemessen ist.

Die entscheidende Frage stellt sich daher, ob der gefundene, statistisch signifikante HbA1c Unterschied von 0,23 % eine klinische Rele-

vanz aufweist: Und der ist durchaus vorhanden. Bezogen auf den ermittelten Unterschied von -0,23 % HbA1c der Metaanalyse durch das IQWiG würde dies entsprechend der etablierten Langzeitstudie beim Typ-2-Diabetes, der „United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS)“, bedeuten, dass durch eine BZSK das Risiko für alle diabetesbezogenen Endpunkte um 4,8 %, das der Mortalität im Zusammenhang mit Diabetes ebenfalls um 4,8 %, die Wahrscheinlichkeit für einen Myokardinfarkt um 3,2 % und für mikrovaskuläre Komplikationen um 8,5 % gesenkt werden kann.

Gesundheitliche Gefährdung durch Unterzuckerungen

Im IQWiG-Bericht wird zu Recht betont, dass sowohl schwere, als auch leichte Unterzuckerungen für die Nutzenbewertung der BZSK relevant sind. Dieser Wertung ist aufgrund neuer Daten zur Gefährdung von Typ-2-Diabetikern durch Unterzuckerungen, welche eine potenziell lebensbedrohliche Situation darstellt und gerade bei älteren Menschen mit einer deutlich erhöhten Mortalität assoziiert sind, uneingeschränkt zuzustimmen.

Allerdings kann der Schlussfolgerung des IQWiG, dass kein Zusatznutzen der BZSK in Hinblick auf Unterzuckerungen festgestellt werden kann, auf der Basis der eingeschlossenen Studien nicht zugestimmt werden. Nur drei der fünf ausgewählten randomisierten, prospektiven Studien, in der insgesamt nur 849 Patientenjahre überblickt wurden, konnten in Hinblick auf die Zahl schwerer Unterzuckerungen überhaupt untersucht werden. Mit einer einzigen protokollierten schweren Unterzuckerung liegt die Zahl aus dem IQWiG-Bericht deutlich unter der vergleichbarer anderer Studien. Für die Beurteilung eines gesundheitsschädigenden Risikos durch Unterzuckerungen ist dieser Beobachtungszeitraum jedoch viel zu kurz, um eine zuverlässige Beurteilung der BZSK im Hinblick auf schwere Hypoglykämien vornehmen zu können. Hierfür sind Studien mit größeren Stichproben und längeren Beobachtungszeiträumen notwendig. Leichte Unterzuckerungen konnten aus methodischen Gründen überhaupt nicht erfasst werden. Die Stichprobenszusammensetzung der im IQWiG-Bericht aufgeführten Studien repräsentieren zudem eher eine Gruppe von Typ-2-Diabetikern mit relativ geringem Unterzuckerungsrisiko. Daher können aufgrund dieser Daten keine Rückschlüsse auf die Relevanz der BZSK in Hinblick auf Unterzuckerungen für die Gesamtheit aller Typ-2-Diabetiker, die nicht mit Insulin behandelt werden, gezogen werden.

Mögliche Nebenwirkungen bei Wegfall der Erstattungsfähigkeit

In dem Bericht des IQWiG wird vor allem nicht thematisiert, dass sich ein mögliches Gefährdungs- und Schädigungspotenzial durch Hypoglykämien für Diabetespatienten auch dadurch ergeben könnte, wenn die bisherige Praxis, die BZSK für nichtinsulinpflichtige Typ-2-Diabetiker anzuwenden, zukünftig geändert würde. Bei einem völligen Wegfall der BZSK, welche die einzige Möglichkeit darstellt, eine drohende Unterzuckerung durch eine Bestimmung des Blutzuckers zu messen, können sich aufgrund von Unterzuckerungen gesundheitliche Probleme für eine größere Zahl von Typ-2-Diabetikern ergeben. Nach den Ergebnissen größerer Studien erleiden pro Jahr immerhin zwischen 0,6 % und 1,4 % aller Patienten mit einer oralen Diabetesmedikation eine schwere Unterzuckerung, deren Behandlung Fremdhilfe erforderte. Rechnet man diese Zahlen auf Deutschland hoch, so würde bei geschätzten insgesamt 3,5 Millionen Typ-2-Diabetikern mit einer oralen Diabetesmedikation zwischen 21.000 und 49.000 Menschen pro Jahr eine schwere Hypoglykämie erleiden. Berücksichtigt man nur die 1,5 Millionen Typ-2-Diabetikern mit einer insulinotropen oralen Diabetesmedikation, so betrifft dies immer noch zwischen 9.000 und 21.000 Menschen pro Jahr. Eine abschließende negative Nutzenbewertung der BZSK im Hinblick auf Hypoglykämien kann daher auf der Grundlage der im IQWiG Bericht verwendeten Studien nicht vorgenommen werden.

Bedeutung der BZSK für die Teilnahme am Straßenverkehr

Die Teilnahme am Straßenverkehr und das Führen von Kraftfahrzeugen zu privaten oder beruflichen Zwecken ist vielfach eine wesentliche Voraussetzung für eine soziale Teilhabe - hierfür ist oft eine ausreichende Fahrtauglichkeit notwendig. Aufgrund gesetzlicher Vorgaben müssen Diabetespatienten vor Fahrtantritt sicherstellen, dass keine Einschränkung der Fahrtauglichkeit aufgrund einer nicht ausgegli-

chenen Stoffwechsellage oder aufgrund von Unter- bzw. Überzuckerungen besteht. Dies ist nur mit Hilfe einer Blutzuckermessung möglich. Für Diabetiker, die als LKW-Fahrer oder Busfahrer arbeiten (Führerscheinklassen C und D), besteht auch bei ausgeglichener Stoffwechsellage unter Diät oder oralen Antidiabetika die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen nur bei guter Stoffwechselführung ohne Unterzucker über drei Monate, was für diesen Zeitraum regelmäßige Blutzuckermessungen erfordert. Ein Verordnungsaußchluss der BZSK würde für Patientengruppen, welche ein Kraftfahrzeug aus privaten oder beruflichen Gründen führen und auf welche die oben genannten Kriterien zutreffen, eine deutliche finanzielle Mehrbelastung nach sich ziehen. Falls diese Personen sich die private Bezahlung der Teststreifen nicht leisten können, so müssten sie entweder auf das Führen eines Kraftfahrzeuges verzichten oder die haftungsrechtlichen Risiken, falls es im Zusammenhang mit einer diabetischen Stoffwechselentgleisung zu einem Unfall kommen sollte, tragen.

Patientenrelevante Aspekte

Die BZSK ist eine entscheidende Voraussetzung für die Motivation, Schulung und Therapie des Patienten und den selbstverantwortlichen und selbstbestimmten Umgang mit dem Diabetes (Selbstmanagement oder Empowerment). Die einseitige Bewertung der Sinnhaftigkeit der BZSK in Hinblick auf die in dem Bericht erwähnten Zielgrößen verkennt, dass die BZSK gerade für nicht insulinpflichtige Typ-2-Diabetiker eine wichtige Voraussetzung für die Schaffung eines Risikobewusstseins, der Akzeptanz der Erkrankung, der Motivation zur Lebensstiländerung wie auch eine wesentliche Unterstützung bei der Umsetzung und langfristigen Etablierung der Lebensstiländerung darstellt. Die BZSK stellt auch für nicht insulinpflichtige Typ-2-Diabetiker im Rahmen der Therapie eine wichtige Voraussetzung dar, die primär nicht spürbaren erhöhten Blutzuckerwerte über eine Messung rückgemeldet zu bekommen und somit eine Behandlungsmotivation zu entwickeln. Die von der Gesundheitspolitik zu Recht geforderte aktive Einbindung des Menschen mit Diabetes in seine Therapie („der mündige Patient“) würde durch einen Verordnungsaußchluss der Blutzuckerselbstmessung konterkariert.

Verordnungsaußchluss widerspricht allen nationalen und internationalen Leitlinien

Übereinstimmend wird in allen nationalen wie internationalen Leitlinien zur Diabetesbe-

handlung die BZSK als ein integraler Bestandteil der Therapie des Typ 2 Diabetes betrachtet. Ein möglicher Verordnungsaußchluss der BZSK für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen, steht im Gegensatz zu allen medizinischen Leitlinien und den Empfehlungen führender Experten und Organisationen zu dieser Thematik und würde einen deutschen Sonderweg bedeuten. Damit würde mit einer solchen Entscheidung eine mögliche Erhöhung von gesundheitlichen Risiken für zumindest einen Teil der zahlenmäßig großen Gruppe von Typ-2-Diabetikern in Deutschland billigend in Kauf genommen, falls Personen nicht in der Lage sein sollten, die notwendigen Blutzuckerteststreifen aus eigenen Mitteln zu finanzieren.

Empfehlung der Fachverbände

Aufgrund der dargestellten Argumente besteht ein dringender Handlungsbedarf, die Beschlussvorlage des G-BA zu ändern und die Verordnungsfähigkeit der Blutzuckerselbstmessung auch für nicht mit Insulin behandelte Typ-2-Diabetiker zu erhalten. Voraussetzung für die Verordnung sollte eine Schulung des Patienten zum richtigen Umgang mit der Selbstkontrolle sein, damit ein Patient in der Lage ist, eine Blutzuckermessung sachgerecht durchzuführen, die Ergebnisse zu dokumentieren und entsprechend den Ergebnissen der Messung angemessen zu reagieren und das eigene Behandlungsverhalten anzupassen. Für die Gruppe der Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen, sollte mindestens eine Menge von 50 Blutzuckerteststreifen pro Quartal verordnungsfähig bleiben und für die folgende Gruppe von nichtinsulinpflichtigen Typ-2-Diabetikern bzw. in folgenden Situationen sollte die Verordnung von Blutzuckerteststreifen obligat sein:

- Bei Diagnose des Typ-2-Diabetes und als Bestandteil der strukturierten Diabetesschulung.
- Typ-2-Diabetiker, die Tabletten einnehmen, die eine Hypoglykämiegefahr beinhalten (z.B. Sulfonylharnstofftableten, Glinide)
- Bei einer Therapieeskalation bzw. -deeskalation (z. B. zusätzliche Medikation, Überprüfen der Notwendigkeit einer Insulintherapie).
- Bei interkurrenten Erkrankungen, die ein Blutzuckermonitoring durch den Patienten erforderlich machen.
- Bei Situationen, die eine besondere Gefährdung bezüglich Unterzuckerungen bedeuten (z.B. besondere berufliche Situationen, die mit einem erhöhten Hypoglykämierisiko assoziiert sind). <<

Zum Download auf www.m-vf.de:

Literaturliste [Gemeinsame Stellungnahme von diabetesDE, der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG), des Verbands der Diabetesberatungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) und der Deutschen Diabetes-Stiftung (DDS)]

Ulrich Müller
Reinhard Holl
Nicole Müller
Dirk Müller-Wieland

Status Quo: Diabetologie in Deutschland

Der Diabetes mellitus gilt mit einer Prävalenz von ca. 5 bis 6 % der Bevölkerung als eine Volkskrankheit. Er ist unter anderem eine häufige Ursache für Neuerblindung, hämodialysepflichtige Niereninsuffizienz sowie Amputationen an den unteren Extremitäten. Darüber hinaus ist er mit einem circa zwei- bis dreifach erhöhten Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall assoziiert. Die Diagnose subsumiert verschiedene Störungen des Stoffwechsels, da sie allein auf erhöhten Blutzuckerwerten basiert. Im Folgenden werden wir zunächst auf die häufigsten Formen des Diabetes mellitus eingehen, dann Beispiele für Initiativen der Qualitätssicherung sowie ihre Analysen bei Erwachsenen und Kindern darstellen und mit ein paar Perspektiven enden.

>> Die beiden häufigsten Diabetesformen sind der Typ-1- und Typ-2-Diabetes. Der Diabetes mellitus Typ 1 betrifft circa 5 bis 10 % der Diabetespatienten und manifestiert sich überwiegend im Kindes- und Jugendalter als Folge einer autoimmunen Zerstörung der insulinproduzierenden A-Zellen im Pankreas. Etwa zehnmal häufiger ist der sog. Diabetes mellitus Typ 2. Er tritt eher im Erwachsenenalter auf und geht in 80–90 % der Fälle mit Übergewicht und Insulinresistenz einher. Übergewicht mit ungünstiger Fettverteilung (viszeral und ektop), reduzierte körperliche Aktivität und Insulinresistenz gelten als Risikofaktoren des Typ-2-Diabetes.

Im Hinblick auf die Inzidenz ist die Dunkelziffer hoch. Im Alter von 35–39 Jahren kommen zu 2,2 % der Patienten mit bekanntem Diabetes nochmals 2 % mit bis dahin unbekannter Erkrankung sowie 11 % mit möglichen Vorstufen des Diabetes (Meisinger et al. 2009). In großen klinischen Studien ist gezeigt worden, dass man Inzidenz und Progression diabetesspezifischer mikroangiopathischer Spätkomplikationen (The DCCT Research Group 1993; UK Prospective Diabetes Study Group 1998) sowie das Risiko für makrovaskuläre Komplikationen durch frühzeitige und effektive Einstellung des Glukosestoffwechsels und der Hypertonie sowie durch Statintherapie reduzieren kann (Gaede et al. 2003). Daher ist die qualitätsgesicherte Umsetzung von Therapiestandards für die Versorgung der Patienten mit Diabetes essenziell.

Initiativen der Qualitätssicherung

Im Folgenden wird beispielhaft auf Initiativen und Analysen der Qualitätssicherung im Erwachsenenalter und anschließend im Kindes- und Jugendalter eingegangen, wobei gesundheitsökonomische und krankheitsbezogene Kohorten- sowie Populationsstudien nicht berücksichtigt werden.

Erwachsene

Die erste Qualitätssicherungsinitiative in der Diabetesbehandlung wurde in der Deutschen Diabetes-Gesellschaft entwickelt und richtete

sich an die Versorgungsebenen Akutkrankenhaus, Diabeteschwerpunktpraxis (Müller et al. 2008). Später folgten Initiativen in der Primärversorgung von Diabetespatienten wie der Diabetes-TÜV der Deutschen Betriebskrankenkasse (Gruser et al. 2000), Modellversuche in Sachsen und Thüringen (Rothe et al. 2008; Schiel et al. 2009) und

das Disease-Management-Programm (DMP) Diabetes mellitus Typ 2 und Typ 1. Im Bereich der internistischen Diabetologie führte die Arbeitsgemeinschaft für strukturierte Diabetestherapie (ASD) in den 1990er Jahren das System der gegenseitigen Hospitation (Peer Supervision System) und die Präsentation der Hospitation und der Ergebnisqualität der Einrichtungen auf der Jahrestagung der ASD ein.

Laut Qualitätssicherungsbericht 2008 des DMP Nordrhein sind 392.384 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und 17.380 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 im DMP Nordrhein eingeschrieben (Hagen et al. 2008/9). Dies betrifft etwa 77 % aller Patienten mit Diabetes Typ 2 und 31 % aller Patienten mit Diabetes Typ 1 in Nordrhein. Die überwiegende Anzahl der patientenbezogenen, vertraglich definierten Qualitätsziele konnte für Patienten mit Diabetes mellitus sowohl des Typs 1 als auch des Typs 2 erreicht werden.

Die Europäische Diabetesgesellschaft (European Association for the Study of Diabetes, EASD) initiierte 2009 in acht Ländern (Irland, Belgien, Niederlande, Schweden, Italien, England, Deutschland und Frankreich) eine Querschnittstudie über die Behandlungsqualität auf Primärversorgungsebene und die Anwendung von Leitlinien durch Hausärzte (Stone et al. 2010). Die Behandlungsqualität umfasst die Dimensionen Struktur (Raum, Personal, Geräte), Prozess (Diagnose, Behandlungsprogramme) und Ergebnis. Zur Beurteilung sowohl der eigenen als auch der Struktur- und Prozessqualität anderer Einrichtungen dient unter anderem die Hospitation, welche regelmäßig sowohl aktiv als auch passiv erfolgen sollte.

Ein sehr hohes Niveau der Qualitätssicherung stellt der Nachweis der Ergebnisqualität einer nicht-selektierten Patientengruppe dar, die eine vergleichbare Therapie erhalten hat. Das geschieht am besten durch ein systematisches Follow-up einer repräsentativen Stichprobe nach einem bestimmten Zeitraum, z.B. nach 12 bis 15 Monaten. Die wichtigsten Parameter zur Ergebnisqualität in der Diabetologie sind z.B.:

- aktuelles HbA1c unter Angabe des Normbereiches (untere und obere Normgrenze)
- Blutdruck (Mittelwert der letzten 5 bis 10 Messungen)
- schwere Hypoglykämien (Glukose i. v. oder Glukagoninjektion) innerhalb von zwölf Monaten vor und nach Teilnahme am strukturierten Behandlungs- und Schulungsprogramm
- diabetische Ketoazidosen oder Komata mit Notwendigkeit einer stationären Behandlung innerhalb von zwölf Monaten vor und nach Teilnahme am strukturierten Behandlungs- und Schulungsprogramm
 - Krankenhaustage innerhalb von zwölf Monaten vor und nach Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm
 - diabetesbezogene Lebensqualität

Daten zur Charakterisierung der Patienten (z.B. Alter, Geschlecht, Diabetesdauer, Sozialstatus, weitere Laborwerte) und zu Details der

Summary

Der Versorgungsforschung kommt die Aufgabe zu, die Umsetzung, Effizienz und Kosteneffektivität einzelner Maßnahmen oder Konzepte zu evaluieren, sowie über eine dezidierte Ist-Analyse Problemfelder und wesentliche Stellschrauben für eine effiziente und bessere Versorgungsqualität zu definieren. Zudem sollte sie sich in Zukunft stärker mit bestimmten Patientengruppen (z. B. Kinder, ältere Menschen, Patienten mit Migrationshintergrund) und mit Problemen der ambulanten und stationären Pflege beschäftigen.

Behandlung sind zur Interpretation der Daten notwendig.

Wesentlich differenzierter sind Methoden der Qualitätssicherung, bei denen die individuellen Therapieziele berücksichtigt werden. Zum Beispiel ist eine HbA1c-Verbesserung als Indikator für eine erfolgreiche Therapie nur sinnvoll, wenn das Problem die schlechte Stoffwechseleinstellung war. Bei Patienten mit dem Problem schwerer Hypoglykämien, deren HbA1c oft im Zielbereich liegt, ist die HbA1c-Messung hingegen nicht als Erfolgsindikator geeignet. Völlig unberücksichtigt bleiben bisher die Ziele der Patienten selbst, die nicht immer identisch mit den Zielen ihrer Behandler oder Berater sind.

Die ROSSO-Studie (Retrospective Study Self-Monitoring of Blood Glucose and Outcome in Patients with Type 2 Diabetes; Martin et al. 2008) ist eine retrospektive Longitudinalstudie zur Versorgungsqualität bei Patienten mit Typ-2-Diabetes. Dabei wurden mehr als 3.000 Patienten aus fast 200 Arztpraxen eingeschlossen. Es zeigte sich, dass in den ersten Jahren nach Diagnosestellung bei ca. einem Viertel der Patienten HbA1c-Werte dokumentiert waren, am Ende der Studie, nach ca. sieben Jahren, hingegen bei etwa der Hälfte der Patienten. Interessant ist auch festzustellen, dass bei LDL-Werten (Low Density Lipoprotein) von 200mg/dl nur weniger als ein Drittel der Patienten mit Statinen versorgt worden war. Der Zeitraum der Untersuchungen lag allerdings zwischen 1995 und 1999.

Das sog. **DUTY-Register** (Diabetes Mellitus Needs Unrestricted Evaluation of Patient Data to Yield Treatment Progress) wurde hingegen 2002–2003 erstellt. Dafür wurden Daten von mehr als 50.000 Pati-

Lehrbuch Versorgungsforschung

Pfaff, Holger; Neugebauer, Edmund A.M.; Glaeske, Gerd; Schrappe, Matthias (Hrsg.)

Lehrbuch Versorgungsforschung

Erscheint im September 2010

Umfang: ca. 424 Seiten

Preis: 79,00 EUR

ISBN 978-3-7945-2797-7 (Print)

Schattauer Verlag, Stuttgart 2010



Der Artikel von Müller, Holl, Müller und Müller-Wieland ist ein Originalbeitrag aus o.g. Fachbuch, der MVF mit freundlicher Genehmigung des Verlags zum Vorabdruck zur Verfügung gestellt wurde.

enten mit Diabetes mellitus Typ 2 in Deutschland analysiert (Berthold et al. 2007). Eine blutzuckersenkende Therapie erhielten 86 % der Patienten, bei 74,1 % wurde medikamentös der Blutdruck gesenkt, und nur etwa ein Viertel der untersuchten Patienten erhielten ein Statin. Ein HbA1c-Zielwert von kleiner 6,5 % hatten 26,7 % der Patienten, einen systolischen Blutdruck von unter 130 mmHg sowie einen diastolischen von unter 80 mmHg hatten 7,5 % der Patienten erreicht,

Literatur

- Berthold, HK, Gouni-Berthold, I, Bestehorn, KP, Bohm, M, Krone, W.: Kardiovaskuläre Risikofaktoren bei Typ-2-Diabetikern in Deutschland – ein Versorgungsparadox. *Dt Arztebl* 2007; 104: A861–867.
- Gaede, P, Vedel, P, Larsen, N, Jensen, GV, Parving, HH, Pedersen, O.: Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2003; 348 (5): 383–393.
- Gruser, M, Hoffstadt, K, Jorgens, V.: Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Folgeschaden des Diabetes mellitus: Modellprojekt in Wolfsburg. *Z arztl Fortbild Qual Sich* 2000; 94: 411–416.
- Hagen, B, Altenhofen, L, Blaschy, S, Breitenstein, Y, Groos, S, Kretschmann, J.: Qualitätssicherungsbericht 2008 – Disease-Management-Programme in Nordrhein. Düsseldorf: Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme GbR. https://www.zi-dmp.de/Files/DMPQualit%C3%A4tsbericht_2008.pdf, Sep. 2009.
- Holder, M, Ludwig-Seibold, C, Lilienthal, E, Ziegler, R, Heidtmann, B, Holl, RW: für die DPV-Wiss-Initiative. Trends in der Insulinpumpentherapie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Typ 1 Diabetes von 1995–2006: Daten der DPVInitiative. *Diabet Stoffwechs* 2007; 2: 169–174.
- Holterhus, PM, Beyer, P, Burger-Busing, J, Danne, T, Etspuler, J, Heidtmann, B, Holl, RW, Karges, B, Kiess, W, Knerr, I, Kordonouri, O, Lange, K, Lepler, R, Marg, W, Nake, A, Icks, A, Rosenbauer, J, Strassburger, K, Grabert, M, Giani, G.: Persistent social disparities in the risk of hospital admission of paediatric diabetic patients in Germany: Prospective data from 1277 diabetic children and adolescents. *Diabet Med* 2007; 24 (4): 440–442.
- Martin S, Heinemann L, Lodwig V, Schneider B, Kolb H.: Analysis of the quality for patients with type 2 diabetes enrolled in statutory or private health plans. *DtMedWochenschr* 2008; 133: 2143–2150.
- Meisinger, C, Strassburger, K, Heier, M, Thorand, B, Baumeister, SE, Giani, G, Rathmann, W.: Prevalence of undiagnosed diabetes and impaired glucose regulation in 35–59-year-old individuals in Southern Germany: The KORA F4 Study. *DiabetMed* 2009; 26: 1–3.
- Müller, N, Schiel, R, Osterbrink, B, Holl RW, Kerner, W, Hauner, H, Beyer, P, Hoyer, H, Krug, J, Müller, UA.: Behandlungsqualität von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 in Schwerpunktpraxis, Diabetesfachklinik und Akutkrankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland 2005: Auswertung der Zertifizierungsdaten zur Diabetesereinrichtung DDG. *Diabetol* 2008; 3: 41–50.
- Rosenbauer J, Herzig P, Giani G. Early infant feeding and risk of type 1 diabetes mellitus: A nationwide population-based case-control study in preschool children. *Diabetes Metab Res Rev* 2008; 24 (3): 211–222.
- Rothe U, Müller G, Schwarz PE, Seifert M, Kunath H, Koch R, Bergmann S, Julius U, Bornstein SR, Hanefeld, M, Schulze, J.: Evaluation of a diabetes management system based on practice guidelines, integrated care, and continuous quality management in a Federal State of Germany: A populationbased approach to health care research. *Diabet Care* 2008; 31: 863–868.
- Schiel, R, Netzer, C, Junghanel, J, Müller, UA.: Metabolic control in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus receiving ambulatory care from general practitioners: Results of a cross-sectional trial performed in the German federal states of Thuringia and West Pomerania. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2009; 103: 453–460.
- Stone, MA, Wilkinson, JC, Charpentier, G, Clochard, N, Grassi, G, Lindblad, U, Müller, UA, Nolan, J, Rutten, GE, Khunti, K: On behalf of the GUIDANCE Study Group. Evaluation and comparison of guidelines for the management of people with type 2 diabetes from eight European countries. *Diabet Res Clin Pract* 2010; 87: 252–260.
- The Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Eng J Med* 1993; 329: 977–986.
- UK Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes (UKPDS 38). *BMJ* 1998; 317: 703–713.

ein LDL-Cholesterin von weniger als 100mg/dl war bei 15,8 % der Patienten zu verzeichnen.

Solche Registerdaten bei der Analyse der Versorgungsqualität sind sehr wichtig und zielen meist auf die Fragen der Umsetzungsqualität von Erkenntnissen aus klinischen Studien ab. Problemfelder bestehen darin, dass z.B. in diesem Fall die in klinischen Studien üblicherweise sehr gut belegte Statintherapie und blutdrucksenkende Medikation deutlich schlechter als die blutzuckersenkende Therapie in der Praxis umgesetzt waren, obgleich der Effekt einer blutzuckersenkenden Behandlung bei Patienten mit Typ-2-Diabetes in Bezug auf die kardiovaskuläre Risikoreduktion deutlich schlechter belegt ist.

Kinder und Jugendliche

In Bezug auf die pädiatrische Diabetologie erfassen drei große Inzidenzregister für pädiatrische Diabetespatienten bis zum 14. Lebensjahr (Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Sachsen) und das bundesweite Register für Diabetesmanifestationen vor dem fünften Lebensjahr (ESPED-Register) seit vielen Jahren die Häufigkeit von Neuerkrankungen in Deutschland sowie mögliche Einflussfaktoren auf die Häufigkeitszunahme (Rosenbauer et al. 2008). In den letzten Jahren wurde auch die Inzidenz des Typ-2-Diabetes bei Jugendlichen untersucht, wobei die berichteten Zahlen diagnostizierter Patienten verglichen mit Berichten aus USA, Mexiko oder Japan übereinstimmend als sehr niedrig berichtet werden.

Zur Qualitätssicherung wurde ab Mitte der 1990er Jahre ein bundesweites Benchmarkingsystem in der pädiatrischen Diabetologie aufgebaut. Qualitätsindikatoren für Prozess- und Ergebnisqualität in der pädiatrischen Diabetologie unterscheiden sich deutlich von Indikatoren in der internistischen Diabetologie.

Manifeste Folgeerkrankungen sind in der pädiatrischen Altersgruppe sehr selten, daher kann deren Rate nicht als Basis eines Qualitätsmanagement-Systems herangezogen werden.

Indikatoren wie normales Längenwachstum und normaler Pubertätsablauf, aber auch manche psychosozialen Indikatoren sind dagegen nur in der pädiatrischen Diabetologie relevant. 1995 veröffentlichte die AG pädiatrische Diabetologie ein Statement zur Qualitätssicherung. Eine standardisierte, elektronische longitudinale Verlaufsdokumentation wurde aufgebaut. Zweimal jährlich werden anonymisierte Verlaufsdaten für die gemeinsamen Benchmarkingauswertungen übermittelt. Unglaubliche Werte werden in einem Korrekturlauf an die Zentren zurückgeschickt. Die Benchmarkingauswertungen werden automatisch erstellt, wobei die externen Vergleiche des aktuellen Behandlungszeitraums mit Histogrammen verglichen werden. Ausgewertet werden pädiatrisch relevante Indikatoren der Strukturqualität (Personal, Schulungsangebote), der Prozessqualität (Vollständigkeit von Kontrolluntersuchungen, Hospitalisierungsrate und -dauer, Schulungsintensität, Insulintherapie, Begleittherapie für Risikofaktoren) sowie der Ergebnisqualität (erzielte Stoffwechseleinstellung, akute Komplikationen, BMI, Rate von Risikofaktoren etc.). Aktuell beteiligen sich 186 pädiatrisch-diabetologische sowie 92 internistisch-diabetologische Einrichtungen an dieser Qualitätssicherungsinitiative. Für regionale Qualitätszirkel werden entanonymisierte Auswertungen erstellt. Beispielauswertungen sind unter www.peda-qs.de (Bereich DPV, Benchmarking) einsehbar.

Beim Typ-1-Diabetes in der Pädiatrie spielt die Insulintherapie die zentrale Rolle. Untersuchungen zur Wahl von Insulinpräparat und Insulintherapieform sind deshalb ein wichtiger Aspekt der Versorgungsforschung in der pädiatrischen Diabetologie. Die letzten 15 Jahre waren von einem raschen Wechsel von vorwiegend konventioneller Therapie (1–3 Injektionen pro Tag) hin zu intensivierter Therapie (4 oder mehr

tägliche Injektionen) und Pumpentherapie geprägt: Mehr als 50 % der Kinder mit Diabetes, die jünger als fünf Jahre sind, werden mittlerweile mit einer Insulinpumpe behandelt. Vor dem Jahr 2000 kam diese Therapieform in dieser Altersgruppe hingegen noch nicht vor (Holder et al. 2007). Sowohl schnellwirkende als auch langwirkende Analoginsuline werden zunehmend auch in der pädiatrischen Diabetologie eingesetzt.

Die Auswirkungen des familiären Umfeldes und von sozialer Ungleichheit auf den Krankheitsverlauf sind wichtige Felder pädiatrisch-diabetologischer Versorgungsforschung. Vor allem betroffene Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund unterscheiden sich bezüglich Inanspruchnahme von Versorgung, Wahl der Insulintherapieform sowie metabolischen Ergebnissen erheblich von Kindern mit deutschem Hintergrund (Holterhus et al., 2007).

Perspektiven

Die Optimierung der Versorgung der Patienten mit Diabetes mellitus inklusive der Früherkennung von Risikoindividuen (Prävention) ist extrem wichtig. Durch strukturierte und effektive Umsetzungen von Therapiestrategien können Spätkomplikationen sowie Sterblichkeit reduziert und durch effektive präventive Maßnahmen der Ausbruch der Erkrankung bei einem Teil der Probanden verhindert werden.

Aus diesen Gründen hat die Deutsche Diabetes-Gesellschaft seit vielen Jahren die transsektoral übergreifende Anerkennung von Behandlungszentren anhand inhaltlicher und struktureller Kriterien implementiert, die zum Teil auch Eingang in entsprechende DMP gefunden hat. Beispielsweise wurde ein nationaler Diabetesplan entwickelt, der Prävention, Forschung und Versorgung umfasst. Solche Aktivitäten finden auch Eingang in den neugegründeten Verein diabetesDE, in dem alle Betroffenen, Versorger und Forscher Mitglied werden können. Derartige Strukturen sollten in der Zukunft unbedingt genutzt werden, um Forschungsfragen nicht nur in der Ätiologie und Pathogenese, sondern auch in der Versorgung zu beantworten. Hierzu müssen allerdings Kriterien und Methoden der Datenerhebung (z.B. repräsentative Stichproben, Krankenkassendaten, Registerstudien) vereinheitlicht und validiert werden. Der Versorgungsforschung kommt dabei nicht nur die Aufgabe zu, die Umsetzung, Effizienz und Kosteneffektivität einzelner Maßnahmen oder Konzepte zu evaluieren, sondern auch die Aufgabe, über eine dezidierte Ist-Analyse Problemfelder und wesentliche Stellschrauben für eine effiziente und bessere Versorgungsqualität zu definieren. Zudem sollte sie sich in Zukunft stärker mit bestimmten Patientengruppen (z. B. Kinder, ältere Menschen, Patienten mit Migrationshintergrund) und mit Problemen der ambulanten und stationären Pflege beschäftigen.

Auf dieser Grundlage können dann auch gezielt und effektiv neue Versorgungsprogramme (z.B. Telemedizin, transsektorale krankheits- oder komplikationsorientierte Pfade) entwickelt und evaluiert werden, bei denen die strukturierte Interaktion zwischen Politik, Leistungsträgern, Leistungserbringern und Patienten dringend notwendig ist, denn die Versorgung der Patienten mit Diabetes mellitus und die Verhinderung der Krankheit ist eine gesellschaftliche Gemeinschaftsaufgabe. <<

Ulrich Müller, Reinhard Holl, Nicolle Müller, Dirk Müller-Wieland*

* Professor Dr. med. Ulrich Müller, Oberarzt, Klinik f. Innere Medizin III, Friedrich-Schiller-Universität Jena; Professor Dr. med. Reinhard Holl, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Institut für Epidemiologie, Universität Ulm; Dr. med. Nicolle Müller, Klinik f. Innere Medizin III, Friedrich-Schiller-Universität Jena; Professor Dr. med. Dirk Müller-Wieland, Chefarzt, Klinik f. Allgemeine Innere Medizin, Asklepios-Klinik St. Georg Hamburg

Lehrbuch Versorgungsforschung

Pfaff, Holger; Neugebauer, Edmund A.M.; Glaeske, Gerd; Schrappe, Matthias (Hrsg.)

Mit Geleitworten von Peter C. Scriba, Bernhard Badura und Heiner Raspe

Lehrbuch Versorgungsforschung

Verlag: Schattauer, Stuttgart 2010

Erscheint im September 2010

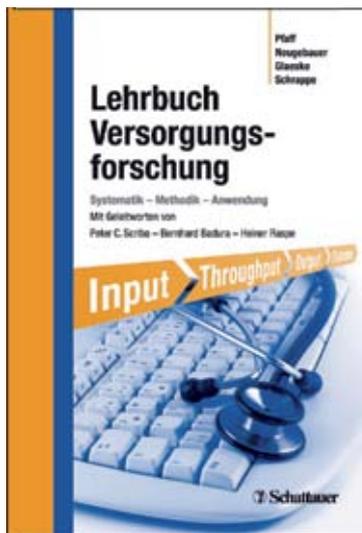
Ca. 424 Seiten, ca. 19 Abb., ca. 18 Tab., geb.

EUR D: 79,00 Eur

EUR A: 81,20 Eur

ISBN: 978-3-7945-2797-7 (Print)

978-3-7945-6628-0 (eBook)



>> Versorgungsforschung gewinnt immer mehr an Bedeutung. Sie wird von der Politik eingefordert und unterstützt, weil eine ergebnisorientierte Planung und Verbesserung nur bei Transparenz des realen Versorgungsgeschehens erfolgen kann. Die Grundkonzepte Evidenzbasierung, Multidisziplinarität und Multiprofessionalität in der Methodik sowie Patientenorientierung haben sich zur Beurteilung der Gesundheitsversorgung durchgesetzt.

Da ist es Zeit für ein Lehrbuch, das als Standardwerk den Stand des Fachs in seiner gesamten Bandbreite und aus den relevanten Perspektiven verlässlich, auf hohem Niveau und gut lesbar präsentiert. Das leistet dieses Buch in hervorragender Weise. Die Herausgeber Pfaff, Neugebauer, Glaeske und Schrappe haben ein großes Team renommierter Autoren u.a. aus Medizin, Gesundheitswissenschaft, Soziologie und Pharmazie gewonnen, so dass der Leser aus erster Hand erfährt, wie die Versorgungsforschung vorgeht.

Die Gliederung des Buches orientiert sich an den Perspektiven der Patienten, der Health Professionals als Personen (Ärzte, Pflegende, Apotheker usw.), der Institutionen (Arztpraxen, Krankenhäuser, Heime, Pharmaindustrie, Krankenkassen usw.) und ihrer Vereinigungen sowie an den Rahmenbedingungen und Systemfaktoren wie Finanzierungssystem, Verfasstheit des Gesundheitssystems, Krankenkassen- und Vergütungssystem, Qualitätswettbewerb, vertikale Integration, Managed Care, Träger- und Eigentümerstruktur und ihrem Einfluss auf die Qualität der Gesundheitsversorgung.

Es folgt die sorgfältige Erläuterung von krankheitsübergreifenden Querschnittsthemen wie soziale Ungleichheit, Multimor-

bidität, Evaluation, Patientensicherheitsforschung, Arzneimittelversorgung und Prävention.

Ein gründlicher Überblick zu zentralen methodischen Grundprinzipien und Mindestanforderungen schließt sich an, der unter anderem Epidemiologie, Generalisierbarkeit von Studienergebnissen, Organisationsforschung, Erfassung von Lebensqualität, qualitative Forschung, Arbeit mit Registern, Gesundheitsökonomie und die Arbeit mit Routinedaten umfasst.

Eine Anwendung dieser Methoden in unterschiedlichen klinischen Fachgebieten und ihren Problemen rundet das Werk ab.

Die systematische und umfassende Gestaltung macht dieses Lehrbuch Versorgungsforschung auch zu einem Handbuch und Nachschlagewerk, das dazu beitragen kann, einen breiten Konsens innerhalb des Fachgebietes herzustellen. Durch die hier festgehaltenen anerkannten Inhalte wird die Kontinuität des Fachgebietes Versorgungsforschung gesichert. Das erleichtert nicht zuletzt den Transfer in die Versorgungspraxis und das Versorgungsmanagement.

Dieses Buch wird in kurzer Zeit unverzichtbar sein. Hier findet jeder interessierte Experte zuverlässig die notwendigen Wissensgrundlagen und methodischen Instrumente. Ärzte aller Fachrichtungen, Gesundheitswissenschaftler, Soziologen, Psychologen, Studierende dieser Fachrichtungen, Mitarbeiter von Kostenträgern, Gesundheitsbehörden und Pharmaunternehmen, Gesundheitspolitiker und Angehörige aller therapeutischen und pflegenden Berufe werden dieses Buch mit großem Gewinn lesen. <<

von Prof. Dr. Reinhold Roski

Schiedsverfahren begrüßt

>> „Deutschland kann gut darauf verzichten, Referenzland für europäische Preisbildung zu sein“, erklärte Barmer GEK Vize-Chef Dr. Rolf-Ulrich Schlenker anlässlich der Vorstellung des aktuellen Barmer GEK Arzneimittel-Reports 2010. Nach Schlenker ist es an der Zeit, die Arzneimittelpreisbildung vernünftig zu gestalten, ohne gleichzeitig Innovationshemmnisse zu fördern. Ausdrücklich begrüßt er die Passage im Referentenentwurf zum „Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz“ (AMNOG), wonach Schiedsverfahren zur Festlegung von Erstattungshöhen die Höhe des tatsächlichen Abgabepreises in anderen europäischen Ländern berücksichtigen sollen: „Die europäische Perspektive muss bereits vorher Maßstab für die direkten Verhandlungen zwischen dem Spitzenverband der Krankenkassen und den Pharma-Unternehmen sein. Das wäre der Durchbruch für faire Preise und gute Verträge.“ <<

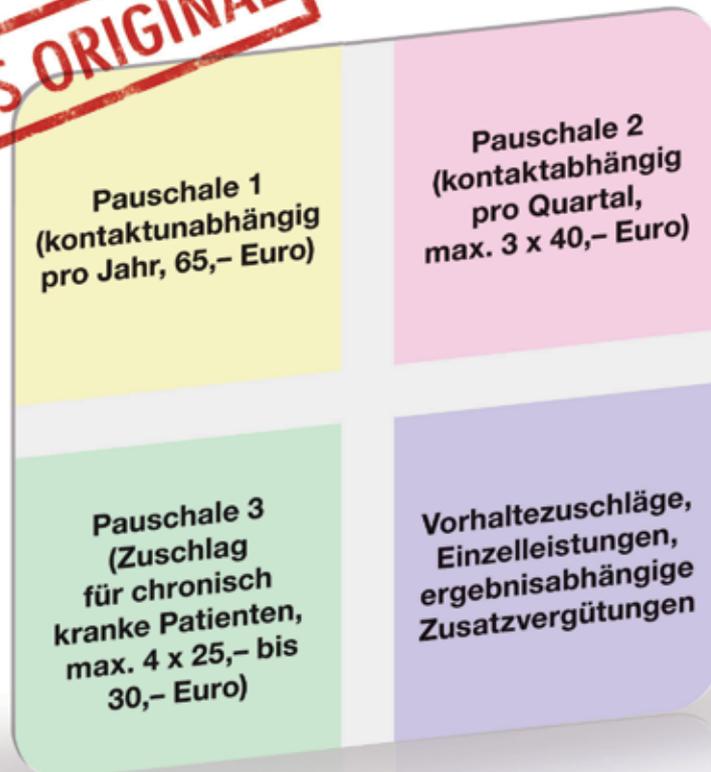
Verhältnis aus Preis und Qualität

>> „Die einzelne Kasse wird sich in Zukunft nur noch über ein gutes Verhältnis aus Preis und Qualität abheben können“, sagt Dr. med. Thorsten Pilgrim, Geschäftsführer der AnyCare GmbH. „Ein innovatives Versorgungsmanagement maximiert die Effizienz der Krankenkassen und sichert ihnen so wertvolle Wettbewerbsvorteile.“

Dass ein gutes Versorgungsmanagement Kosten sparen und gleichzeitig die Qualität der Behandlung verbessern kann, zeigen die Auswertungen des Stuttgarter Gesundheitsdienstleisters. In den vergangenen zehn Jahren hat das Unternehmen bis zu 80.000 Versicherte betreut und Unterstützung im Umgang mit der individuellen Erkrankungssituation geboten. Anhand von anonymisierten Daten von über 1.000 Patienten analysierte AnyCare nun anhand eines Vorher-Nachher-Vergleichs die Auswirkungen des Programms. Die Datenanalysen hätten gezeigt, dass durch die Versorgungsmanagement-Programme für Menschen mit körperlichen (AnyCare ProMed) und psychischen Krankheiten (AnyCare ProPerspektive) die Kosten um rund 20 Prozent gesenkt werden können. Bei AnyCare ProMed werden beispielsweise bei Ausgangskosten von 9.457 Euro voraussichtlich 1.885 Euro eingespart. Auswertungen zu AnyCare ProPerspektive ergeben eine voraussichtliche Kostenreduktion von 2.127 Euro bei Ausgangskosten von 10.692 Euro. „Jene Kassen, die ihren Versicherten ein Versorgungsmanagement anbieten, refinanzieren nicht nur dieses Programm, sondern sparen darüber hinaus noch Geld“, betont Pilgrim. <<

Das AOK-Hausarzt-Programm.

DAS ORIGINAL



Weniger Bürokratie – mehr Zeit für Patienten.

Das AOK-HausarztProgramm ist die hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg. Es macht den Hausarzt zum Gesundheitspartner seiner Patienten. Mit innovativer Vergütung, evidenzbasierter Fortbildung und individueller Prävention bietet er Ihnen beste Qualität und besonderen Service in allen Fragen zur Gesundheit.



AOK Baden-Württemberg
Gesundheit in besten Händen.
www.aok-bw.de



Prof. Dr. Norbert Klusen

Versorgungsmanagement der Krankenversicherung: Auf dem Weg zum lernenden System

Ein lernendes System ist ein System des Wandels. Ein System, dem es gelingt, sich den ständig ändernden Erfordernissen des Umfeldes anzupassen, das Fehler als Möglichkeit zur Verbesserung begreift, offen ist für Innovationen und auf Grundlage evidenzbasierter Daten in der Lage ist, Probleme eigenständig zu lösen. Mechanismen, die entsprechende Lernprozesse unterstützen, sind:

- eine gemeinsame Vision und Vertrauensbasis,
- eine Innovationskultur, die Veränderungsbereitschaft fördert,
- ein Anreizsystem, das Veränderungen unterstützt, wie z. B. der Wettbewerb oder Wettbewerbselemente,
- ein Evaluations- und Informationssystem, das kontinuierliche Lernimpulse setzt, und
- die Bereitschaft zur Aufgabe der „Selbstbezogenheit“,
- der Abgleich mit den Bedarfen und Bedürfnissen der Systemmitglieder und der Blick über die Grenzen.

Der Vorteil eines solchen Systems liegt in seiner Anpassungsfähigkeit: es wird ein fortlaufender Suchprozess initiiert, so dass eine lernende, sich selbst verbessernde Einheit entstehen kann [Senge 1994].

>> Auch das deutsche Gesundheitswesen hat die Chance, sich zu solch einem sich selbst regulierenden System zu entwickeln. Auf Finanzierungsseite dominieren mit der Vorgabe eines Gesundheitsfonds, eines einheitlichen Beitragssatzes und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zwar noch die zentralistischen Elemente gesetzlicher Feinregulierung, auf Leistungsseite wurden dagegen mit Einführung des Kassenwettbewerbs 1996 und nach dem Abschluss von Direktverträgen in den letzten Jahren - über die Möglichkeiten der Modellvorhaben nach §§ 63-65 SGB V, die Verträge zur integrierten Versorgung (IGV) nach § 140 a-d SGB V, die Rabattverträge nach § 130a Abs.8 SGB V, die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137 g SGB V und die Errichtung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nach § 95 SGB V - Vorfahrt gewährt wurde, die Wettbewerbsschranken weiter geöffnet als jemals zuvor.

Wahltarife, Direkt- und Rabattverträge gehören zu den interessantesten Wettbewerbsoptionen einer Krankenkasse, sich durch die Verbesserung von Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit der Versorgung von Mitkonkurrenten zu differenzieren. Langfristig sind diese Verträge eine wichtige Voraussetzung, um sich den demographischen Herausforderungen und denen des medizinisch-technischen Fortschritts der Zukunft stellen zu können. Denn selbst wenn es dem Staat gelingen sollte, auf Einnahmeseite eine noch gerechtere Finanzierung des Gesundheitssystems in Deutschland zu erreichen, bleibt davon die ungebremste Kostendynamik in der GKV auf Ausgabenseite unberührt.

Abstract

Das deutsche Gesundheitswesen ist ein leistungsstarkes und lernfähiges System, in dem Rabatt- und Direktverträge derzeit zu den wichtigsten Wettbewerbsoptionen einer Krankenkasse gehören, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern und mit Hilfe wissenschaftlicher Begleitstudien Transparenz zu schaffen. Denn über Versorgungsmanagement als sinnvolles Konzept kann letztendlich nur im Wettbewerb und nicht über staatliche Vorgaben und Regulation entschieden werden. Auch der Blick über die niederländische Grenze zeigt, dass empirische Daten gesundheitspolitische Entscheidungen besser steuern können als ideologisch gefärbte Annahmen in einem Gesundheitsbereich, der konsequent die Idee des regulierten Wettbewerbs verfolgt und so in der Lage ist, schneller zu lernen als die Systeme der Nachbarländer.

Keywords

Selektivvertrag, Rabattvertrag, lernendes System, niederländisches Gesundheitswesen

Ausgabenentwicklung

Aufgrund bisheriger Trends und aktueller Entwicklungen ist nicht zu erwarten, dass die Ausgabensteigerungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mittelfristig abnehmen werden. So ist diese Kostendynamik in allen großen medizinischen Versorgungsbereichen seit Jahren ungebrochen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes stiegen die Ausgaben zwischen den Jahren 2004 - 2008 für den Krankenhausbereich um 10,5 Prozent, für Arzthonore um 12,7 Prozent und für Arzneimittel um 33,6 Prozent. Gründe hierfür sind, neben den Bedürfnissen einer alternden Bevölkerung und den zunehmenden Behandlungs- und Untersuchungsmöglichkeiten, das Fehlen sektorübergreifender Versorgungsangebote und gezielter Anreize für Anbieter, die Gesundheitsversorgung effizient und in einem guten Preis-Leistungs-Verhältnis zu erbringen. Kostentreibend sind ebenso die immer noch vorhandenen Überkapazitäten und im internationalen Vergleich langen Verweildauern im Krankenhaus, eine hohe Arzt-Kontakt-Rate (laut GEK-Arzneimittelreport 2009 besucht jeder Deutsche 18 mal im Jahr einen Arzt) und vor allem stark wachsende Arzneimittelausgaben, nicht nur durch die kontinuierliche Zunahme der Verordnungen, sondern insbesondere durch den Wechsel des Ordnungsverhaltens hin zu teureren Arzneimitteln und Darreichungsformen [Pafraht/Schwabe 2009]. 2008 ist der Umsatz innovativer, patentgeschützter Arzneimittel um fast 18 Prozent gestiegen (im Vergleich zu +5,3 Prozent der gesamten Arzneimittelausgaben). Teure und neue Spezialpräparate aus den Bereichen Onkologie, Transplantations- und Reproduktionsmedizin sowie HIV-Präparate machen bei einem Ordnungsanteil von zwei Prozent einen Umsatz von 26 Prozent des Fertigarzneimittelmarktes aus. Allerdings weisen nicht alle als Innovation angebotenen Medikamente einen die Mehrkosten rechtfertigenden erkennbaren Zusatznutzen aus. Nach Aussagen des Arzneimittelverordnungsreports handelt es sich bei knapp 45 Prozent der seit 1986 neu zugelassenen Wirkstoffe lediglich um Analogwirkstoffe ohne relevanten Zusatznutzen für die Patienten. Fundament für eine faire Preisbildung wäre also eine schnelle Nutzenbewertung wie beispielsweise in Frankreich (Drei-Monats-Frist), die allerdings bis heute in Deutschland zum Zeitpunkt der Markteinführung noch fehlt. Stattdessen unterliegt die Einführung patentgeschützter Arzneimittel keiner direkten Preisbeschränkung. Deutschland fungiert als Referenzpreisland für andere Staaten. Darüber hinaus fehlt ein Preiswettbewerb im Apothekenmarkt.

Vor diesem Hintergrund und auf dem Weg zum lernenden System gewinnen Vertragsoptionen wie die Möglichkeit zum Abschluss von Rabatt- und Direktverträgen zunehmend an Bedeutung. Sie sind es, die im Wettbewerb zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung beitragen, die Innovationen fördern, Bewegung in verkrustete Strukturen bringen und mit Hilfe wissenschaftlicher Begleitstudien

Transparenz schaffen. Erkenntnisse aus diesen Verträgen verändern die Versorgungswirklichkeit.

Selektivverträge der TK

Die Techniker Krankenkasse (TK) hat - nach ersten Erfahrungen mit Einzelverträgen bereits vor zehn Jahren in den Praxisnetzen der TK und BKK in Berlin und München - bis zum Jahr 2008 über 320 Integrierte Gesundheitsversorgungs-Verträge im gesamten Bundesgebiet erprobt. Versorgungsnetze zur Behandlung von Herz-, Krebs-, psychischen und orthopädischen Erkrankungen entstanden neben telemedizinischen Versorgungsprogrammen für chronische Herz- und Asthmaerkrankungen und neben medizinischen Versorgungszentren zur fachübergreifenden Behandlung der Versicherten. Kontinuierlich werden die Vorhaben evaluiert und in Hinblick auf Qualitätsverbesserungen und Kosteneffizienz bewertet. 10 Prozent der Verträge sind Anfang 2009 aufgrund fehlender Effektivität und Effizienz gekündigt worden, weitere Verträge mussten an die veränderten Rahmenbedingungen angepasst werden. 80 Prozent der integrierten Gesundheitsversorgungs-Verträge der TK haben Ende 2008 ein positives Ergebnis in der Bewertung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses ausgewiesen und werden kontinuierlich weiterentwickelt [vgl. Klusen 2010]. Dabei besteht die Option, Selektivverträge zu schließen, im Krankenhausbereich nur unzureichend, weil der Gesetzgeber es bisher versäumt hat, im größten Ausgabenblock der GKV wettbewerbliche Vertragsstrukturen einzuführen.

Da es in Deutschland nur schwer gelingt, die Vergütung für alle Leistungserbringer abzusenken, um anschließend gute Qualität angemessen zu vergüten (interessante Ansätze entstehen erst langsam in der Diskussion über Pay-for-Performance-Lösungen), handelt es sich bei den meisten Integrierten Versorgungsmodellen um Add-on-Verträge, die hohe Anfangskosten generieren und - wenn überhaupt - finanzielle Erfolge nur langfristig belegen können. Neben Sparmodellen handelt es sich also um Innovationsmodelle als wichtiger Motor für den medizinischen Fortschritt.

Entscheidende Voraussetzung für den Erfolg der Verträge ist aus Sicht der TK die Transparenz über die Qualität und Wirtschaftlichkeit der „neuen“ Versorgung und die Implementierung vernünftiger Win-Win-Strukturen für alle Beteiligten. Nur wenn die Patienten, Leistungserbringer und Kassen vom Mehrwert neuer Versorgungsmodelle überzeugt sind, werden diese akzeptiert und unterstützt. Bemerkenswert ist, dass selbst junge und gesunde Versicherte mehr Wert auf eine hohe Behandlungsqualität legen statt auf einen niedrigen Preis [Cassel, Nihalani, 2009]. Selbst die Anzahl der Ärzte, mit denen die Kassen Verträge abschließen, ist für die Akzeptanz der Versicherten nicht entscheidend, wenn die Versorgungsqualität stimmt. Interessant ist ebenfalls, dass der Abschluss von Direktverträgen nicht auf Deutschland begrenzt bleibt. Europa wächst in atemberaubender Geschwindigkeit zusammen. Deshalb hat die TK bereits mit mehr als 80 Kliniken in Belgien, Italien, den Niederlanden und Österreich grenzübergreifende Vereinbarungen geschlossen, um den Versicherten eine qualitativ hochwertige und unbürokratische EU-Auslandsversor-

gung zu gewährleisten. Die TK-Europastudie 2009 zeigt, dass 40 Prozent der Gesundheitsleistungen, die im EU-Ausland in Anspruch genommen werden, gezielt geplant sind. Der an Gesundheit interessierte Kunde wird mobil und gibt sich mit Einheits- oder Standardlösungen nicht mehr zufrieden. Auch hier gilt, dass das lernende System sich den Bedarfen der Versicherten anpasst. Nicht staatliche Regularien, sondern der Mehrwert eines Vertragsmodells für die Versicherten entscheidet letztendlich darüber, ob es angenommen wird oder nicht.

Rabattverträge

Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V können und wollen Kosten-Nutzen-Bewertungen nicht ersetzen. Sie dienen dazu, mehr Wettbewerb in den Arzneimittelbereich zu bringen und eine kostengünstige Arzneimittelversorgung zu ermöglichen. Langfristig geht es um mehr als Rabatte: um neue Kooperationsmodelle.

Die Erfahrungen der TK mit Generika-Rabattverträgen sind positiv. Mit einer Kombination aus Festbeträgen und Rabattverträgen ist es gelungen, die Ausgabenentwicklung zu begrenzen. In 2010 wird allein die TK Kosten in Höhe von 100 Millionen Euro einsparen. Die AOK-Gemeinschaft hat angekündigt, im Jahre 2010 ein Einsparvolumen in Höhe von 520 Millionen Euro zu realisieren. Das Geld soll in die Verbesserung der medizinischen Versorgung der Versicherten und die Vermeidung von Zusatzbeiträgen investiert werden. Ab April 2010 gelten für 89 Wirkstoffe neue und weiterentwickelte TK-Rabattverträge mit verschiedenen Arzneimittelherstellern. Dabei konnte sichergestellt werden, dass die therapeutische Qualität und Sicherheit der Medikamente unverändert hoch bleibt. Versicherte müssen für diese Art der Kosteneinsparung keinerlei qualitative Abstriche in der Arzneimittelversorgung befürchten.

Nachhaltige Rabattverträge gehen dabei über reine Rabatzzahlungen hinaus. Es werden Inhalte für Kooperationen entwickelt, die wie bei den Selektivverträgen einen Vorteil für alle Beteiligten ermöglichen [Verheyen et al., 2009]. Die Hersteller profitieren von einer Gewinnoptimierung, während die Krankenkassen wirtschaftliche Vorteile erzielen, Versicherte geringere Zuzahlungen leisten müssen und Ärzte Vorteile bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung erhalten. Rabattverträge bieten darüber hinaus den Einstieg in ein umfangreiches Versorgungsmanagement im Arzneimittelbereich. Erfahrungen aus den USA zeigen, dass solch übergreifende Versorgungsansätze zu Qualitätsverbesserungen führen und gleichzeitig pharmako-ökonomische Instrumente (z.B. Kosten-Nutzen-Analyse, Budget-Impact-Analyse) zur erfolgreichen Umsetzung nutzen [Zhixiao Wang et al. 2004: 49-58].

Eine Ausweitung der Vertragsmöglichkeiten im Arzneimittelbereich auf die Hauptkostentreiber, die patentgeschützten Arzneimittel, wäre deshalb langfristig überaus wünschenswert und wird aktuell im Arzneimittelsparpaket der Bundesregierung neu diskutiert: Die gesetzlichen Krankenkassen sollen Rabattverträge auch für innovative Medikamente mit Zusatznutzen für die Patienten vereinbaren dürfen. Entscheidend wird letztendlich aber sein, ob die Ärzte gesetzlich stärker verpflichtet werden, patentgeschützte Arzneimittel der Krankenkassen zu verschreiben.

Literatur

- Agasi, S. (2010), Krankenversicherung in den Niederlanden - Von der kleinen zur großen Prämie, in: Die Krankenversicherung 03/2010, S. 67-71
- Cassel, D. / Nihalani, K. (2009), Der Kunde ist König. IMPLICON plus 06/2009
- Klusen, N. (2010), Managed Care: Wer steuert wen?, in: Porzsolt, F., Tilgner, S. (Hrsg.), Managed Care - Perspektive für das deutsche Gesundheitswesen?, Berlin: Schriftenreihe PVS Verband, Band 9
- Paffrath, D., Schwabe, U. (Hrsg.) (2009), Arzneiverordnungsreport 2009, Berlin/Heidelberg/New York: Springer Verlag
- Senge, P., The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization, 1994
- Verheyen, F., Steimle, T. et al (2009), Mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung durch neue Versorgungsstrukturen - von der Fiktion zur Realität?, in: Wilke, T., Neumann, K., Meusch, D. (Hrsg.), Arzneimittel-Supply-Chain, Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Baden-Baden: Nomos

Hausarztverträge

Die TK hat sich gegen die bindende Verpflichtung der Kassen zum Abschluss von Hausarztverträgen nach § 73 b SGB V lange gewehrt. Da die Politik an den Vorgaben weiterhin festhält, werden den TK-Versicherten ab Mai 2010 überregionale Hausarztverträge in Kooperation mit dem Deutschen Hausärzterverband angeboten. Proaktiv wurden Preisstrukturen individuell gestaltet, um wirtschaftlichere Ergebnisse zu erzielen, als dies bei der reinen Umsetzung von Schiedsamts-Entscheidungen möglich gewesen wäre. Die vom Gesetzgeber vorgeschriebene Verpflichtung der Krankenkassen, flächendeckende Angebote zur hausarztzentrierten Versorgung zu unterbreiten, stärken allerdings nicht, sondern schwächen den Suchprozess nach der besten Versorgungslösung im Wettbewerb. Denn die richtungsweisende Entscheidung zur Einführung flächendeckender Hausarztmodelle stützt sich nur auf wenig evidenzbasierte Grundlagen. So konnte eine Überlegenheit der hausarztzentrierten Versorgung in den drei Testregionen der TK und innerhalb der dort erprobten Modelle nicht nachgewiesen werden. Den immensen Mehrkosten für höhere Arzthonorare, Zusatzleistungen und den Wegfall der Praxisgebühren für teilnehmende Versicherte standen keine eindeutigen Ergebnisse zur verbesserten Qualität der medizinischen Versorgung gegenüber. Im Fall der flächendeckenden Einführung von Hausarztmodellen scheitert deshalb in Deutschland das lernende Gesundheitssystem an ideologischen Vorgaben, die die konsequente Einhaltung der Wettbewerbsordnung unterlaufen. Anderen Ländern gelingt die stringente Ausrichtung auf den regulierten, fairen Wettbewerb besser. Sie lernen derzeit leichter und schneller.

Beispiel: Niederlande

Getragen von einer parteiübergreifenden Vision über ein neues, zukunftsfestes Gesundheitssystem haben die Niederländer mit ihrer Reform von 2006 ihr Gesundheitswesen konsequent in Richtung lernendes System weiterentwickelt. Ziel der Reform war die Schaffung einer Balance zwischen staatlicher Steuerung zum Erhalt sozialpolitischer Ziele und wettbewerblichen Marktmechanismen. Durch hohe Transparenz über das Versorgungsgeschehen wandeln sich die niederländischen Versicherten langsam zu Experten in eigener Sache in einem System, das ebenso langsam seine zentralistischen und staatlich hoch regulierten Strukturen gegen mehr Wettbewerb in einem vorgegebenen einheitlichen Ordnungsrahmen austauscht.

Dem Preiswettbewerb in Form der Einführung einer großen Prämie wurde direkt die Einführung eines Leistungswettbewerbs gegenübergestellt. Der Preisdruck des Versicherungsmarktes wird über die Möglichkeit der Krankenversicherer, selektive Verträge abzuschließen oder Eigeneinrichtungen zu führen, an die Leistungserbringer weitergegeben. Selbst im Krankenhausbereich sind für rund 30 Prozent des Krankenhausumsatzes die Preise Verhandlungssache zwischen den Vertragspartnern [Agasi, 2010: 70]. Interessant ist, dass der Wettbewerb nicht nur zu einem intensiven Preisvergleich geführt hat, sondern der Fokus sich mittlerweile

Impact of selective/rebate contracts

The German health care system is powerful and highly adaptive. Selective and rebate contracts are significant options in competition for statutory health insurance funds to increase quality and efficiency in medical care and produce a high level of transparency. Only competition and not official regulatory procedures lead to reasonable supply management concepts. The view across the Dutch borderline shows, that empirical data offer a much more solid basis for health policy decisions than ideological assumptions. The Dutch health sector follows consequently the idea of regulated competition in a system that is able to learn faster than all neighboring countries.

Keywords

Selective contract, rebate contract, learning system, Dutch health sector

auf Versorgungsqualität und zahlreiche Initiativen zur Qualitätstransparenz richtet. Das System lernt, sich an den Kundenbedürfnissen auszurichten. Deutlich war zum Beispiel schnell, dass Preiswettbewerb im Versicherungsmarkt alleine nicht ausreicht und die Versicherer mehr Zeit benötigen, um zu Leistungseinkäufern zu werden, was gleichzeitig ausreichend Handlungsspielräume, konsistente Anreize und Transparenz voraussetzt [Agasi, 2010: 71]. Aufgrund dieser Erfahrungen entwickelt sich das niederländische Gesundheitswesen weiter und vertraut nicht mehr allein auf theoretische Vermutungen, sondern auf evidenzbasierte Daten in einem lernenden System. So soll ab 2011 im Krankenhausbereich das Verhandlungs-Segment auf 50 Prozent ausgedehnt und der RSA auf den Prüfstand gestellt werden, um Wirtschaftlichkeitsanreize für die Krankenversicherer zu erhöhen.

Fazit

Über Versorgungsmanagement als sinnvolles Konzept kann letztendlich nur im Wettbewerb und nicht über staatliche Vorgaben und Regulation entschieden werden. Direkt- und Rabattverträge sind wichtige kassenindividuelle Vertragsoptionen, die hierzu beitragen. Das deutsche Gesundheitswesen ist ein leistungsstarkes und ein lernfähiges System. Aufgrund der fehlenden parteipolitischen Vision über die Ausgestaltung seiner Zukunftsfestigkeit fehlt allerdings der letzte Schritt hin zum lernenden System, das über den Anreiz einer fairen Wettbewerbsordnung mit starker einheitlicher Aufsicht Veränderungsbereitschaft fördert und selbstregulierende Kräfte entfacht, um auf Zentralismus und kurzfristige Detailregulierung verzichten zu können, und in dem statt ideologisch gefärbter Annahmen empirische Daten gesundheitspolitische Entscheidungen steuern. Der Blick über die Grenze zu unseren niederländischen Nachbarn zeigt, welche Strukturen hierfür erforderlich wären. Denn die Niederländer orientieren sich bereits an einer gemeinsamen, langfristigen Vision, die staatliche Steuerung und fairen Wettbewerb verbindet. Sie sind im Gegensatz zu uns Deutschen in einem lernenden System schon heute bereit, sich konsequent auf eine Suche ohne Ende zu begeben: auf die Suche nach der besseren Lösung. <<

Prof. Dr. Norbert Klusen

studierte Wirtschaftswissenschaften und Soziologie an der RWTH Aachen sowie der TU Berlin und verfügt über umfangreiche Management-Erfahrung in internationalen Unternehmen. Bis 1993 war er Vorstandsmitglied und Arbeitsdirektor einer Aktiengesellschaft des Maschinen- und Fahrzeugbaus. Im selben Jahr trat er in die Geschäftsführung der Techniker Krankenkasse ein. Seit 1996 ist er Vorsitzender des Vorstandes der Techniker Krankenkasse.



Dipl. Verw. Wiss. Eberhard Mehl
Dipl.-Volkswirt Ivo Weiß

Erfahrungen aus den Vertragsverhandlungen und Schiedsverfahren zur hausarztzentrierten Versorgung

Zum 01.01.2009 trat das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKVOrgWG) in Kraft, das unter anderem auch eine Änderung des § 73b SGB V umfasste. Nach dieser Neuregelung wurden alle gesetzlichen Krankenversicherungen verpflichtet, ihren Versicherten bis zum 30. Juni 2009 eine besondere hausärztliche Versorgung („hausarztzentrierte Versorgung“) anzubieten. Vorrangiger Vertragspartner der Krankenkassen sind nach dem Gesetzeswortlaut „Gemeinschaften, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten“. Vor diesem Hintergrund haben in nahezu allen KV-Bezirken die dort niedergelassenen Hausärzte die Landesverbände des Deutschen Hausärzterverbandes mandatiert. Mit Unterstützung der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (HÄVG), der Dienstleistungsgesellschaft der Landesverbände, und des Bundesverbandes wurden zahlreiche Verhandlungen über Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) geführt.

>> Überall dort, wo keine Einigung erzielt werden konnte, haben die Landesverbände als mandatierte Gemeinschaften die für diesen Fall nach dem Gesetz vorgesehenen Schiedsverfahren eingeleitet. Im Rahmen dieser Schiedsverfahren wurden die „Verhandlungen“ zwischen den Parteien unter Leitung eines Schiedsvorsitzenden geführt, der immer dann, wenn die Parteien sich nicht einigen konnten, an deren Stelle eine Entscheidung traf. Zum jetzigen Zeitpunkt, Ende April 2010, haben die Landesverbände des Deutschen Hausärzterverbandes und der Bundesverband gemeinsam mit der HÄVG über 250 Verträge erfolgreich verhandelt, weitere rund 100 wurden durch Schiedssprüche festgesetzt. Es ist davon auszugehen, dass zum Zeitpunkt des Erscheinens dieses Artikels die rund 1.600 eingeleiteten Schiedsverfahren größtenteils abgeschlossen sein werden – sei es durch einen Schiedsspruch, sei es auf dem Verhandlungswege.

Primäres Ziel der hausarztzentrierten Versorgung - wie auch der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung und auch der Integrierten Versorgung - ist eine qualitativ bessere Versorgung der Versicherten. Hier ist zunächst darauf hinzuweisen, dass die tatsächliche Versorgung der Versicherten durch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte und andere Leistungserbringer in den Praxen vor Ort erfolgt – nicht durch die Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Berufsverbände oder Unternehmensberatungen. Deshalb dürfen nachhaltige Modelle zur

Abstract

Kernziel neuer Versorgungsmodelle ist eine qualitativ bessere Versorgung der Patienten. Im Zuge der Umsetzung neuer Versorgungsformen, z. B. von DMP und hausarztzentrierter Versorgung, zeigt sich, dass die Freiwilligkeit der Teilnahme der Patienten ein zentrales Element darstellt. Denn nur so lässt sich eine hohe Beteiligung und entsprechende Motivation der Patienten und damit der Erfolg neuer Versorgungsformen erreichen. Ein weiterer zentraler Punkt bei der Umsetzung neuer Versorgungsmodelle stellt die frühzeitige Einbindung der (ärztlichen) Leistungserbringer dar. Ihre Kenntnis der konkreten (Versorgungs-) Verhältnisse und Einschätzung darüber, was in der Versorgung möglich ist, gewährleistet die Umsetzbarkeit. Die Erfahrungen des Deutschen Hausärzterverbandes in den Verhandlungen mit Kostenträgern über den Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung bestätigen diese Aussagen.

Keywords

Neue Versorgungsformen, DMP, hausarztzentrierte Versorgung, Vertragsmanagement, Schiedsverfahren, Freiwilligkeit

Verbesserung der Versorgung nicht „am Flipchart“ entworfen werden, sondern sollten unbedingt auf einem soliden - und vor allem praxisnahen - Fundament basieren, nämlich:

- einer genauen Kenntnis der tatsächlichen (Versorgungs-) Verhältnisse,
- einer realistischen Einschätzung darüber, was in der Versorgung möglich ist sowie
- einer breiten Akzeptanz auf Seiten der Versicherten und der Leistungserbringer

Der letzte Punkt der Akzeptanz auf Seiten der Versicherten ist vielleicht der wichtigste: Denn eine „Verbesserung der Versorgung“ muss nicht zwingend für jeden Versicherten das gleiche bedeuten. Deshalb ist es dringend geboten, die Patienten selbst darüber entscheiden zu lassen, ob Sie ein bestimmtes Angebot annehmen möchten oder nicht. Anderenfalls lassen sich aufgrund der geringen Patienten-„Compliance“ gewünschte Versorgungsverbesserungen und Wirtschaftlichkeitsreserven kaum erreichen.

Zentrales Element der Teilnahme: „Freiwilligkeit“

Das Prinzip der freiwilligen Teilnahme der Versicherten ist auch von großer Bedeutung dafür, dass die Interessen der Versicherten in einer Verhandlung zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen nicht nur von den Krankenkassen, sondern von Anfang an auch von Seiten der ärztlichen Leistungserbringer berücksichtigt und vertreten werden. Ein ausschließlich für die Ärzte attraktives Versorgungskonzept, das für die Versicherten aber womöglich sogar nachteilig wäre, würde von den Versicherten nicht angenommen werden und somit ins Leere laufen. Die Tatsache, dass bei den Schiedsverfahren zur hausarztzentrierten Versorgung die Kassenseite zwar sehr zahlreich, häufig aber ohne ärztlichen Sachverstand auftrat, dafür mit umso mehr Juristen, Haushalts- und Verwaltungsfachleuten, wirft die Frage auf, ob sich die Krankenkassen der Verantwortung gegenüber ihren Versicherten in dieser Hinsicht bewusst sind.

Die Bedeutung des Prinzips der Freiwilligkeit lässt sich auch anhand der Disease-Management-Programme (DMP) belegen, wo dieses Prinzip seit Beginn der strukturierten Behandlungsprogramme bis heute sowohl auf Seiten der Versicherten als auch der Ärzteschaft zugrun-

de liegt. Nach anfänglicher Skepsis den DMP gegenüber werden diese heute, nach mehrjähriger Erfahrung, überwiegend positiv beurteilt. Eindeutige Hinweise für die Verbesserung der Versorgung der teilnehmenden Versicherten liefern beispielsweise die von der AOK im Internet veröffentlichten Ergebnisse der ELSID-Studie:

Zentrale Ergebnisse der ELSID-Studie

Unter den Diabetikern im DMP ist die Sterblichkeitsrate deutlich niedriger als bei Patienten, die nicht in ein solches Programm eingeschrieben sind.

Vor allem Patienten mit mehreren Erkrankungen können von der Teilnahme an einem DMP profitieren. Die mehrfach erkrankten Patienten im DMP erzielten bei einer Befragung zu ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität deutlich bessere Werte als die Patienten in der Regelversorgung. Frauen profitieren in Bezug auf Lebensqualität mehr vom DMP als Männer.

Die Kosten für die Versorgung der Patienten im DMP sind insgesamt etwas niedriger als die Kosten für die Versorgung der Diabetiker in der Regelversorgung.

Die Teilnehmer des DMP Diabetes fühlen sich von ihrem Arzt besser versorgt als Nicht-DMP-Teilnehmer. Eine Patientenbefragung im Rahmen der Studie ergab, dass die DMP-Teilnehmer mit dem Ablauf und der Organisation ihrer Behandlung deutlich zufriedener sind als Patienten in der Regelversorgung. Sie werden zum Beispiel häufiger nach ihren Vorstellungen bei der Gestaltung des Behandlungsplans gefragt.

DMP wurden erstmals mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung mit Wirkung zum 1. Januar 2002 gesetzlich etabliert (§137f –g SGB V) und sukzessive für aktuell sieben weit verbreitete chronische Erkrankungen, nämlich

- Diabetes mellitus Typ 1 und 2,
- Brustkrebs,
- Koronare Herzkrankheit (KHK),
- Asthma,
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen COPD und
- Modul Herzinsuffizienz zum DMP KHK (seit Juli 2009)

eingeführt. Wie bereits gesagt, erfolgt die Teilnahme des Patienten an DMP freiwillig. Dabei ist seine Mitarbeit ein wesentlicher Erfolgsfaktor der DMP: Hierzu werden individuelle Therapieziele sowie die Teilnahme an intensiver Patienteninformation und Beratung, z.B. Schulungen und Präventionsangeboten, sowie an regelmäßigen Verlaufskontrollen vereinbart.

Die nachgewiesenen sinnvollen Maßnahmen der DMP hätten sicher nicht den gleichen Erfolg gebracht, wären sie z.B. allen Versicherten mit Diabetes einfach vorgeschrieben worden. Vielmehr hat sich gezeigt, dass eine individuelle Anleitung einschließlich der Vereinbarung konkreter Therapieziele verbunden mit positiven Anreizen Mittel der Wahl sind, weil nur sie den Behandlungserfolg nachhaltig befördern können. Die Androhung von Sanktionen gegenüber den Versicherten bei möglichem „Fehlverhalten“ ist nach der bisherigen Erfahrung demgegenüber wirkungslos.

Die „Abstimmung mit den Füßen“ ist im Normalfall ein wirksames Instrument, um seine eigenen Interessen zu vertreten. Leider steht diese Möglichkeit den in Deutschland niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten durch das System der Zwangskörperschaften nur in sehr beschränktem Umfang zur Verfügung. Wer als Arzt zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte behandeln möchte, muss Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung sein. Regelungen, die die gesamte Ärzteschaft betreffen, werden im KV-System verabschiedet, ohne dass sich jemals eine Mehrheit der niedergelassenen Ärzte dafür ausgesprochen hätte. Wir verweisen hierzu beispielhaft auf die der letzten Honorarreform folgenden Diskussionen, insbesondere auch systemintern, nachdem die massiven regionalen Unterschiede in der Honorarverteilung deutlich wurden. Im Gegensatz zu den Selektivverträgen mit freiwilliger Teilnahme der Ärzte fehlt somit im Kollektivvertrag ein wesentliches Instrument zur Kontrolle des Systems durch die Mitglieder.

Frühzeitige Einbindung der Leistungserbringer

Die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V, die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V und auch die integrierte Versorgung nach § 140a SGB V folgen dem Prinzip der freiwilligen Teilnahme. Eine bessere Basis für eine Akzeptanz auf Seiten der Versicherten wie auch der Ärzte kann es nicht geben. In den Wirtschaftswissenschaften wird häufig, wenn bestimmte Vorhersagen aus Modellen abgeleitet werden sollen, der sog. homo oeconomicus als rational handelndes Individuum unterstellt. Auch wenn Entscheidungen häufig nicht allein aus rein rationalen Gründen getroffen werden, so gibt es jedenfalls keine Hinweise darauf, dass sich Versicherte und Ärzte (in großer Zahl) freiwillig für die Teilnahme an einer Versorgungsform entscheiden würden, die ihnen keine Vorteile bringt. Allein in Bayern und Baden-Württemberg nehmen mehr als 10.000 Hausärzte und weit über 3 Mio. Versicherte an der HzV teil, Tendenz steigend. Auch die Empirie spricht diesbezüglich eine deutliche Sprache: Nach den Ergebnissen einer aktuellen Prognose-Befragung zur „Patientenzufriedenheit in der HzV“ der AOK Baden-Württemberg (veröffentlicht auf www.aerztezeitung.de) zeigten sich 97 % der Teilnehmer zufrieden oder sehr zufrieden mit dieser Versorgung. Weiteres signifikantes Ergebnis dieser Umfrage ist, dass der Hausarzt als erster Ansprechpartner in Gesundheitsfragen akzeptiert wird: 93 % der Befragten haben zu ihrem Hausarzt vollstes Vertrauen. 94 % der Befragten würden eine Teilnahme an der HzV weiterempfehlen. Diese Ergebnisse zeigen, mit den Hausarztverträgen auf dem richtigen Weg zu sein und den Patienten eine neue Qualität in der ärztlichen Versorgung anzubieten.

Die Einbindung der Leistungserbringer bereits in der Phase der Vertragskonzeption sorgt dafür, dass ein in den Praxen tatsächlich umsetzungsfähiger Vertrag entwickelt wird. Die oben genannten Verträge enthalten neben medizinischen Aspekten auch zunehmend organisatorische Anforderungen. Die Kenntnis des realen Praxisalltags, das Wissen über das Zusammenspiel zwischen Ärztin/Arzt und Praxispersonal oder in Berufsausübungsgemeinschaften auch zwischen

Literatur

<http://www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/dmp/evaluation/elsid/>
(zugegriffen am 05. Mai 2010)

<http://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/arztundpraxis/facharztprogramm/> (zugegriffen am 05. Mai 2010)

<http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=41092>

(zugegriffen am 06. Mai 2010)

Weiß, Ivo: „Bereinigung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen“, in: Monitor Versorgungsforschung 01/2010, S. 30-32

mehreren Ärztinnen und Ärzten ist im Hinblick auf die spätere Praxistauglichkeit unverzichtbar. Hierbei ist es nicht ausreichend, sich auf die Erfahrungen einzelner zu verlassen. Stattdessen muss es das Ziel sein, die Erfahrungen möglichst vieler aktiv tätiger Leistungserbringer einfließen zu lassen.

Speziell für die Phase der Vertragsverhandlungen und der Schiedsverfahren hat der Deutsche Hausärzterverband daher eine Projektstruktur etabliert, die genau diesem Umstand Rechnung trägt.

Die Verhandlungsteams setzen sich aus insgesamt ca. 30 niedergelassenen Hausärzten sowie ca. 10 hauptamtlichen Mitarbeitern des

Praxis nicht der bessere Ansatz wäre.

Selbst im Fall einer Einzelpraxis ist der Unterschied gewaltig. Im Moment der Einschreibung gibt es zwar noch keinen Unterschied zwischen Dr. Müller und der Praxis Dr. Müller, dieser kann aber im zeitlichen Verlauf entstehen. Beispielsweise dann, wenn Dr. Müller die Praxis an eine Nachfolgerin/einen Nachfolger übergibt. In diesem Fall führt die Wahl eines betreuenden Hausarztes – also die Einschreibung bei Dr. Müller – dazu, dass der Versicherte zunächst für ein Quartal aus der HzV ausscheiden und sich dann erneut einschreiben muss.

Ein „Arztwechsel“ innerhalb der HzV funktioniert gerade dann nicht, wenn es sich bei der Nachfolgerin/dem Nachfolger – aufgrund der zeitlich aufwändigen administrativen Vorgänge im Zusammenhang mit der erstmaligen Niederlassung – um einen neu zugelassenen Vertragsarzt handelt. Dieser Umstand ist insoweit zu kritisieren, da der Deutsche Hausärzterverband durch die hausarztzentrierte Versorgung dazu beitragen will, die Attraktivität des Berufsbildes des niedergelassenen Hausarztes wieder zu erhöhen, um dadurch auch wieder mehr Nachwuchs für die hausärztliche Versorgung gewinnen zu können.

Nun kann man einerseits argumentieren, dass die Versicherten sich zwar für Dr. Müller als ihren betreuenden Hausarzt entschieden haben, diese Entscheidung aber nicht ohne weiteres auf die oder den Praxisnachfolger(in) übertragen werden kann. Genauso gut könnte es aber auch sein, dass die Versicherten von den Vorteilen der hausarztzentrierten Versorgung

überzeugt sind, es aber möglicherweise keine weitere hausärztliche Praxis in der näheren Umgebung gibt, die Nachfolgerin/der Nachfolger bereits bekannt ist und ebenfalls das Vertrauen der Patienten genießt, was alles für einen Verbleib der Versicherten in der HzV sprechen würde.

Bei Berufsausübungsgemeinschaften (Gemeinschaftspraxen) stellt sich die Frage erst recht. Es gibt sowohl Patienten, die innerhalb einer BAG immer dieselbe Ärztin/denselben Arzt aufsuchen, als auch solche, die zwar immer dieselbe BAG aufsuchen, dort aber von verschiedenen Ärztinnen/Ärzten behandelt werden. Dies ist vor allem eine Frage der inneren Organisation der BAG und natürlich der persönlichen Präferenzen der Versicherten.

Letztlich kann die Frage, ob die Einschreibung bei einem bestimmten Arzt oder einer bestimmten Praxis erfolgen sollte, hier nicht abschließend beantwortet werden.

Dieses Beispiel zeigt jedoch, wie wichtig es ist, diese Frage mit denjenigen zu diskutieren, die einerseits von den Versicherten als betreuender Arzt/betreuende Praxis gewählt werden sollen, andererseits bereits über Erfahrung darüber verfügen, wie sich Patienten bei Praxisübernahmen oder in Gemeinschaftspraxen verhalten.

Eine konsequente Schlussfolgerung aus dem oben Dargestellten wäre, die Patienten autonom darüber entscheiden zu lassen, ob Sie im Falle der Teilnahme an der HzV einen betreuenden Arzt oder eine betreuende Praxis wählen möchten. Sollte sich hierbei eine klare Präferenz der Versicherten zeigen, so könnte man diese – aufgrund der dann vorliegenden Erfahrungswerte – immer noch zur Norm machen.

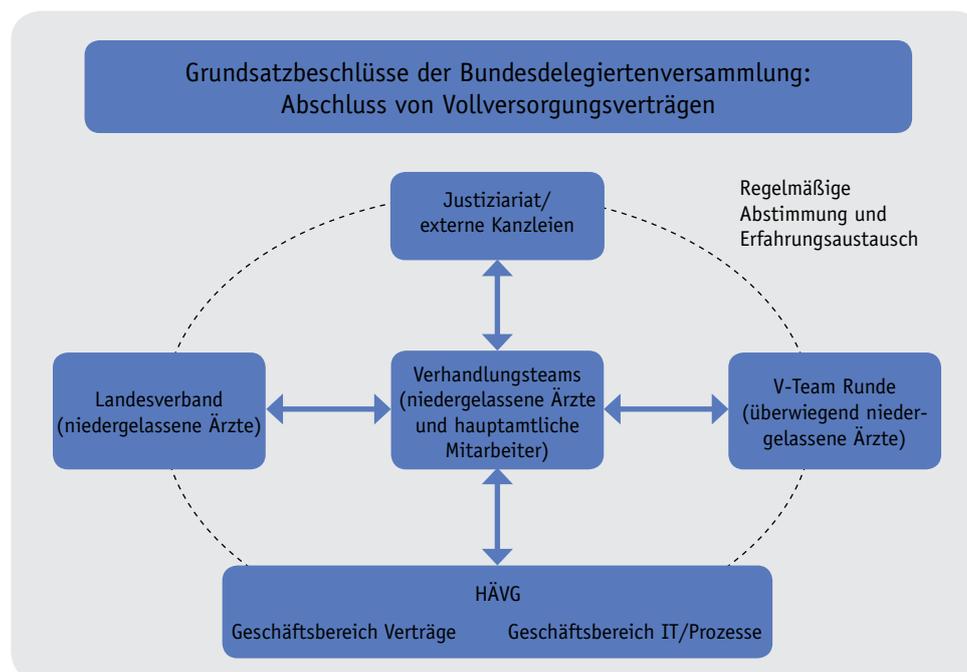


Abb. 1: Interne Organisationsstruktur des Deutschen Hausärzterverbandes und der HÄVG für die Vertragsverhandlungen/Schiedsverfahren zur hausarztzentrierten Versorgung

Bundesverbandes, der HÄVG sowie externer Unterstützung zusammen. Abgesehen von gelegentlichen Terminüberschneidungen konnte durch diese Organisationsform in sehr kurzer Zeit ohne Probleme ein breiter Erfahrungsschatz aufgebaut werden, der unmittelbar in jede Verhandlung eingebracht werden konnte. Dies hat mit dazu beigetragen, dass der von Kritikern befürchtete „Flickenteppich in der Versorgungslandschaft“ bzw. das „Vertrags-Chaos“ ausgeblieben ist. Ganz im Gegenteil: Die Verträge sind zwar unterschiedlich, folgen aber einer einheitlichen Philosophie und Struktur. Diese Unterschiede in den Verträgen belegen auch eindeutig, dass dem Hausärzterverband durch die Änderung des § 73b SGB V kein faktisches Vertragsmonopol zugesprochen wurde, wodurch er „allen Kassen einen Einheitsvertrag aufzwingen könne“. Vielmehr zeigt sich, dass individuelle Versorgungsinhalte bei einheitlicher Struktur keine Gegensätze darstellen.

Die Bereicherung der Diskussion auch um organisatorische Abläufe durch unmittelbare Einbeziehung der Leistungserbringer kann an folgendem Beispiel verdeutlicht werden:

Die hausarztzentrierte Versorgung sieht vor, dass der Patient, so er denn teilnehmen möchte, einen betreuenden Hausarzt wählt und sich dort einschreibt. Im Rahmen der Verhandlungsteam-Runde (V-Team Runde) wurde die Frage aufgeworfen, ob die Wahl einer betreuenden

Beispiele aus den Vertragsverhandlungen / Schiedsverfahren

Eine realistische Einschätzung dessen, was in den Praxen/Krankenhäusern/Pflege-Einrichtungen überhaupt umzusetzen ist, baut auf einer detaillierten Kenntnis der aktuellen Verhältnisse auf und kann deshalb nicht ohne Beteiligung der dort arbeitenden Leistungserbringer vorgenommen werden.

Diese zwingende Voraussetzung zeigt sich auch an einem wenig umsetzungsfähigen Vorschlag der Krankenkassenseite in einem Schiedsverfahren: Vorgeschlagen wurde, die Beratung über und Einschreibung des Versicherten in die HzV in den Arztpraxen und (nicht oder) den Filialen der Krankenkassen durchzuführen. Die Versicherten sollten sich also in der Arztpraxis (vorläufig) für die Teilnahme und für ihren betreuenden Hausarzt entscheiden, anschließend mit den Unterlagen eine Filiale ihrer Krankenkasse aufsuchen, und dort nach einem Gespräch mit einem Mitarbeiter endgültig entscheiden, ob sie denn tatsächlich teilnehmen möchten.

Dem geneigten Leser erschließt sich schnell, dass ein solcher Vorschlag schlichtweg nicht praktikabel ist: Zwar gibt es große Unterschiede im Hinblick auf die „Filialdichte“ einzelner Krankenkasse, jedoch dürfte mit ziemlicher Sicherheit in den allermeisten Fällen der Weg zur nächsten Filiale der Krankenkasse weiter als der Weg zur nächsten Hausarztpraxis sein. Wie würde sich ein solches System der „doppelten Einschreibung“ wohl auswirken?

Grundsätzlich lässt sich festhalten: Patienten gehen nicht in die Arztpraxis, um sich einzuschreiben, sondern um behandelt zu werden. Für Patienten mit eingeschränkter Mobilität würde dies einen erheblichen zusätzlichen Aufwand bedeuten. Berufstätige haben im Normalfall keine Zeit, nach Feierabend die nächste Filiale ihrer Krankenkasse aufzusuchen. Nur am Rande sei hier bemerkt, dass die kassenseitige Forderung nach einer Abend-Sprechstunde für Berufstätige bzw. einer Sprechstunde am Samstag beim behandelnden Hausarzt keine Entsprechung nach einer Anpassung der Öffnungszeiten der Kundencenter/Geschäftsstellen der Krankenkassen gefunden hat.

Die Frage, wie viele Beratungen in den Geschäftsstellen in welcher Zeit geführt werden könnten, stellt sich angesichts der beiden zuerst genannten Punkte schon fast nicht mehr.

Sicherlich hat es auch für diesen Vorschlag seriöse Beweggründe gegeben. Festzuhalten bleibt aber, dass die Frage, wie dies denn in der Praxis funktionieren sollte, zu einseitig diskutiert worden war bzw. das „Verhandlungsteam“ der Krankenkassenseite in dieser Frage unausgeglichen besetzt war, und sie daher auch nicht beantwortet werden konnte.

Um dem Eindruck vorzubeugen, die Ärzteseite hätte in den Verhandlungen jederzeit alles besser gewusst, möchten wir auch einen Vorschlag der Ärzteseite nicht unerwähnt lassen, der von den Krankenkassen aus nachvollziehbaren Gründen abgelehnt wurde. Es ging um die Frage, ob und wie die Teilnahme der Versicherten an der HzV in irgendeiner Form kenntlich gemacht werden könnte. Um die Teilnahme an der HzV auch nach außen, z.B. gegenüber anderen (Haus-) Ärzten zu dokumentieren, wurde artzseitig vorgeschlagen, diesen Versicherten eine neue spezielle Krankenversichertenkarte (KVK) auszustellen. Allerdings waren die mit einem Kartenaustausch einhergehenden Kosten und Prozesse nicht bekannt. Insbesondere die nicht unerheblichen Kosten waren vor dem Hintergrund, dass die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen als Merkmal auf der geplanten elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gespeichert werden kann, ein klares Argument gegen einen solchen (vorschnellen) Kartenaustausch.

Die Tatsache, dass die (Einführung der) eGK auch für die Selektivverträge eine gewisse Relevanz hat, zeigt einmal mehr, dass man bei der Konzeption und Diskussion neuer Versorgungsformen versuchen sollte, diese solange wie möglich so offen wie möglich zu gestalten.

Beispiele für theoretisch sinnvolle, aber praktisch häufig nicht umsetzungsfähige Vorschläge sind die Begrenzung der Wartezeit bei vorab vereinbarten Terminen auf 30 Minuten sowie die zeitnahe Vermittlung von Facharztterminen.

Eine Begrenzung der Wartezeit ist zweifellos im Interesse des Versicherten und auch des Arztes, allerdings muss gerade in der Organisation der hausärztlichen Praxis eine Öffnung dahingehend erfolgen, dass Notfälle jederzeit bevorzugt behandelt werden.

Der Hausarzt kann sich auch um eine zeitnahe Vermittlung von Facharztterminen bemühen, hat aber hierauf - wenn überhaupt - nur mittelbaren Einfluss. Daher kann eine Verpflichtung der an der HzV teilnehmenden Hausärzte zur zeitnahen Vermittlung von Facharztterminen nicht erfolgen. Eine bessere Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten, zu der dann neben einer verbesserten Abstimmung von Terminen vor allem der optimierte Austausch von (medizinischen) Informationen zwischen den beteiligten Ärzten gehören sollte, setzt voraus, dass die Krankenkassen neben der hausarztzentrierten Versorgung Verträge nach § 73c SGB V mit den entsprechenden Fachärzten schließen. Derartige Modelle der Koppelung von Verträgen zur hausarztzentrierten Verträgen mit Verträgen nach § 73c SGB V sind in Baden-Württemberg bereits Realität geworden. Im Internetnettauftritt der AOK Baden-Württemberg steht hierzu unter anderem:

„Um die Versorgung AOK-versicherter Herz-Kreislauf-Patienten zu verbessern, hat die AOK Baden-Württemberg am Donnerstag (10.12.2009) ihren ersten Vertrag direkt mit einer Facharztgruppe geschlossen. Er soll die Zusammenarbeit zwischen den Hausärzten, die am AOK-Hausarztprogramm teilnehmen und den Herzfachärzten (Kardiologen) im Lande optimieren.“

Ein weiterer Punkt, der erfahrungsgemäß nicht ohne artzseitige Beteiligung seriös diskutiert werden kann, ist die Verordnung von Arzneimitteln. Unzweifelhaft sind Ärzte diejenigen Personen, die Rezepte ausstellen. Ohne zuvor eine intensive Diskussion mit Ärzten geführt zu haben, aber darüber entscheiden zu wollen, ob eine Verordnung von Präparaten oder eine Verordnung von Wirkstoffen erfolgen sollte, ist mehr als unvernünftig. Die bestehende Aut-idem-Regelung erlaubt bereits eine wirkstoffgleiche Substitution, solange der verordnende Arzt eine solche nicht explizit ausschließt. Die Frage nach den Vorteilen einer verpflichtenden Wirkstoff-Verordnung gegenüber der aktuellen Regelung konnte bisher nicht überzeugend beantwortet werden. Die interne Diskussion hingegen hat gezeigt, dass sich zumindest Hausärzte gegen eine verpflichtende Regelung zur ausschließlichen Verordnung von Wirkstoffen aussprechen. Als Kompromiss, der heute bereits möglich ist, bietet sich allenfalls an, sowohl die Verordnung von Präparaten als auch die von Wirkstoffen zuzulassen. Eine Auswertung darüber, welcher Anteil der von (Haus-) Ärzten ausgestellten Rezepte auf ein Präparat und welcher Anteil auf einen Wirkstoff lautet, könnte als Grundlage für die weitere Diskussion dienen.

Fazit

Die obigen Ausführungen machen zwei zentrale Punkte bei Direktverträgen deutlich: Zunächst ist die Freiwilligkeit als Kernelement in Bezug auf die Teilnahme an neuen Versorgungsformen und wesentlicher Erfolgsfaktor herauszustellen. Dies hat sich bereits in den seit 2002 etablierten DMP gezeigt und manifestiert sich ak-

tuell in den neu geschlossenen Hausarztverträgen. Denn eine hohe Beteiligung der Versicherten, ihre hohe Motivation zur Teilnahme sowie zur Erreichung der individuellen Therapieziele lässt sich nicht durch Zwang, sondern nur durch Freiwilligkeit befördern, wie die bisherige Erfahrung zeigt. Dieses zentrale Element gilt es dauerhaft zu sichern, um den Erfolg neuer Versorgungsformen wie hausarztzentrierter Versorgung nachhaltig, mit hoher Patienten-Compliance und -Adherence sowie im Sinne einer wirtschaftlichen Versorgung zu gewährleisten. Spiegelbildlich ist diese Freiwilligkeit auch als hoher Motivations- und Leistungsfaktor auf Seiten der (Haus-)Ärzte anzusehen.

Ein weitere Erkenntnis aus den zahlreichen Vertragsverhandlungen und Schiedsverfahren zur hausarztzentrierten Versorgung ist, dass sich durch eine frühzeitige Einbindung der ärztlichen Leistungserbringer in die konkrete Gestaltung des Versorgungskonzeptes viele Fehler vermeiden lassen. Denn um die Versorgung tatsächlich verbessern zu können, bedarf es einer genauen Kenntnis des aktuellen „Versorgungs- bzw. Praxisalltages“. Eine Verbesserung der Versorgung kann vor diesem Hintergrund nur schrittweise ausgehend vom status quo erfolgen: Jeder Versuch, den Praxisalltag von heute auf morgen radikal zu verändern, wird am (berechtigten) Widerstand der Praxen scheitern. So wird die Bereitschaft einer Praxis, an einem Vertrag teilzunehmen, der sie für einen Teil der Patienten zu einer kompletten Umstellung ihrer internen Abläufe verpflichtet, naturgemäß gering sein. In der Folge würde dieses Angebot auch den Versicherten kaum zur Verfügung stehen. Ein praxistaugliches Konzept für eine bessere Versorgung (der Versicherten durch Ärzte) setzt voraus, dass die Interessen beider Seiten, der Leistungsempfänger wie auch der Leistungserbringer, angemessen berücksichtigt werden. Nur so kann eine adäquate Umsetzung und echte Verbesserung der Versorgung erreicht werden.

Absolut verheerend wäre es hingegen, wenn durch Unwissenheit und gezielte Fehlinformation (des)interessierter Kreise die Gestaltungsräume für neue Versorgungsformen so stark eingeschränkt werden, dass diese von Anfang zum Scheitern verurteilt sind. Nicht nur, dass die bereits niedergelassen Hausärzte an solchen „Versorgungsmodellen“ freiwillig nicht teilnehmen werden. Angesichts der zunehmend kürzeren Halbwertszeiten von gesetzlichen Regeln, sich ständig ändernden Rahmenbedingungen und der damit verbundenen zunehmenden Unsicherheit für die Praxisinhaber und ihre Mitarbeiter stellt sich ernsthaft die Frage, ob sich in Zukunft überhaupt noch jemand freiwillig als Hausarzt in Deutschland niederlassen wird. Wer Investitionen in den

GP-centered care: experiences from the first wave of the contract negotiations and arbitration procedures

The German health care system is powerful and highly adaptive. The primary intent of new health care models is to achieve a higher quality of medical care for the patients. In the course of implementing new health care models, e.g. DMP or GP-centered care, it turned out, that the element of voluntariness in the participation of the patients plays a key role. Only in this way, a high participation rate and respective motivation of the patients and thus the success of new health care models can be attained. Another central point in the implementation of new health care models is the involvement of the (medical) care providers at an early stage. Their knowledge of the concrete (health care) situation and their assessment regarding what is possible in medical care guarantees feasibility. The experience of the Deutsche Hausärzterverband (German doctors' association) in the negotiation with the cost carriers confirms these conclusions.

Keywords

New health care models, DMP, GP-centered care, contract management, arbitration procedure, voluntariness

Erhalt der wohnortnahen hausärztlichen Versorgung fördern will, der muss den beteiligten Akteuren eine langfristige Perspektive bieten und vor allem müssen – im Gegensatz zum derzeitigen Regierungshandeln – politische Zusagen und Gesetze eingehalten werden.

Beim Hausärztemangel handelt es sich um ein ernsthaftes Problem, das frühzeitig bekämpft werden muss und nicht um eine Entwicklung die es weiter zu beschleunigen gilt. Leider steht genau dies zu befürchten, sollten die kürzlich bekanntgewordenen Eckpunkte der nächsten Gesundheitsreform tatsächlich so umgesetzt werden. <<

Dipl. Verw. Wiss. Eberhard Mehl

ist Hauptgeschäftsführer des Deutschen Hausärzterverbandes e.V. Er absolvierte zunächst eine Ausbildung zum Industriekaufmann und studierte anschließend Verwaltungswissenschaften an der Universität Konstanz. Nach seinem Studium war er für den AOK-Bundesverband tätig und entwickelte dort neue Versorgungsstrukturen sowie indikationsbezogene Steuerungsmodelle. Kontakt: info@hausarztverband.de



Dipl.-Volkswirt Ivo Weiß

verantwortlich für Unternehmensentwicklung & Controlling bei der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft eG (HÄVG) / Jahrgang 1978
2004 Abschluss Diplom - Volkswirtschaftslehre an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Seit 3 Jahren bei der HÄVG in verschiedenen Funktionen tätig, zuvor 3 Jahre bei der ifap GmbH als Projektmanager Pharmakommunikation. Kontakt: ivo.weiss@hausarztverband.de



Jörg Stadler
Thorsten Urnauer

Zwei Jahre HzV aus Sicht eines IT-Anbieters

Das deutsche Gesundheitswesen hat eine große Hürde zu nehmen, gilt es doch, die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern und gleichzeitig Kosten zu sparen. Wie so etwas funktionieren kann, zeigt das Beispiel Baden-Württemberg. Am 1. Juli 2008 haben die AOK Baden-Württemberg, die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG (HÄVG) und der MEDIVerbund den bundesweit ersten hausarztzentrierten Versorgungsvertrag (HZV) nach § 73b SGB V geschlossen. Dieser Vertrag hat eine neue Ära der hausarztzentrierten Versorgung in Deutschland eingeläutet. Erklärtes Ziel der Vertragspartner ist es, den Versicherten IT-gestützt eine hochwertige und flächendeckende hausärztliche Versorgung zu gewährleisten.

>> Der Vertrag ermöglicht den teilnehmenden Hausärzten eine bessere Versorgungssteuerung ihrer Patienten. Gleichzeitig sichert er ihnen - anders als im KV-System - durch die Anzahl der Patienten festgelegte Eurobeträge für ihre erbrachten Leistungen. Im Gegenzug verpflichten sich die Ärzte, Behandlungs- und Qualitätsrichtlinien einzuhalten und ihre im Rahmen des Vertrags erbrachten Leistungen direkt online über das von der HÄVG eingerichtete Rechenzentrum abzurechnen. Der Verwaltungsaufwand in den Praxen sinkt, weshalb der Arzt in Zukunft wieder mehr Zeit für den Patienten hat.

Der Weg in die Welt der Selektivverträge

Rückblick: Im Zuge der sich kontinuierlich ausweitenden IT-gestützten Abrechnungsverfahren wurden die PVS-Hersteller seit 2004 vor immer neue Herausforderungen gestellt. Die ständig wachsenden Anforderungen an die Datenträger-Abrechnung, die den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu entsprechen hatten, führten dazu, dass die Hersteller von Praxisverwaltungssystemen (PVS) ihre Software kaum noch Quartal für Quartal aktuell halten konnten. Vorgaben zu Themen wie z.B. Disease-Management-Programmen oder Nephrologie konnten in diesem Umfang nicht mehr von den PVS-Herstellern umgesetzt werden, Nischenanbieter übernahmen diese Aufgaben.

Ab 2007 führte die Kassenärztliche Bundesvereinigung bei PVS-Herstellern regelmäßig Software-Rezertifizierungen durch. Dies führte dazu, dass zahlreiche PVS-Hersteller ihr Produktportfolio strafften und immer mehr PVS-Systeme vom Markt verschwanden. Viele Arztpraxen waren deshalb gezwungen, ihre Praxis-EDV - und damit einhergehend - ihre Hardware zu wechseln. Ein kostspieliges Unterfangen.

Die PVS-Hersteller nutzten in dieser Zeit freigewordene Entwicklungskapazitäten, um einzeln verkaufbare Zusatzanforderungen wie z.B. angepasste Archivlösungen für Fremdbefunde oder Bilddokumentationen umzusetzen. So sollte der Einnahmeausfall aufgrund sinkender Kundenzahlen kompensiert werden. In der Folgezeit wurden immer mehr Funktionen wie z.B. Spracherfassung, elektronische Termin- und Ressourcenverwaltung oder immer umfangreichere Medizingeräte-Ausstattungen als Subsysteme in die Praxis-EDV integriert. Für die Ärzte führte dies zu nicht unerheblichen Problemen bei der Migration des PVS als führendes

Abstract

Am 1. Juli 2008 haben die AOK Baden-Württemberg, die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG (HÄVG) und der MEDIVerbund den bundesweit ersten hausarztzentrierten Versorgungsvertrag (HZV) nach § 73b SGB V geschlossen. In diesem Vertrag wurden zur besseren Versorgungssteuerung der Patienten versorgungsrelevante Qualitätsziele mit einem Prozessmanagement verknüpft. Um die erfolgreiche Umsetzung des Vertrags zu ermöglichen, mussten umfassende IT-gestützte Lösungen geschaffen werden. Hierbei spielten u.a. der „ICW-Kern“ als Softwaremodul ohne eigene Benutzeroberfläche zur Integration in die Praxisverwaltungssysteme (PVS) als auch eine Telematik-Infrastruktur zur Online-Anbindung der Ärzte eine wesentliche Rolle. In den letzten zwei Jahren wurden umfangreiche Praxiserfahrungen gesammelt.

Keywords

Hausarztvertrag, Facharztvertrag, Hausarztzentrierte Versorgung, Facharztzentrierte Versorgung, HzV, Selektivverträge, §73b SGB V, §73c SGB V, Hausarzt+, ICW-Kern, Konnektor, Telematik-Infrastruktur, Versorgungsmodelle

System in der Arztpraxis.

Aufbruch in die Welt der integrierten Versorgung: Mit den §§ 140 a-d SGB V regelt der Gesetzgeber die übergreifende Versorgung über Sektorengrenzen hinweg. Auf einzelvertraglicher Basis zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern werden Versorgungsmodelle außerhalb des kollektivvertraglichen Systems ermöglicht. Einer der ersten Verträge dieser Art war der Hausarztvertrag der BARMER im Jahr 2006. IT-seitig umgesetzt wurde er mit einem Prüfmodul durch die HÄVG. Damit wurden die Abrechnungen ärztlicher Leistungen zwar formal auf Plausibilitäten geprüft, jedoch erfasste dieses Prüfmodul lediglich die Ergebnisqualität der Abrechnung. Eine Qualitätssicherung des Prozesses - d.h. eine Prüfung, wie es überhaupt zu der Abrechnung kam - war zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich. Zeitgleich mit dem Abschluss der ersten großen Hausarztverträge nach § 140ff. SGB V gehörten papiergebundene Abrechnungen endgültig der Vergangenheit an.

Aufgrund der Erfahrungen der BARMER verfolgte die AOK Baden-Württemberg mit der Aktualisierung des Vertrags zur integrierten hausärztlichen Versorgung (ihV) das Ziel, Dokumentationen über Sektorgrenzen hinweg zu ermöglichen und die Prozesse - nicht nur die Ergebnisse - zu steuern. Zur Prozesssteuerung zählten z.B. Eingabepflichten mit spezifischen Plausibilitäten, Fehlermeldungen und Benutzerhinweise. Dr. Hoberg, Vorstandschef der AOK Baden-Württemberg, betont: „Für eine erfolgreiche hausarztzentrierte Versorgung ist es unerlässlich, versorgungsrelevante Qualitätsziele mit einem Prozessmanagement zu verknüpfen.“

Mit Einführung des Wettbewerbsstärkungsgesetzes 2007 ist jede gesetzliche Krankenkasse verpflichtet, ihren Versicherten spezielle Hausarzttarife anzubieten. § 73b SGB V verlangte von den Krankenkassen bis zum 30. Juni 2009 flächendeckend entsprechende Hausarztmodelle anzubieten. Allerdings ist dies bis heute noch nicht flächendeckend umgesetzt. Dennoch nutzte die AOK Baden-Württemberg bereits 2008 die

IT-Zielsetzungen

Der Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 73b SGB V idF. des GKV-WSG nennt auszugsweise folgende Zielsetzungen der IT-gestützten Umsetzung:

- Weitgehend automatisierte Einschreibung der Versicherten
- Unterstützung bei der Dokumentation (z.B. Verordnungen, Leistungen)
- Inhaltliche Updates für die Teilnehmer ohne Zeitverlust
- Elektronische Abrechnung, gegebenenfalls auch täglich
- Ansteuern einer Gesundheits-/Patientenakte der AOK
- Hoher Sicherheitsstandard, insbesondere für die Online-Anbindung
- Investitionssicherheit durch Kompatibilität zu gematik-Vorgaben
- Papierlose Umsetzung von §73b-Verträgen mit sicherer Online-Anbindung

neuen gesetzlichen Möglichkeiten, um den bundesweit ersten hausarztzentrierten Versorgungsvertrag abzuschließen.

Um die erfolgreiche Umsetzung des Vertrags zu ermöglichen, mussten umfassende IT-gestützte Lösungen geschaffen werden. Der Aufwand für die PVS-Hersteller wäre enorm gewesen – ohne Aussicht auf zusätzliche Einnahmen. Da die potenziell teilnehmenden Ärzte die Kosten der Softwareentwicklung letztendlich zu tragen gehabt hätten, gab es für die PVS-Hersteller aufgrund der unkalkulierbaren Teilnehmerzahlen keine Einnahmegarantien. Unter diesen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen lehnten die PVS-Hersteller die Entwicklung ab. So entschied die HÄVG, selbst eine Vertragssoftware zu entwickeln.

IT-gestützte Umsetzung von Selektivverträgen

2007 gründeten die HÄVG und der eHealth-Spezialist InterComponentWare AG (ICW) ein gemeinsames Tochterunternehmen, die HÄVG Software GmbH (HÄVGS), um eine Lösung anzubieten, die IT-gestützt Selektivverträge umsetzt: Hausarzt+. Dies war eine der ersten Vertragssoftwarelösungen, die für den HZV-Vertrag in Baden-Württemberg zertifiziert wurde. Neben der Leistungsabrechnung stellt Hausarzt+ auch die Vertragsverwaltung, Patienteneinschreibung sowie Leistungserfassung sicher und unterstützt bei der Arzneimittelverordnung mit Hinweisen zur rationalen Pharmakotherapie. Mit der farbtechnischen Umsetzung der rationalen Pharmakotherapie (Auswahl preisgünstiger Medikamente) wurde IT-seitig ebenfalls Neuland betreten. Im März 2010 hebt Dr. Christopher Hermann, stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der AOK Baden-Württemberg, in einem Gespräch mit „Apotheke Adhoc“, in dem es um den Vorschlag der Union geht, die Rabattverträge zu entschärfen und die Herstellerabschläge zu erhöhen, mit Nachdruck hervor: „Wir haben wiederholt kommuniziert, dass allein die AOK im vergangenen Jahr 400 Millionen Euro durch Rabattverträge gespart hat.“

Heute unterstützen rund drei Viertel aller Hersteller von PVS-Systemen, die Haus- und Kinderärzte zu ihren Kunden zählen, die hausarztzentrierte Versorgung mit dem sogenannten „ICW Kern“ für die Vertragsverwaltung. Dieser Kern wird seit 2008 von ICW entwickelt. Es handelt sich dabei um Softwaremodule für Selektivverträge ohne eigene Benutzeroberfläche. Diese werden von den PVS-Herstellern eingebaut und sind für den Arzt auf der Oberfläche seines PVS-Systems nicht sichtbar. Der Kern enthält die Vertragsdaten. Damit ist der PVS-Hersteller in der Lage, prozessorientierte Vorgaben aus Versorgungsverträgen zu verwenden. Sowohl im HZV-Vertrag mit der AOK Baden-Württemberg als auch mit der AOK Bayern ist ein Kern bei mehr als 7.000 Ärzten erfolgreich im Einsatz. Erweitert wird der Kern derzeit für die Entwicklungspartnerschaft der AOK Sachsen-Anhalt, Sachsen, Thüringen (AOK Plus), Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern. In Sachsen-Anhalt unterstützt der gleiche Kern seit dem zweiten Quartal 2010 die rationale Pharmakotherapie im

Rahmen des „Add-on-Vertrags“ zwischen der AOK, dem Landeshausärzteverband und der Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Der Kern steht somit für alle Versorgungsformen zur Verfügung.

Vorteile des ICW-Kerns für die PVS-Hersteller: Der Kern wird quartalsweise den PVS-Herstellern in einem Paket mit Schnittstellenbeschreibung zur Verfügung gestellt. Das bedeutet, dass die PVS-Hersteller die Vertragsdaten und den Großteil der Vertragslogik geliefert bekommen. Zur Optimierung der Qualitätssicherung werden Prozesse zunehmend durch IHE-konforme Profile beschrieben. Insbesondere bei den anstehenden Facharztverträgen nach § 73c SGB V erlauben diese Standards z.B. eine Patientensteuerung aus der Hausarztebene in die ambulante und stationäre Facharztebene und wieder zurück.

Vorteile des Kerns für den Arzt: Der Kern enthält je nach Vertragsanforderung Webservices und Schnittstellen, die die Grundfunktionen einer Vertragssoftware pro Vertrag enthalten. Zu den Grundfunktionen zählen unter anderem die Teilnahmeprüfung, Abrechnung, Rabattierung oder Substitution von Medikamenten. Bei Bedarf werden den Ärzten tagesaktuell vertragsbezogene Datenbankinhalte zur Verfügung gestellt. Dazu gehören Basisdaten wie Vertragslaufzeiten und Vertragsunterlagen, Leistungsziffern mit den dazu gehörenden Regelprüfungen, Kataloge wie ICD 10 GM 2008/2009/2010 sowie Medikationsdaten und deren kassen-spezifische Abbildung der Regelwerke. Ferner können täglich Meldungstexte aktualisiert werden, die in jeder Praxis identisch sind. Die Datenaktualisierung im laufenden Quartal setzt in den Praxen eine gesicherte Online-Anbindung voraus. In Baden-Württemberg ist die Online-Anbindung auch Basis für die HZV-Abrechnung.

In Baden-Württemberg benötigen die Ärzte für die Online-Abrechnung der erbrachten HZV-Leistungen neben einer zertifizierten Vertragssoftware auf Basis des Kerns eine Datenübertragungslösung nach den Vorgaben der Selbstverwaltung zum HÄVG-Rechenzentrum. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Bundesärztekammer haben am 9.5.2008 hierzu den Leitfaden für Datenschutz und Datenverarbeitung in Arztpraxen beschlossen. Am 30.6.2008 haben die Vertragspartner ein darauf abgestimmtes Sicherheitskonzept mit Konnektoranforderung veröffentlicht: Der Konnektor ist ein Gerät, mit dem das PVS-System an die Telematik-Infrastruktur angeschlossen wird. Diese Konnektoranbindung ist seit dem 16.1.2009 für die teilnehmenden Ärzte in Baden-Württemberg verpflichtend. ICW ermöglicht mit dem sogenannten „ICW Healthcare Connector“ die hoch sichere Anbindung an die Telematik-Infrastruktur. Gleichzeitig schützt dieser Konnektor die Praxisdaten durch eine Firewall vor Zugriffen von außen und ermöglicht eine gezielte Datenübertragung an das Abrechnungszentrum. Bei der Datenübertragung baut der Konnektor ein Virtuelles Privates Netzwerk (VPN) auf. Das VPN bezeichnet ein Computernetz, das zur Verbindung von zwei oder mehr Standorten das Internet als Transportweg nutzt, ohne jedoch im Internet öffentlich erreichbar zu sein. Im HZV-Szenario stellt das VPN die direkte Verbindung zwischen der Praxis

Literatur

- Pressemeldung der AOK BW vom 27.11.2008: Erfolg für das neue AOK-Hausarztprogramm: AOK zählt 100.000^{sten} Teilnehmer – über 2.300 Ärzte machen bereits mit
 Pressemeldung der AOK BW vom 19.11.2008: AOK setzt weiter auf Hausarztverträge: Qualitäts- und Prozessmanagement sind entscheidende Erfolgsfaktoren
 Müller, Alexander: Rabattverträge - Unions-Papier verärgert AOK. In: <http://www.apotheke-adhoc.de/Nachrichten/Politik/9996.html> (abgerufen am 4.5.2010)
 Europaweite Ausschreibung (Verhandlungsverfahren) einer Rahmenvereinbarung über den Abschluss einer Entwicklungspartnerschaft, 2009/S. 123-179909
<http://www.ihe-d.net/> (zugegriffen am .5.2010)
 Leitfaden für die Datenverarbeitung in der Arztpraxis Sicherheits-Check-up für die Praxis, Deutsches Ärzteblatt 2008; 105(19): A-990, vom 09.05.2008
 Anforderungen an einen Konnektor zum Einsatz im Rahmen des Vertrags zur
 Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg vom 8. Mai 2008 idF vom 30. Juni 2008
 („KONNEKTOR“ bzw. „HzV-Vertrag“), http://www.hausaerzteverband.de/cms/uploads/media/2009_09_18_Anforderungen_Konnektor.pdf (zugegriffen am 4.5.2010)
<http://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/arztundpraxis/facharztprogramm/index.html>, AOK Baden-Württemberg (Hrsg., 2009) Rationale Pharmakotherapie. Ein Arzt-Handbuch
 Wirtschaftliche und evidenzbasierte Arzneiverordnung für die Praxis. Heidelberg: MED.KOMM.Verlag

und dem Abrechnungszentrum dar. Diese Art, vertrauliche Informationen online zu übermitteln, ist nicht neu: Zahlreiche große Unternehmen und Behörden verwenden bereits seit längerer Zeit hardwaregestützte VPNs für den Austausch vertraulicher Informationen zwischen ihren Niederlassungen im In- und Ausland. Da die Infrastruktur der ICW den technischen Anforderungen entspricht, welche das Bundesamt für Sicherheit in der IT (BSI) der gematik vorgibt, haben der Landesdatenschützer und der Datenschützer des Innenministeriums von Baden-Württemberg keine weiteren Anforderungen formuliert.

Im Juni 2008 waren die Ärzte in Baden-Württemberg skeptisch, was die Einführung einer zweiten Softwarelösung für die Abwicklung der hausarztzentrierten Versorgung betrifft und ob eine leitungsgebundene Abrechnung mit einer Konnektorlösung überhaupt installierbar sei. Trotz aller Vorbehalte nahmen im Juni 2008 nach einer nur vierwöchigen Pilotphase 100 von 130 Arztpraxen Hausarzt+ und den Konnektor in Betrieb. In den folgenden sechs Monaten wurde die Vertragssoftware samt Konnektor in über 700 Praxen als parallele Abrechnungssoftware für HZV-Patienten installiert.

Mittlerweile haben 85 IT-Unternehmen mit 285 zertifizierten Technikern in den letzten sieben Quartalen Termine bei 3.564 Ärzten vereinbart und dort eine Vertragssoftware und/oder den Konnektor installiert. Heute sind ca. 1.500 Konnektoren bei über 2.000 Ärzten im Einsatz, über die ca. 900.000 Patienten betreut und abgerechnet werden. Die Anzahl neuer Selektivverträge wird weiter stark ansteigen, da die Krankenkassen gesetzlich dazu verpflichtet sind, sie anzubieten. ICW wird die industrielle Entwicklung, Belieferung und Unterstützung des Kerns weiter ausbauen und in enger Abstimmung und Zusammenarbeit mit den PVS-Herstellern und Managementgesellschaften effizient einsetzbar machen.

Mit dem Roll-Out, dem täglichen Betrieb und den Online-Abrechnungen hat die Telematik-Infrastruktur in Baden-Württemberg ihre Praxistauglichkeit unter Beweis gestellt. Die Infrastruktur ist so konzipiert, dass über sie nicht nur der Hausarztvertrag nach § 73b, sondern auch Facharztverträge nach § 73c und weitere Versorgungsmodelle umsetzbar sind. Dabei können Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer zuverlässig mit Vertragspartnern wie ärztlichen Managementgesellschaften, Kassenärztlichen Vereinigungen, Klinikverbänden und auch mit dem Bürger und Patienten vernetzt werden.

Ausblick für weitere Bundesländer

Um die Versorgung weiter zu verbessern und die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten zu stärken ist die AOK Baden-Württemberg

Jörg Stadler

ist seit 2009 Vorstand des eHealth-Spezialisten InterComponentWare AG (ICW). Nach dem Studium der Medizin-Informatik an der Universität Heidelberg arbeitete er zunächst sechs Jahre als IT-Leiter in einem Fachkrankenhaus mit 1.200 Betten. In dieser Funktion etablierte er in der Zeit von 2001 bis 2004 das „Wieslocher Symposium Digitale Patientenakte“. 2003 startete Jörg Stadler seine Karriere bei ICW als Produktlinienleiter Infrastruktur-Komponenten. Kontakt: joerg.stadler@icw.de



Torsten Urnauer

ist Key-Account Manager bei ICW. Er verantwortet die Projektorganisation zur Einführung der sicheren Infrastruktur und der Vertragssoftware (Hausarzt+ und ICW Kern). Nach dem Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Universität Mannheim arbeitete er sechs Jahre in den Bereichen Beratung und Vertrieb von EDV-Lösungen für Apotheken. Anschließend war er zehn Jahre als Vertriebsleiter und Systemverantwortlicher für einen PVS-Anbieter tätig. Kontakt: torsten.urnauer@icw.de



Two Years of HzV

On July 1, 2008, health insurer AOK Baden-Württemberg, the consortium of family medical practitioners (HÄVG), and the MEDI Verbund joined together to form the first national level contract consortium to provide family practice-centered medical care under Section 73b of the German Social Code, Book V. With the objective to improve care management of patients, care-related quality indicators were linked to a process management in this contract. To ensure successful implementation of this contract, comprehensive IT-based solutions had to be created. An integral part of this were, amongst others, the ICW core (a software module with no user interface that integrates practice management systems) as well as a telematic infrastructure to network physicians. Over the last two years comprehensive practical experience was obtained.

Keywords

care-related quality indicators, telematic infrastructure, practice management system

im Oktober 2009 noch einen Schritt weiter gegangen. Gemeinsam mit MEDI Baden-Württemberg und dem Bundesverband niedergelassener Kardiologen (BNK) hat sie unter Einbeziehung des Berufsverbands niedergelassener Fachinternisten ohne Schwerpunkt (BNFI) den bundesweit ersten Facharztvertrag für eine kardiologische Vollversorgung nach § 73c SGB V vereinbart. Das Ziel ist eine verbesserte ambulante Versorgung der Patienten und der Erhalt der niedergelassenen kardiologischen Praxen. Um das zu erreichen, wurden Behandlungspfade vereinbart und mit einer darauf aufbauenden völlig neuen Vergütungsstruktur verknüpft. Abgewickelt wird der Facharztvertrag ebenfalls über die von ICW gelieferte Telematik-Infrastruktur. Für diesen Facharztvertrag wird der Kern um spezielle Funktionalitäten erweitert. Starten soll der Vertrag am 1. Juli 2010. Warum die AOK Baden-Württemberg ihren ersten Facharztvertrag nach § 73c SGB V gerade zur Versorgung von Herz-Kreislauf-Patienten geschlossen hat, erläutert Dr. Hoberg: „Mit 42 Prozent nimmt der Anteil der Herz-Kreislauf-Erkrankungen an den Todesfällen in Baden-Württemberg den Spitzenplatz ein. Es ist deshalb unser gemeinsames Anliegen, mit dem neuen Vertrag die Versorgung herzkranker Patienten weiter zu verbessern.“

Die Erfahrungen aus zwei Jahren IT-gestützter Umsetzung hausarztzentrierter Verträge in Baden-Württemberg haben gezeigt, dass über den ICW-Kern unterschiedliche Verträge abgebildet werden können. Dies eröffnet einen großen Gestaltungsspielraum bei den Krankenkassen, insbesondere auch bei den anstehenden heterogenen Facharztverträgen nach § 73c SGB V. Dies schafft die Grundlage für die Akzeptanz auf Seiten der Ärzte. <<

Dr. John N. Weatherly

Die unbekannte Größe der Gesundheitsversorgung: Arztnetze

Die Gründungen von Arztnetzen nehmen ein Ausmaß an, dass die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland deutlich verändern könnte. Die heute etablierten Arztnetze wurden in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts gegründet und haben sich teilweise fest in der Versorgung ihrer Region etabliert. Mit teilnehmenden Arztpraxiszahlen zwischen 20 und 150 Arztpraxen ist die Netzlandschaft verhältnismäßig vielfältig. Die Eigenschaften von Arztnetzen als Kooperationen bergen Vorteile und Mechanismen, die wir nachfolgend aus betriebswirtschaftlicher Sicht aufzeigen wollen. Arztnetze können eine Antwort auf viele Fragen und Probleme der Gesundheitsversorgung zu Beginn des 21. Jahrhunderts darstellen, sie bergen jedoch auch Risiken, die es ebenfalls zu bedenken gilt. Insbesondere aus der Monopol- bzw. Quasimonopolstellung erwachsen Risiken sowohl für die Versorgungsqualität als auch für die Versorgungssicherheit der Patienten. Ein Blick auf die Arztnetze offenbart einige zu prüfende Aspekte für alle Beteiligten, die in Bestand, und noch viel mehr in den Aufbau solcher Netze Ressourcen investieren wollen.

>> Ein angestrebtes Ziel von Kooperation sind die vielzitierten Synergieeffekte. In der Betriebswirtschaft werden dabei Dichtevorteile, Verbund- bzw. Verkettungseffekte und Skalenerträge unterschieden. Dieses ist zwar betriebswissenschaftliches „Allgemeingut“, ein Blick in die Praxis zeigt aber, dass die angestrebten Effekte einer geplanten Kooperation von Initiatoren und Betreibern eher selten klar klassifiziert, exakt beschrieben und in ihre jeweilige Unternehmens- bzw. Organisationsstrategie eingepasst werden. Auf diese Weise werden bei Arztnetzgründung und -aufbau jedoch potenziell Chancen von Kooperationen verpasst, sich ergebende Probleme wie auch Risiken für das Arztnetz bzw. für die eigene Praxis übersehen.

Dichtevorteile

Dichtevorteile entstehen dadurch, dass die Abnehmer einer Dienstleistung räumlich stark konzentriert sind. Ein Beispiel von Dichtevorteilen ist, dass Patienten in einem Medizinischen Versorgungszentrum mehrere Ärzte mit einer Fahrt aufsuchen können. Ein wichtiger Aspekt ist für

Synergieeffekte

- Dichtevorteile
- Skalenerträge
- Verkettungseffekte
- Verbundeffekte
- Vermeidung von Brüchen

Abb 1: Synergieeffekte

Abstract

Arztnetze verfügen über eine Reihe von betriebswirtschaftlichen Vorteilen gegenüber Einzelpraxen. Die aktuelle Verfasstheit von Arztnetzen ist aber im Durchschnitt noch weit entfernt von Professionalität. Die Zahl der Arztnetze, die ihre Vorteile auch umsetzen können, steigt zunehmend an. Mit steigender Bedeutung der Arztnetze steigt ebenfalls das Risiko einer Monopolversorgung an. Für dieses Risiko müssen adäquate Antworten erst gefunden werden. Managementkenntnisse sind und bleiben in Aufbau und Leitung von Arztnetzen weiterhin essenziell.

Keywords

Arztnetze, Gesundheitsversorgung

Arztnetze, wenn Abstimmungsfragen innerhalb der im Netz vertretenen Ärzte und nichtärztlichen Berufsgruppen (Therapeuten, Pflegepersonal, etc.) untereinander – ohne Wartezeit – sofort geklärt werden können.

In Kooperationsverträgen des Gesundheitswesens spielen die Dichtevorteile noch keine hervorgehobene Rolle.

Skalenerträge

Skalenerträge, ergeben sich, indem ein Arztnetz die Anzahl seiner Patienten und Leistungen im Verhältnis zur Einzelpraxis erhöhen kann und sich dadurch Einsparungen ergeben.

Wenn mehrere Praxen beispielsweise ihre Geräteanschaffung aufeinander abstimmen und die wechselseitige Nutzung der Geräte vereinbaren, steigt für jeden Netzteilnehmer der Nutzungsgrad dieser Geräte, womit sich (im Allgemeinen) eine höhere Rentabilität der Geräte ergibt. Ähnliche Effekte können sich auch in der gemeinsamen Nutzung eines Personalpools ergeben oder durch ein gemeinsames Termin- und Wiedervorstellungsmanagement, den gemeinsamen Einkauf von Materialien und bessere Preis- und Rabattkonditionen bei den Lieferanten.

Skaleneffekte und -erträge waren ursprünglich mal der Anlass, die Gründung von Arztgemeinschaften (Netze und Genossenschaften) überhaupt voranzutreiben.

Verbundeffekte

Während Skaleneffekte die bessere Ausnutzung vorhandener Ressourcen bei bestehenden Konzepten gewährleisten, ermöglichen die Verbundeffekte den Aufbau neuer Dienstleistungs- bzw. Versorgungsformen. Diese entstehen durch die Integration und Verbindung der Versorgungsleistungen zweier oder mehrerer Partner. Die Effekte wirken umso stärker, je höher der Bedarf der gemeinsamen Patienten für die Gesamtpalette des Angebotes ist.

Ein Beispiel dafür sind Brückenteams in der Palliativmedizin, in denen Ärzte und Palliativpflegeschwestern ihre jeweiligen Aspekte der Pflege, Medikation und Behandlung von Patienten in die Beratung von Hausärzten und Angehörigen sowie in die Arbeit mit Patienten in häuslicher Umgebung mit einbringen.

Die zurzeit bedeutendsten Effekte unter den Verbundeffekten sind die Verkettungseffekte. Diese entstehen dadurch, dass in einer Prozesskette (Behandlungskette) mehrere Kettenglieder miteinander stärker verbunden werden. Verkettungseffekte entstehen in der Praxis beispielsweise durch die Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten, eines Krankenhauses mit einem Rehabilitationsanbieter. Dabei ist der indikationsbezogene Gesamtbehandlungsprozess die sachlich verbindende Einheit, die Versorgungsregion mit den dort vorhandenen Anbietern beschränkt allerdings, solange keine volle Niederlassungsfreiheit besteht, die Auswahl an möglichen Kooperationspartnern. Problematisch an solchen Kooperationen ist die sehr starke Bindung und Verantwortung der Kooperationspartner aneinander sowie gute Einblickmöglichkeiten in Orga-

nisation und Abläufe der jeweiligen Kooperationspartner untereinander. Diese Form der Transparenz ist nicht jedem willkommen.

Informationsbrüche

Informationsbrüche tauchen dort auf, wo Informationen gar nicht, verfälscht oder nicht zur rechten Zeit in der Prozesskette weitergegeben werden. Der Informationsaustausch wird meistens auf das absolut niedrigste Minimum an Aufwand und Informationsinhalt reduziert. Die Patienten sind selbst nicht willens oder in der Lage, relevante Informationen aufzunehmen oder sie weiterzugeben.

In vielen Fällen wissen die Prozessbeteiligten (ohne Absprachen) also schon nicht, welche Informationen in welcher Hinsicht hilfreich (ärztlich, pflegerisch, soziales Umfeld) sein können. Der Prozessnachfolger weiß nicht, welche Informationen bereits beim Vorgänger vorhanden sind.

Informationsbrüche bergen hohe Risiken, fehlende und verfälschte Informationen wirken sich negativ auf die Prozess- und Ergebnisqualität aus, die entsprechenden Maßnahmen müssen häufig zur Unzeit nachgeholt und/oder wiederholt werden, entsprechende deutliche Mehrkosten fallen im Gesamtbehandlungsprozess an.

Realisierung von Verkettungseffekten und Vermeidung von Brüchen

Durch Eliminierung dieser Brüche in der Prozesskette wird eine Fülle positiver Effekte erreicht. Zum einen wird der Wert der Arbeit von Prozessvorgängern erhalten, indem deren Arbeitsergebnisse genutzt werden, solange sie Gültigkeit haben. Zum Zweiten muss kein zusätzlicher Aufwand betrieben werden, um solche Ergebnisse verfügbar zu halten (Medienbruch). Der zusätzliche Aufwand für die Wiederholung von Maßnahmen und die Gefahr von Kopierfehlern und Daten-/Informationsverlust entfällt. Der Gesamtprozessaufwand verringert sich erheblich. Der jeweilige Beitrag eines Leistungserbringers in der Wertschöpfungskette bleibt für alle transparent und ersichtlich, womit sich zwangsläufig auch die Qualität erhöht. Schlussendlich ist die Zufriedenheit von Leistungserbringern und Patienten höher, weil nicht mehr Aufwand erbracht werden muss als individuell nötig ist. Diese Effekte betreffen insbesondere die indikationsbezogenen Projekte integrierter kooperativer Versorgung.

Risiken von Arztnetzen

Arztnetze beginnen mit steigendem Umfang der mitarbeitenden Ärzte, ein Monopol darzustellen, indem die am Arztnetz beteiligten Ärzte früher oder später die in einer Region überwiegende Masse der Patientenversorgung leisten. Diese Monopolstellung kann in Teildisziplinen bereits sehr früh erreicht sein, in Disziplinen mit hoher Anzahl von Praxen entsprechend später.

Monopole werden in der Volkswirtschaft mit Recht kritisch beurteilt. Da der Wettbewerb im Allgemeinen als treibende Kraft für Innovationen und Wohlstandsteigerungen gilt und Monopole naturgemäß den Wettbewerb beeinträchtigen, gilt es, solche Entwicklungen genau zu verfolgen, um die Vorteile der Vernetzung nicht durch aufkommende Nachteile zu gefährden. Mögliche Nachteile beruhen auf zwei Faktoren: Der Verhandlungs- und Gestaltungsmacht von Monopolen und dem Risiko des wirtschaftlichen Scheiterns einer Organisation mit Monopolcharakter.

Die Verhandlungsmacht eines Arztnetzes ist insbesondere in ländlichen Regionen, in denen keine Alternativen zur Versorgung der Bevölkerung bestehen, sehr groß. Denn für die Kostenträger als

Träger des Sicherstellungsauftrages besteht keine Alternative für die Übertragung des Versorgungsauftrages als die Teilnehmer des entsprechenden Arztnetzes. Die Alternative, eine neue oder eigene Versorgungsstruktur aufzubauen, besteht aus rechtlichen und zeitlichen Gründen nicht, da die Patientenversorgung in der Zeit eines solchen Aufbaus nicht ausgesetzt werden kann. Zwar ist auch das Arztnetz auf die Kostenträger als Vertragspartner angewiesen, in einer Monopolstellung steht das Arztnetz jedoch einer Vielzahl von Krankenkassen gegenüber, die es seinen Patienten empfehlen kann, während die Krankenkasse diese Option nicht besitzt. Das bedeutet letztlich, dass das Arztnetz die Konditionen der Patientenbehandlung im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen selbst festlegen kann. Hat das Netz bzw. die teilnehmenden Ärzte ihre Verhandlungsmacht erst einmal verinnerlicht (diese stellt immerhin ein Novum seit Einführung des Krankenversicherungswesens dar), ist nicht auszuschließen, dass Parameter wie Behandlungsqualität und Entgelte den Intentionen der Ärzte entsprechend angepasst werden und zwar zu Lasten mindestens der Kostenträger.

Ein weiteres Risiko besteht darin, dass Arztnetze eine wirtschaftliche Eigendynamik entwickeln können, die die teilnehmenden Praxen in eine Abhängigkeit bringen. Mit steigender Praxenzahl, zunehmender Vernetzung und wirtschaftlicher Verflechtung (Gerätepools etc.) steigt auch die Abhängigkeit der Einzelpraxis vom Funktionieren des Arztnetzes an. Die Insolvenz des Arztnetzes bzw. seiner Betreibergemeinschaft kann dann mit dem Zusammenbruch der Infrastruktur als Kettenreaktion zum Zusammenbruch der ärztlichen Versorgung ganz oder in Teilbereichen führen.

Das Risiko des Zusammenbruchs steigt rapide an, wenn das Arztnetz einen substanziellen Anteil an Erlösen aus Direktverträgen erwirtschaftet und bei Wegfall dieser Verträge nicht mehr kostendeckend arbeiten könnte. Im Rahmen des Risikomanagements der Einzelpraxen würde man einem solchen Risiko vorbeugen, indem man sicherstellen würde, dass auch beim Zusammenbruch eines Netzes die Einzelpraxis weiterhin überlebensfähig wäre. Leider überfordert ein solches Risikomanagement erstens viele Praxisinhaber, zweitens könnten sich viele Inhaber auch auf das Prinzip des „too big to fail“ verlassen, zumal die Gesundheitsversorgung ein politisch stets hochrelevantes Thema ist.

Zur Sicherung der eigenen Praxis sollten Arztnetzteilnehmer genau darauf sehen, dass die durch einen Selektivvertrag zusätzlich aufzuwendenden Ressourcen in einem exakten Zusammenhang mit den Entgelten stehen und dass eine Ausstiegsmöglichkeit besteht, sich von unrentablen Verträgen zu trennen. Im Sinne der Versorgungssicherheit wäre anzustreben, dass sich der Mehraufwand für den Arztnetzbetrieb auch ohne Selektivverträge aus den Einsparungen im Rahmen der Regelversorgung vollständig finanziert.

Da, wie schon angedeutet, eine Monopolisierung der ärztlichen Leistungserbringer erstmalig in der deutschen Geschichte auftreten könnte, ist auch nicht abzusehen, welche Methoden staatlicherseits zur Sicherung des Gesundheitswesens zum Einsatz gebracht werden. Spätestens nach den ersten gravierenden Fällen von Monopolisierung und Missbrauch sind hier Reaktionen zu erwarten, die die Gesundheitsversorgung wiederum stark verändern werden.

Gängige Konzeptraster, Rollen und Muster in Netzwerken des Gesundheitswesens

Einige Rollen und Muster in den Arztnetzen und den durch sie geschlossenen Selektivverträgen begegnen einem wiederkehrend, so dass hier schon fast von Geschäftsmodellen gesprochen werden kann.

„Manufaktur-Modell“

Das Modell ist ausgerichtet an dem neuzeitlichen Konzept einer Manufaktur, also der fabrikmäßigen, arbeitsteiligen Erbringung von Leistungen. Gegenüber der „handwerklichen“ Einzelleistungserbringung zeichnet sich das Manufakturmodell aus durch eine Kostenersparnis bei der Leistungserbringung und eine Steigerung der Behandlungsqualität durch höhere Spezialisierung der einzelnen Teilnehmer und Übernahme der Verantwortung für das Gesamtbehandlungsergebnis.

Typisch ist die operative Leistungserbringung entlang eines Behandlungsstranges für eine bestimmte Indikation, bspw. bei der Prothetik (Knieendoprothese) oder auch bei der Palliativversorgung.

„Feuerwehr-Modell“

Das „Feuerwehr-Modell“ bedeutet die kooperative Vernetzung der Leistungserbringer zur Überwachung und Verhütung von kostenrächtigen Entwicklungen bei bestimmten Indikationen, bspw. Herznetze oder Diabetesprogramme. Der Vorteil für die Kostenträger liegt in der Reduzierung des Risikoeintritts im Verhältnis zur Regelversorgung. Vor- und Nachteile sind ähnlich gelagert wie beim „Manufaktur-Modell“. Grundsätzlich ist ein Nachteil des „Feuerwehr-Modells“, dass der konkrete Erfolg nur langfristig messbar ist.

„Marktplatz-Modell“

Das „Marktplatz-Modell“ stellt als Vorteile die kooperative Vernetzung und räumliche Schwerpunktbildung mit kurzen Informationswegen und guter Transparenz zwischen den Leistungserbringern dar. Es eignet sich für die Versorgung von räumlich klar abgrenzbaren Gebieten, innerhalb derer die Patienten beim Anbieter (wie auf einem Marktplatz) alle für sie wesentlichen Leistungen abrufen können.

„Genossenschaftsmodell“

Ein „Genossenschaftsmodell“ stellt Dichtevorteile in den Vordergrund, vorrangig die gemeinsame Finanzierung und Nutzung von Dienstleistungen und Investitionsgütern. Das Genossenschaftsmodell ist somit unabhängig von Selektivverträgen.

Parameter professioneller Arztnetze

Die Professionalität von Arztnetzen liegt unabhängig von der Größe des Netzes in der Einhaltung einiger Parameter, die für den Nutzen des Arztnetzes in der Versorgung wichtig und bedeutend sind:

Ziele

Das Arztnetz sollte mit seiner Gründung definierte Ziele verfolgen, die verknüpft sind mit konkreten Vorgaben, welche Effekte genutzt werden sollen, wie diese Effekte gemessen werden können und welche Faktoren hier hemmend und verstärkend wirken.

Netzaufbau

Die geplante/angestrebte Netzstruktur und Kommunikationsstruktur sollte die Ziele des Netzwerkes erkennen lassen. Für die teilnehmenden Praxen sollte die Teilnahme vertraglich geregelt sein. In den Verträgen sind die Ziele soweit aufzunehmen, dass aus dem Vertrag Vorteile und Pflichten der Netzpraxen hervorgehen. Ein professionelles Netzmanagement sollte für jede Netzpraxis über eine abgestimmte Planung verfügen, wie diese Praxis im Verbund des Arztnetzes entwickelt werden kann.

Regionsbezug/Patientenbezug

Das Praxisnetz sollte so regional bezogen sein, dass die Versorgungsregion des Arztnetzes in Bezug auf die Abdeckung der Gesundheitsversorgung und die Patientenbelange überprüft und geplant wird.

Behandlungspfade

Für die Analyse der ärztlichen Tätigkeiten und die weitere Planung des Arztnetzes ist es unabdingbar, Behandlungspfade zu definieren und zu beobachten. Erst mit der Beobachtung der Behandlungspfade ist es möglich, die Synergieeffekte auch in Bezug auf die Patientenversorgung zu messen und Nachweise darüber zu erbringen. Ebenso in Verbindung mit den Patientenpfaden steht die Berechnung der tatsächlichen Kosten, die für die Behandlung entstehen, sowohl innerhalb der Netzpraxen, als auch im Gesamtnetz.

Controlling von Benefits

Die Umsetzung von Zielen des Gesamtnetzes in greifbare Ergebnisse und belastbare Vorhersagen ist Sache des Controllings dieser Ziele auf Basis der im Netz verfügbaren Daten. Die sorgfältige Kontrolle in dieser Sache ermöglicht erst die überzeugende Formulierung von Vorteilen des Netzes im Verhältnis zur Regelversorgung. Controlling bedeutet in diesem Zusammenhang nicht zwingend den Einsatz kostenrächtiger Mitarbeiter und Software, sondern je nach Entwicklungsstand des Netzes eine kontinuierliche und ergebnisorientierte, angemessene Identifikation und Beobachtung von Parametern.

Anforderungen an das Management in unterschiedlichen Gründungs- und Aufbaustadien

Gründung und Aufbau eines Arztnetzes bedeutet kontinuierliche Arbeit, die insbesondere in der Gründungsphase durch eine professionelle Organisationsberatung mit einer Frequenz von 2 bis 3 Terminen pro Quartal begleitet werden sollte. Inhalt der Begleitung sind Koordination und Supervision sowie, wo nötig, auch eine Korrektur in Planung oder Management.

Bei bestehenden Netzen müssen im nächsten Schritt erste Synergieeffekte hergestellt werden und einzelne auf jeweilige Diseases spezialisierte Arbeitsgemeinschaften gegründet werden, die sich im Sinne evidenzbasierter Qualitätssteigerung um neue Behandlungskonzepte kümmern. Ziel ist es hier, Synergieeffekte im Sinne von Benefits zu finden, so dass eine Verhandlungsmasse von Netzärzten und Kostenträgern entsteht, auf deren Basis Selektivverträge abgeschlossen werden können.

Diese Selektivverträge werden auch in Zukunft kein Automatismus für Budgetsteigerungen sein können. Vielmehr ist bei gedeckelten Gesamtbudgets und wachsenden Qualitätsansprüchen davon auszugehen, dass eine höhere Leistung der Arztnetze im Vordergrund stehen wird.

Neben einigen Studien über Arztnetze und ihre Professionalität haben auch Unternehmen der Pharmabranche Arztnetze als eigene Zielgruppe und Faktor im Gesundheitswesen identifiziert und Analysen an-

Kriterien der Professionalität

- Ziele
- Netzaufbau
- Regions-/Patientenbezug
- Behandlungspfade
- Controlling

Abb. 2: Professionalitäts-Kriterien

gefertigt, die ein in den Grundlinien übereinstimmendes Bild ergeben:

Von den etwa 700 bestehenden Arztnetzen werden durch verschiedene deutsche und internationale Pharmafirmen weniger als ein Zehntel als professionell aufgestellt eingestuft, die sich auch bereits durch den Abschluss von Selektivverträgen und sichtbare Synergieeffekte auszeichnen.

Weitere 50 bis 70 Netze sieht man auf einem guten Weg in diese Richtung, wobei für diese Netze Hilfsbedarf für die weitere Entwicklung zu ersehen ist, der insbesondere in die punktuelle Weiterentwicklung der Konzepte und Methoden des Managements zu investieren sein wird.

Etwa ein Drittel der Netze befindet sich erst in der Anfangsphase, in der auf eine vage Idee der Netzgründung ein ebenso vages Konzept über die Erreichung der Ziele aufgesetzt ist. In diesem Konzept sind Sinn und Zweck, Ziele und das ganze „warum?“ nicht klar. Problematisch ist hier, dass das Ziel der Netzgründung häufig eher mit der Aussicht auf die Erfüllung persönlicher Ziele verbunden wird als mit der Netzgründung an sich, weshalb mehr Zeit und Ressourcen in Imagination und Aktionismus verwendet wird als für eine konsequente Zielerreichung. Der Aktionismus richtet sich bevorzugt auf Selektivverträge, Büroeinrichtungen, Missions-Statements, Logos und Rechtsformen, wozu auch professionelle Hilfe notwendig und willkommen ist, vorausgesetzt dass sie kostenfrei ist und der Imagination keinesfalls schadet.

Hier sind wesentliche Grundvoraussetzungen von Management, nämlich Vermeidung von Komplexität, Zielstrebigkeit und ein sicheres Auge dafür, was die Zielerreichung hemmt oder fördert, wenig ausgeprägt. Verkannt wird durch solche Netzgründer, dass ein Arztnetz zu gründen und zu führen, grundsätzlich andere Voraussetzungen fordert als die Führung einer Arztpraxis und dass das erfolgreiche Führen auch einer kooperativen Arztpraxis nicht bedeutet, dass dieses auf ein Arztnetz 1:1 übertragbar ist.

Arztnetze in diesem Stadium benötigen eine Kombination aus Coaching der gründenden Netzärzte, Fachberatung über Gründerwissen und Methoden sowie Organisationsberatung für das schnelle Überwinden von Hindernissen und Problemen auf dem Weg zu einem stabilen und professionell aufgestellten Netzwerk. Dass die damit verbundenen Kosten gut angelegt sind, sehen auch kommunale Stellen so, die die Gründungsberatung in einem substanziellen Anteil fördern. Auch weitere Koope-

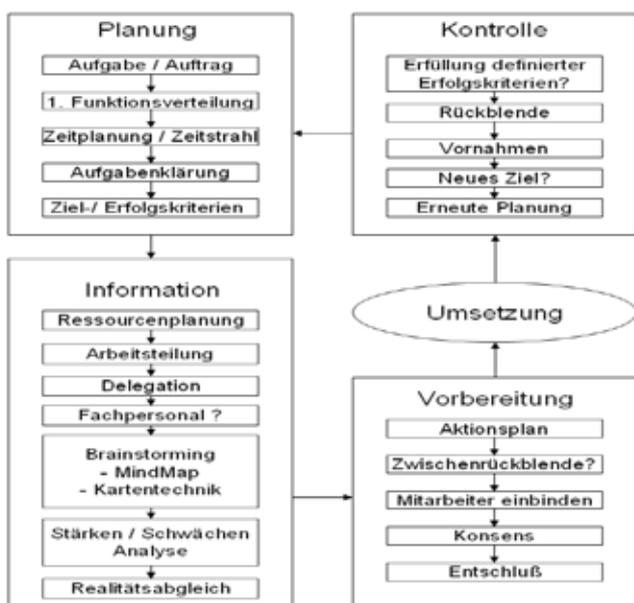


Abb. 3: Das Management-Aktionsraster gibt den Weg zum Aufbau eines professionellen Arztnetzes vor.

Ideale Netzgrößen

- 50-100 Ärzte: 58 % der Antworten
- 101-200 Ärzte: 13 % der Antworten
- 11-49 Ärzte: 13 % der Antworten
- < 11 Ärzte: 8 % der Antworten
- > 200 Ärzte: 8 % der Antworten

Abb. 5: Bei einer Befragung hielten nur 21 % der befragten Arztnetzvorstände eine Netzgröße über 100 Ärzten für zukunftsträchtig - das ist zu kurz gedacht.

rationspartner aus dem Gesundheitswesen sehen in dem Aufbau eines verlässlichen Partners der ambulanten Versorgung einen förderungswürdigen Aspekt und beteiligen sich an den entsprechenden Kosten. Die Umlage von Beratungskosten von vielleicht 100 Euro pro Monat (vor Steuer) pro beteiligter Praxis spart eine Menge Zeit, Geld und Kraft. Die dauerhafte Begleitung eines Arztnetzes lässt sich dauerhaft mit wenigen tausend Euro per anno realisieren. Eine solche Investition muss für den Aufbau eines Arztnetzes mit mittelständischem Anspruch selbstverständlich sein.

Arztnetze mit geringem Praxisumfang

Als Arztnetze mit geringem Praxenumfang definieren wir Arztnetze mit 15 bis 50 teilnehmenden Praxen. Diese „Mini-Netze“ zeichnen sich zumeist durch ein eigenes oder eingekauftes Fachmanagement aus. Die Situation in solchen Arztnetzen ist stark unterschiedlich. Idealerweise sind die Informations- und Kommunikationswege kurz, entsprechend effektiv ist auch die Netzführung strukturiert.

Vorhandene Chancen können aufgrund des kleineren Umfanges des Netzes nicht in vollem Ausmaß genutzt werden, allerdings sind auch die Risiken des Netzes noch beherrschbar.

Es begegnet einem jedoch auch das andere Extrem: Das Management bemüht sich, seine eigene Praxis zusätzlich zum Netz zu betreiben und verzettelt sich zwischen operativen Aufgaben und strategischer Ausrichtung, für Innovationen fehlt es an einer angemessenen Entlohnung, es gibt keine klare Ausrichtung und der glänzende Blick auf die mögliche Bedeutung des Arztnetzes verhindert eine pragmatische und zielführende Herangehensweise an die sich stellenden Anforderungen und Aufgaben. Wichtig sind hier die konsequente Ablösung des Managements von Aufgaben in der Praxisführung und die Ermöglichung von zielführenden Investitionen.

Große Arztnetze

Große Arztnetze sind gekennzeichnet durch eine Praxenanzahl jenseits der Grenze von 100 Praxen. Positiv ist zu bewerten, dass die Führung des Arztnetzes im Allgemeinen professionell aufgestellt ist. Bei dieser Menge von Einzelpraxen ist zumeist eine straffe Führung etabliert, weil das Arztnetz auch gegenüber seinen Einzelpraxen eine Monopolstellung einnimmt. Hier treten die angesprochenen Risiken der Monopolbildung auf, wobei jedoch ein professionelles Management den Risikoeintritt entsprechend mindert.

Arztnetze mit größerem Praxenumfang

Größere Arztnetze (50-100 Praxen) besitzen bereits feste Strukturen in Bezug auf Selektivverträge, Rechtsformen der Gesellschaft(en) und EDV. Professionelles Management ist Pflicht. Problematisch ist die Struktur der teilnehmenden Praxen, die häufig zu facharztlastig ist und die Versorgung in der Fläche zugunsten vielfacher indikations-

orientierter Modelle vernachlässigt. Im Verhältnis zu kleineren Arztnetzen fehlt durch die höhere Anzahl von Praxen die Flexibilität bei der Führung der Einzelpraxen, im Verhältnis zu großen Arztnetzen die Verhandlungsmacht gegenüber den Kassen und die Fähigkeit zum Abschluss auch spezieller Versorgungsverträge. Die Situation dieser Praxen ist eine typische „stuck-in-the-middle“-Situation, in der diese Netze gefährdet sind durch Überforderung des Managements und Überschätzung der eigenen Situation. Die Größe des Netzes begünstigt Ausei-

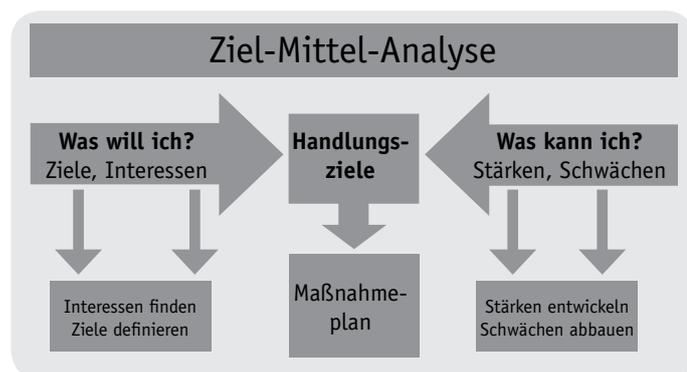


Abb. 4: Die Ziel-Mittel-Analyse steht am Beginn jeder Unternehmung.

inandersetzungen und „Grabenkämpfe“ zwischen teilnehmenden Ärzten untereinander und dem Management über Positionen und strategische Vorgehensweisen. Wichtig ist in dieser Situation eine klare Ausrichtung des Managements, Offenheit der Führung und Kommunikation sowie die Bildung bzw. Pflege eines Kerns von Praxisinhabern, die bei aller notwendigen Auseinandersetzung die Stabilität des Netzes in dieser Phase bewahren.

Physician networks - a covert major resource in medical care

Physician networks are gaining ground in Germany's medical care. Yet they lack full professionalisation keeping them from turning their considerable business advantages into performance. While growing in numbers and influence, the risk of monopolization and failure must not be overlooked. Management skills are essential for a successful startup and growth

Keywords

physician networks, medical care

Fazit

Arztnetze sind ein erheblicher Faktor in der ambulanten Gesundheitsversorgung und können sich durch regionale Konzentration schnell zu einem Monopol entwickeln, das sowohl die klinische Versorgung als auch die Kostenträger in problematische Situationen bringen kann. Darum ist es angebracht, eine unreflektierte Förderung der Praxisnetze zu überdenken und von den Praxisnetzen Professionalität des Managements und die Einhaltung klarer Vorgaben zu fordern. Ein großer Teil der rund 700 Praxisnetze wird sich im Bereich zwischen 5 und 50 angeschlossenen Arztpraxen befinden. Insbesondere Netze mit einer Größe von 50 bis 100 Praxen befinden sich in einem schwierigen Stadium. Aber erst hier beginnt das Stadium, in dem regionale Konzepte beginnen, sinnvoll zu sein, um einerseits Potenzial für umfassende Synergien und auch Marktmacht aufbauen zu können. Beim Aufbau eines Arztnetzes ist eine beratende Begleitung insbesondere des Managements sinnvoll, bei der Gründung bis zum Erreichen eines Umfangs von 50 Praxen zwingend notwendig. <<

Literatur

- Amelung, Volker Eric: „Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren: Von der Idee zur Umsetzung. Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care“, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2. Auflage, 2008, ISBN-10: 3939069574
- Amelung, Volker Eric: „Managed Care in Europa“, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2008, ISBN-10: 3939069647
- Asum, Heiko; Kerth, Klaus: „Die besten Strategietools in der Praxis. : Welche Werkzeuge brauche ich wann? Wie wende ich sie an? Wo liegen die Grenzen?“, Hanser Wirtschaft, 3. erw. Auflage, 2008, ISBN-10: 3446414533
- Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Tiemann, Oliver: „Management im Gesundheitswesen“ Springer Verlag, Berlin; 2. Auflage (November 2009) ISBN-10: 364201335X
- Deimel; Dominik et al.: „Das Gesundheitsunternehmen als Versorger der Zukunft: Perspektiven erkennen - Chancen ergreifen - Strategien umsetzen“ Mww Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2009, ISBN-10: 3939069787
- Lägel, Ralph (Hrsg.): „Neue Versorgungsansätze in Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik“ MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2009, ISBN 978-3-939069-67-6
- Schicker, Günter: „Koordination und Controlling in Praxisnetzen mithilfe einer prozessbasierten E-Service-Logistik“ Gabler Verlag, 1. Auflage 2008 ISBN-10: 3834909270
- Schreyögg, Georg: „Organisation: Grundlagen moderner Organisationsgestaltung. Mit Fallstudien“, Gabler Verlag, 2008, ISBN-10: 3834907030
- Weatherly, John N.: „Handbuch Systemisches Management: Eine Anleitung für Praktiker“ MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2009 ISBN-10: 3939069531
- Weatherly, John N. et al.: „Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren: Innovative Modelle der Praxis. Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care“, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 1., Auflage, 2006, ISBN-10: 3939069205

Dr. John N. Weatherly

ist Leitender Geschäftsführer des Vereins für Integrative Therapeutische Angebote VITA e.V. Berlin und Senior Management Trainer und Geschäftsführer der NEWSTAND gGmbH Management Akademie Berlin.

Kontakt: john.weatherly@newstand.de.



Jürgen Eberhard
Tim Ebel

Evaluation von Selektivverträgen – Voraussetzungen und Umsetzung

Spätestens seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist die vertragliche Ausgestaltung der medizinischen Versorgung auf neue Beine gestellt. Im Sozialgesetzbuch V sind diese Säulen in den §§ 63 (Modellvorhaben), 73b (Hausarztzentrierte Versorgung), 73c (Besondere ambulante ärztliche Versorgung), 130a (Rabatte der pharmazeutischen Industrie), 137f (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Erkrankungen) und 140a (Integrierte Versorgung) beschrieben. Mittlerweile, knapp drei Jahre nach Inkrafttreten der Gesetze, sind für alle möglichen Vertragsformen Beispiele oder Umsetzungsversuche im Markt vorzufinden. Die meisten Erfahrungen gibt es im Bereich der Rabattverträge nach §130a zwischen Krankenkassen und der pharmazeutischen Industrie und hier vornehmlich der Generikahersteller. Daher liegen auch für diese Vertragsform die meisten Erfahrungswerte und Ergebnisse auch in Form von Datenmaterial vor.

>> Zahlreiche Veröffentlichungen bestätigen und belegen den Erfolg oder Nichterfolg der unterschiedlichen Rabattverträge, je nach Betrachtungsweise und Perspektive. Generikaunternehmen, allen voran der Verband „Pro Generika“, stellen die Umsetzung zumindest als bedenklich dar, während die AOK mit ihrem Vorreiter Dr. Christopher Hermann eine Erfolgsstory skizziert, mit Einsparungen für die gesetzliche Krankenversicherung in Größenordnungen zwischen 500 Millionen Euro und einer Milliarde Euro pro Jahr. Aus den Reihen der forschenden Pharmafirmen sind unterschiedliche Einschätzungen zur Zukunft der Rabattverträge für patentgeschützte Medikamente zu vernehmen. Einerseits kann dies ein entscheidender Wettbewerbsvorteil gegen Mitbewerber sowohl aus dem Generikaumfeld, als auch bei den anderen patentgeschützten Präparaten sein, andererseits drücken die Rabatte zusätzlich auf den Profit, vor allen nach Verabschiedung des Preisabschlages für die Arzneimittel in Höhe von 16 %. Für Außenstehende ist zu bemerken, dass das Beobachten dieser Vertragsform relativ einfach ist – letztendlich geht es bei allen Verträgen darum, die Kosten in der ambulanten medizinischen Arzneimittelversorgung zu senken und möglichst alle Vertragspartner leben zu lassen. Wobei die Prioritäten hier durchaus unterschiedlich gesetzt sind. Man könnte die Evaluation also auf eine reine Kosten-Nutzen-Betrachtung reduzieren – wichtig ist für die Kassen, was sie für die Arzneimittelversorgung zu bezahlen haben.

Unterschiedliche Vertragsformen – unterschiedliche Betrachtungsweise?

Im bisher beschriebenen Bereich der Kollektivverträge genügt es, für die erwähnte Kostenbetrachtung die Abrechnungsdaten der Leistungserbringer heranzuziehen. Letztendlich findet die Umsetzung der Rabattverträge in der Apotheke statt und nicht beim Arzt – diese

Abstract

Die Entwicklung im Gesundheitswesen beinhaltet als einen der wesentlichen regulierenden Faktoren die Umsetzung von Verträgen zwischen verschiedenen Playern. Verträge laufen nicht von alleine, es genügt nicht Inhalte zu vereinbaren und zu unterschreiben. Bereits bei Vertragsschluss muss die Evaluation mit berücksichtigt und geplant werden, und zwar nicht erst nach 3 Jahren, sondern laufend und begleitend. Die passende Quelle für die Informationen richtet sich, ebenso wie die Art und Anzahl der benötigten Informationen nach der Vertragsform und den Vertragsinhalten. Zur Betrachtung von Selektivverträgen mit Ärzten oder -gruppierungen werden Daten und Auswertungen aus Stichproben relevanter Größe, die auch regionale valide Betrachtungen und Hochrechnungen zulassen, benötigt. Auswertungen aus Abrechnungsdaten reichen hier nicht aus, da sie das ärztliche Verhalten nicht in ausreichendem Maße widerspiegeln.

Keywords

Verträge, Rabattverträge, Selektivverträge, Gesundheitssystem, GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, Datenquelle, Evaluation

sind auch nicht Vertragspartner. Was Ärzte im generikafähigen Markt verordnen, muss nicht identisch sein mit dem, was in Apotheken abgegeben und letztendlich abgerechnet wird. Lediglich im Bereich der patentgeschützten Medikamente und der Verordnungen, die mit Nec-Aut-Idem gekennzeichnet sind, dürften die Informationen der beiden unterschiedlichen Datenquellen identisch sein.

Bei Selektivverträgen nach §73b und c werden Verträge zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern (Ärzten) geschlossen. Gegenstand eines Monitorings und/oder einer Evaluation ist in diesen Fällen das Ordnungsverhalten der Ärzte und weniger das Abgabeverhalten der leistungserbringenden Apotheken. Weitere Kriterien sind die ergänzenden Vertragsinhalte – bei Selektivverträgen spielt die Qualität der Versorgung eine zentrale Rolle. Durch Vertragsmischformen und selektive Betrachtungsweisen kann es durchaus Sinn machen, unterschiedliche Datenquellen und Perspektiven zur Evaluation heranzuziehen.

Die Auswahl der richtigen Datenquelle

Die Auswahl der Datenquellen, welche zur Betrachtung der Vertragsumsetzung herangezogen werden, kann sich nur danach richten, wer beeinflusst werden soll und vor allem, welche Vertragsinhalte eine Steuerungsfunktion haben. Wie oben bereits beschrieben, ist es zur Evaluation von Rabattverträgen sinnvoll, die Abgabe in den Apotheken auszuwerten, ggf. einen Abgleich zwischen Medikation und Medikamentenabgabe durchzuführen, um bestimmte Mechanismen im Markt zu erkennen und mögliche Beeinflussungsfaktoren in weitere Ausbaustufen der Verträge einzubeziehen.

Zur Evaluation von Selektivverträgen ist es unabdingbar, eine Datenquelle zu wählen, die das Verhalten von Ärzten abbildet und auch die Betrachtung von Entwicklungen auf Patientenebene zulässt, um qualitative Vertragsinhalte wie Entwicklung der Morbidität, Begleitdiagnosen und -medikation usw. abbilden zu können. Weiterhin sollte man darauf achten, dass die Stichprobe groß genug ist, um auch regionale, fachspezifische oder indikationsbezogene Sachverhalte in entsprechender Repräsentativität valide darstellen zu können. Es gibt einige wenige Anbieter im Markt, die ein Ärztepanel unterhalten, in dem relevante Datenmengen erhoben werden. Das größte mit einer Stichprobe von ca. 15.000 teilnehmenden Ärzten (entspricht ca. 15

Konsultation am	02.Feb	07.Apr	20.Apr	12.Mai	10.Juli	13.Aug	07.0kt	24.Nov	27.Nov
verordnete PZN	keine	2754861	keine	keine	keine	2050640	2050640	2754861	keine
Anz. Verordnungen		1				1	1	1	
Nec-Aut-idem		nein				nein	nein	nein	
zu Lasten von		AOK By				AOK By	AOK By	AOK By	
gestellte Diagnosen	B90.9	B90.9	B90.9	B90.9	B90.9	B90.9	B90.9	B90.9	
		D50.8	D50.8	D50.8	D50.8	D50.8	D50.8	D50.8	
		D50.9	D50.9	D50.9	D50.9	D50.9	D50.9	D50.9	
		E04.0	E04.0	E04.0	E04.0	E04.0	E04.0	E04.0	
		E78.5	E78.5	E78.5	E78.5	E78.5	E78.5	E78.5	
		E79.0	E79.0	E79.0	E79.0	E79.0	E79.0	E79.0	
		E89.0	E89.0	E89.0	E89.0	E89.0	E89.0	E89.0	
		F32.9	F32.9	F32.9	F32.9	F32.9	F32.9		
		F33.2	F33.2	F33.2	F33.2	F33.2	F33.2	F33.2	
		J45.9	J45.9	J45.9	J45.9	J45.9	J45.9	J45.9	
	K59.0								
		M17.1	M17.1	M17.1	M17.1	M17.1	M17.1	M17.1	
		M25.59	M25.59	M25.59	M25.59	M25.59	M25.59		
									M47.46
		M54.19	M54.19	M54.19	M54.19	M54.19	M54.19	M54.19	
								M81.99	

Abb. 1: Datenerhebung im Detail, Quelle: Medimed

% der verordnenden niedergelassenen Ärzte) aller Facharztgruppen in allen Bundesländern betreibt die Cege-dim-Tochter Medimed. Diese Größenordnung lässt es zu, auch Hochrechnungen in regionaler Aufteilung fachgruppenspezifisch durchzuführen. Wichtig ist auch, dass relevante Informationen umfassend erhoben werden, um möglichst viele Vertragsinhalte detailliert abbilden zu können.

Welche Informationen sind wichtig?

In Abbildung 1 ist beispielhaft zu sehen, wie eine Datenerhebung im Detail aussehen kann, um Vertragsinhalte entsprechend in Auswertungen darstellen zu können. Selbstverständlich richtet sich die Auswahl der in einem ständigen Evaluationsverfahren verarbeiteten Informationen stark nach den Vertragsinhalten. Standard sind Strukturparameter der Arztpraxen (Ärzte, Fachgruppen, Praxisgröße usw.) und der Patienten (Alter, Geschlecht, Krankenversicherung und -status usw.), Verträge zur Hausarzt zentrierten Versorgung nach §73b SGB V benötigen zur sinnvollen und morbiditätsorientierten Betrachtung zusätzlich das Merkmal, ob der Arzt am Vertrag der jeweiligen Kasse teilnimmt oder nicht, dasselbe gilt für den erfassten, pseudonymisierten Patienten – ist dieser in den HzV-Vertrag seiner Krankenkas-

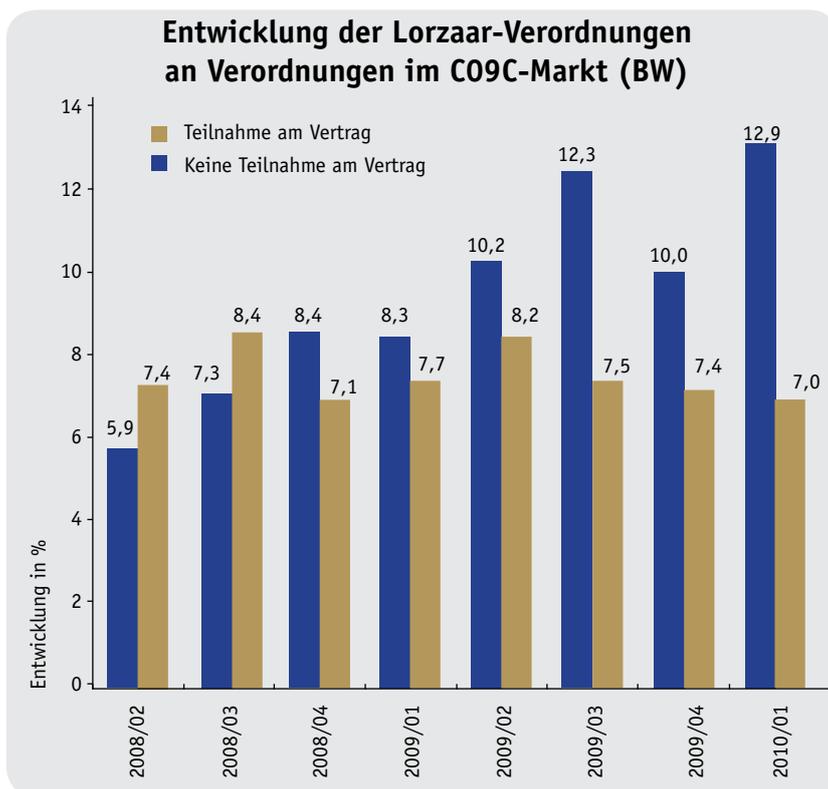


Abb. 2: Beispiel: Entwicklung der Lorzaar-Verordnungen

se eingeschrieben oder nicht. Diese Differenzierung lässt Vergleichsgruppen zwischen teilnehmenden und nicht teilnehmenden Ärzten und Patienten zu. Dadurch ist eine bessere Beurteilung der Entwicklungen bestimmter Parameter und Vertragsinhalte möglich (siehe beispielhaft für das Medikament „Lorzaar“ im HzV-Vertrag Baden-Württemberg/Abb. 2).

Resümee

Die Evaluation von Verträgen ist sehr stark abhängig von den Beeinflussungsmöglichkeiten, die sich aus den Vertragsinhalten und den äußeren Umständen ergeben. Wichtig ist - neben der von offiziellen Stellen vorgegeben Bewertung der Selektivverträge nach 3 Jahren - eine ständige Beobachtung der Umsetzung ab Vertragsbeginn. Nur so ist ein rechtzeitiges Erkennen von regulierungsbedürftigen Vertragsbestandteilen und eine Steuerung von Verträgen möglich - für alle Vertragspartner, sowohl die Krankenkassen als auch die Ärzteverbände und -netze. Ebenso sicher ist, dass - neben der Ausformulierung der Verträge - das ständige, begleitende Monitoring ein maßgeblicher Baustein zur erfolgreichen Umsetzung der Verträge ist. <<

Evaluation of contracts – requirements and implementation

As one of the main factors in German healthcare system contracts between the players in the healthcare market became more important. The benefit which is the expected outcome of these contracts has to be monitored. "Contract-Evaluation" as an ongoing process -beginning with conclusion of the contract- is one of the most important parts to manage and develop contracts for the duration. Depending on the content of the contracts, the adequate data source has to be found - selective contracts with doctors or with doctors associations need a view on practices including diagnosis- and prescription-information - additional professional methods of data aggregation.

Keywords

contracts, discount contracts, healthcare system, data sources, evaluation, data aggregation

Literatur

- AOK-BV (2010): Insgesamt eine Milliarde Euro Einsparungen durch AOK-Rabattverträge, in: http://www.aok-bv.de/presse/veranstaltungen/2010/index_02212.html
- Braun, G.E., Güssow, J., Schumann, A., Heßbrügge, G (Hrsg.) (2009): Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- Hermann, C., Wienands, F. (2008): Das Erfolgsmodell Arzneimittelrabatte. Kostendämpfung und Kostenverantwortung der Krankenkassen, in: Monitor Versorgungsforschung, 01/2008, 1.Jg., S.27-30
- Kiewel, A. (2006): Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung: Was bringt das AVWG?, in: Die Krankenversicherung, 58 (1), S. 25-28
- Medimed (2010): Veränderungen im Gesundheitsmarkt, in: http://www.medimed.info/spot/Health_Spotlight_0210.pdf
- Medimed (2009): Versorgungsverträge - Die Zukunft mit prescriber® -Daten gestalten, in: http://www.medimed.info/spot/Health_Spotlight_0409.pdf
- Medimed (2009): Krankenkassen im Spiegel, in: http://www.medimed.info/spot/Health_Spotlight_0309.pdf
- Orlowski, U., Wasem, J. (2007): Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG) Änderungen und Auswirkungen auf einen Blick. C.F. Müller, Heidelberg
- progenerika (2010): Pro Generika zu behaupteten Milliarden-Einsparungen durch Rabattverträge: Endlich Transparenz schaffen!, in: <http://www.progenerika.de/de/presse/2010-02-05.html>
- progenerika (2010): Pro Generika zu Aussagen des Vorsitzenden des Deutschen Apothekerverbandes. Rabattverträge gefährden Therapiesicherheit, in: <http://www.progenerika.de/de/presse/2010-04-28.html>

Jürgen Eberhard

ist Betriebswirt und seit über 23 Jahren im Gesundheitswesen in verschiedenen Positionen (u.a. in der Pharmaindustrie) tätig, seit 2005 bei Medimed beschäftigt und zuständig für die Entwicklung neuer Produkte. Mit seinem Team betreut er den Vertrieb von Evaluationsdaten an Krankenkassen/-versicherungen, Verbände und Ärztenetze sowie gemeinsame Projekte mit anderen gesundheitsökonomischen Instituten. Kontakt: juergen.eberhard@cegedim.com



Tim Ebel

ist Diplom-Sozialwissenschaftler und zertifizierter Netzmanager im Gesundheitswesen (IHK). Die Schwerpunkte seiner Arbeit liegen u.a. in der Entwicklung von Möglichkeiten zur Abbildung neuer Vertragsformen im Gesundheitswesen, vor allem für Krankenkassen und Ärztenetze. Kontakt: tim.ebel@cegedim.com



Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Oberender
Andreas Götz

Direktverträge in der ambulanten Versorgung – Auswirkungen und die Frage der „Sicherstellung“ - Eine Analyse aus wettbewerblicher Sicht

Das Gesundheitswesen in Deutschland befindet sich in einer akuten „Finanzkrise“. Die Finanzierungslücke wird stetig größer. Bereits seit Mitte der 70er Jahre ist die Gesundheitspolitik durch Maßnahmen der Kostendämpfung geprägt. Dennoch konnte eine Steigerung des Beitragssatzes von 8,2 % im Jahr 1970 auf - nach 15,5 % - nun aktuell 14,9 % nicht verhindert werden. Jede Intervention der Politik im Rahmen einer „Gesundheitsreform“ hat weitere Interventionen nach sich gezogen (Interventionsspirale) (vgl. z. B. Oberender/Hebborn et al. 2006: 67ff.). Ein möglicher Ansatzpunkt zur Lösung der Finanzierungs- und Kostenproblematik ist die Einführung von wettbewerblichen Elementen. Dieser Wettbewerb kann in unterschiedlichen Interaktionsbeziehungen gestärkt werden. Als „Basisbeziehungen“ im Gesundheitswesen lassen sich folgende Interaktionsebenen identifizieren:

- Patient – Leistungserbringer (Behandlungsvertrag)
- Krankenversicherung – Versicherter (Versicherungsvertrag)
- Krankenversicherung – Leistungserbringer (Versorgungsvertrag).

Betrachtet man den Leistungsmarkt in der ambulanten Gesundheitsversorgung, so ist dieser durch eine Besonderheit, die Kassenärztlichen Vereinigungen, gekennzeichnet.

>> Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) übernehmen die Aufgabe der Interessenvertretung und -wahrung der im ambulanten Sektor tätigen Vertragsärzte gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen (GKVen) (vgl. z. B. Hajen/Paetwo et al. 2000: 130). Kernfunktion ist dabei das Aushandeln der entsprechenden Vergütung mit den GKVen (Luedtke 2007: 107).

Aktuell liegt auch die Sicherstellungsaufgabe in der ambulanten Versorgung bei den KVen. Die Übertragung der Sicherstellungsaufgabe an die KVen im Bereich der ambulanten Versorgung ist nur durch die historische Entwicklung zu erklären: Die KVen wurden als Gegenmacht zum wachsenden Einfluss der Krankenkassen im GKV-System geschaffen (vgl. Herder-Dorneich 1994: 735). Die zunehmende Absicherung der Bevölkerung im Pflichtversicherungssystem der GKV und die damit steigende Nachfragemacht der Kassen bei gleichzeitigem Vorliegen eines Überangebotes an Ärzten führte zu Honorareinbußen der Ärzte. Im Jahr 1931 erließ die Reichsregierung daher eine Notverordnung, welche die Schaffung von Kassenärztlichen Vereinigungen als öffentlich-rechtliche

Abstract

Das deutsche Gesundheitswesen befindet sich in einer „Finanzkrise“. Die Leistungsausgaben nehmen, auf Grund des demographischen Wandels und der Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts, stetig zu. Zeitgleich nimmt die Anzahl der Beitragszahler ab. Der existierenden Finanzierungslücke versucht die Politik seit Jahren durch „Kostendämpfungsgesetze“ zu begegnen. Die Einführung wettbewerblicher Elemente ist ein Ansatzpunkt zur Lösung der bestehenden Problematik.

In der ambulanten Versorgung ist die Verhandlung und Vereinbarung von Preisen und Leistungen durch eine Zentralisierung und weitestgehende Beschränkung auf Verbandsebene gekennzeichnet. Die Einführung von Direktverträgen hätte unmittelbare Auswirkungen auf die bestehenden Strukturen und Aufgaben der einzelnen Institutionen und Parteien. Die Sicherstellungsaufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) würde auf die Leistungserbringer übergehen und über Ausschreibungsverfahren könnte dann die Gesundheitsversorgung in ggf. unterversorgten Gebieten sichergestellt werden. Direktverträge führen zu einer zunehmenden Qualitätsorientierung und stellen die KVen vor neue Herausforderungen, denen sie sich in einem wettbewerblichen System stellen müssen.

Keywords

Direktverträge, Wettbewerb, Sicherstellung

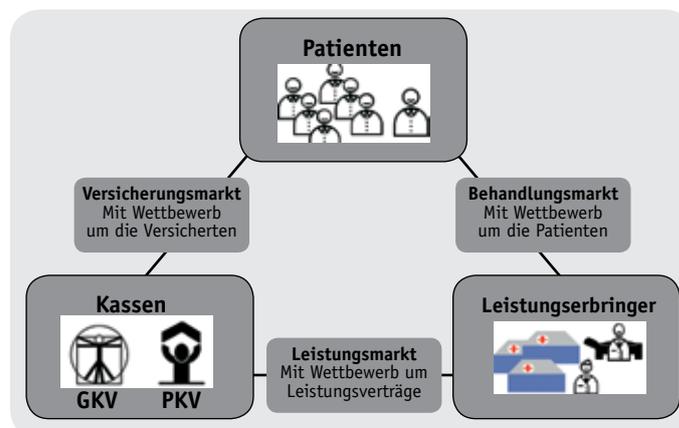


Abb.1: Vertragsebenen, Quelle: in Anlehnung an Cassel/Jacobs 2006: 283

Zwangsorganisationen anordnete (vgl. Oberender/Zerth 2005: 4). Ab diesem Zeitpunkt fanden Preisverhandlungen auf Verbandsebene und nicht mehr unmittelbar zwischen Krankenkassen und Ärzten statt. Zeitgleich wurde die Kontrollfunktion aus dem Versorgungsvertrag auf die Organisation der KV übertragen, Verträge konnten seitdem nur noch mit dem Ärztekollektiv geschlossen werden. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung kann damit als die Folge des korporatistischen Vertragssystems und nicht als ursprüngliche Legitimation betrachtet werden.

Die Bedeutung der Sicherstellungsfunktion im Gesundheitswesen wird auch durch die amtierende Bundesregierung erkannt. Bereits im Koalitionsvertrag wurde festgehalten, dass die Sicherstellung ein „zentrales gesundheitspolitisches Anliegen ist (...)“, das „(...) im Hinblick auf die demographische und gesellschaftliche Entwicklung an Bedeutung gewinnt.“ (CDU/CSU/FDP 2009: 80). Aussagen darüber, in welcher Form die Sicherstellung gewährleistet werden soll und welche Rolle dabei dem Vertragswettbewerb zukommt, werden jedoch nicht direkt getroffen.

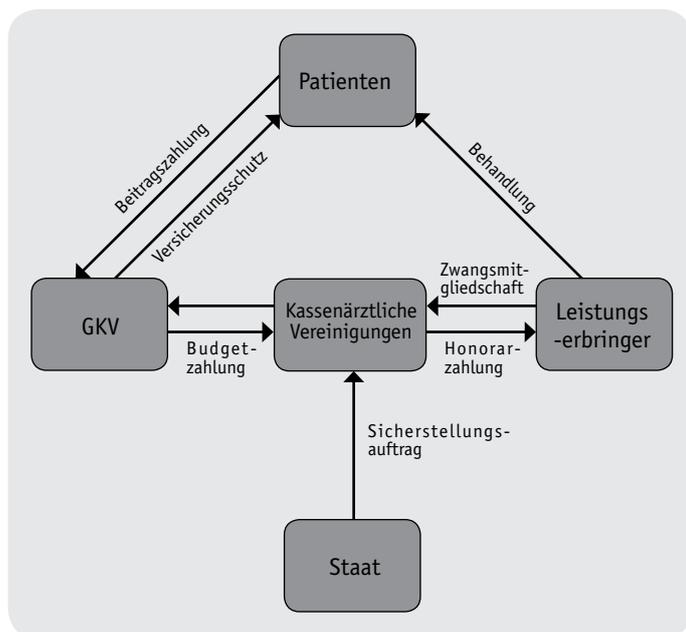


Abb. 2: Struktur in der ambulanten Versorgung, Quelle: in Anlehnung an Schulenburg 2005: 82

Vertragswettbewerb und Direktverträge im aktuellen System

Direktverträge zwischen Krankenkassen und Ärzten finden im derzeitigen System nur begrenzt Anwendung. Ab 2009 wurde die Vergütungs- und Honorierungssystematik der ärztlichen Leistung weiter zentralisiert. Der Punktwert wird als Orientierungswert bundeseinheitlich zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband verhandelt und festgelegt (§ 87 Abs. 2e SGB V). „Die Gesamtvertragspartner auf Landesebene wurden zum Abschluss von gemeinsamen und einheitlichen Honorarverträgen verpflichtet“ (Graf 2009: 36). Direktverträge, als vertragliche Vereinbarungen zwischen Kostenträgern und einzelnen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern zugunsten eines abgegrenzten Versicherten- und Patientenkreises, wurden durch den Gesetzgeber in der Vergangenheit zunehmend ermöglicht. Dennoch spielen Modellvorhaben (§§ 63–65 SGB V), Strukturverträge (§ 73a SGB V), die Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V), besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V, DMPs (§ 137f SGB V) sowie Verträge über integrierte Versorgung (§§140a ff. SGB V) bisher eine untergeordnete Rolle.

So waren z. B. 2008 6.047 IV-Verträge bei der Gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V gemeldet. Das Ausgabevolumen dieser Verträge wurde für 2008 auf 811 Mio. Euro geschätzt, während die Ausgaben der GKV für den Bereich Arztpraxen bei 27.739 Mio. Euro lag (Grothaus 2009: 8, Statistisches Bundesamt 2010: 43). Der Anteil des Ausgabevolumens für IV-Verträge beträgt damit weniger als 3 % des Gesamtausgabevolumens für Arztpraxen.

Grundsätze eines wettbewerblichen Gesundheitssystems

Der Kern eines liberalisierten Gesundheitssystems besteht zunächst in der grundsätzlichen Vertrags- und Kooperationsfreiheit zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern (Obernder/Zerth 2007: 398).

Die oben skizzierte korporatistische Struktur ist daher aus marktwirtschaftlicher und ordnungspolitischer Sicht abzulehnen. Die korporative

Verhandlungslösung stellt de facto ein bilaterales Monopol dar, da sich sowohl auf der Angebotsseite (KVen), als auch auf der Nachfrageseite (Krankenkassen „gemeinsam und einheitlich“) nur jeweils eine Verhandlungspartei gegenüber steht. Es liegt ein strategisches Spiel zwischen beiden Verhandlungsparteien vor, das neben hohen Zeit- und Transaktionskosten vor allem zu wenig flexibel auf Veränderungen der Versorgungssituation reagieren kann. Wettbewerb, mit dem Anreiz bessere Lösungen als der Mitwettbewerber anzubieten, aber auch eine dafür nötige Vertrags- und Kooperationsfreiheit, sowohl auf Seiten der Ärzte, als auch auf Seiten der Krankenkassen, werden nicht zugelassen. Gerade diese Freiheiten müssen in einem wettbewerblich orientierten Gesundheitssystem etabliert werden.

Um in einem System mit Vertragswettbewerb und Direktverträgen (regionale) Marktmacht zu vermeiden, muss zwangsläufig auch das allgemeine Wettbewerbsrecht (Kartellrecht) Anwendung finden. Das Problem der Ärzte, das zur Gründung der KVen führte, lag in der fehlenden wettbewerblichen Kontrolle der Nachfragemacht der Krankenkassen. Das Problem der Machtasymmetrie ist bei konsequenter Anwendung des Kartellrechts nur von geringer Bedeutung (vgl. Oberender/Fibelkorn 1997: 66). Flankierend müssen jedoch zum Schutz der Patienten und der ökonomisch Schwachen weitere grundsätzliche Regelungen gelten: eine Versicherungspflicht für alle Bürger sowie ein Kontrahierungszwang der Krankenkassen, d. h. ein Verbot für Krankenkassen, bestimmte Versicherte („schlechte Risiken“) abzulehnen. Der Gesetzgeber muss einen Regelleistungskatalog definieren, der solidarisch finanziert wird. Zum Schutz ökonomisch Schwacher, die die Versicherungsprämien, die risikoäquivalent und im Kapitaldeckungsverfahren, d. h. die Prämien müssen auch die zu erwartenden Ausgaben decken, erhoben werden, muss der Staat Transferleistungen (Versicherungsgeld) zur Verfügung stellen.

Auswirkungen von Direktverträgen - Direktverträge und Sicherstellung

Basierend auf der Referenzbasis des oben dargestellten wettbewerblichen Gesundheitssystems ist mehr Vertragswettbewerb in der ambulanten Versorgung zu fordern und einzuführen. Grundsätzlich müssen sowohl die Ärzte, als auch die Krankenkassen das Recht haben, mit der jeweils anderen Partei Verhandlungen zu führen und individuelle Verträge abzuschließen. Selbstverständlich müssen dabei, im Rahmen der kartellrechtlichen und wettbewerblichen Regelungen, Kooperationen und Zusammenschlüsse einzelner Ärzte als auch Krankenkassen möglich sein.

Die bisherige Honorierungsfunktion der KVen, der KBV und des GKV-Spitzenverbandes Bund, wird durch die individuelle Verhandlung von Preisen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen ersetzt. Damit kann der Preis seine Informations- und Steuerungsfunktion übernehmen und Anreize für das Verhalten von Anbietern und Nachfragern setzen (vgl. Oberender/Fleischmann 2002: 49). Im Rahmen der Sicherstellung bedeutet dies, dass keine Bedarfsplanung im herkömmlichen Sinne mehr stattfindet und grundsätzlich Niederlassungsfreiheit der Ärzte besteht. Wo bereits ein Überangebot an Ärzten existiert, wird eine Niederlassung nur dann Sinn machen, wenn der Arzt seine Leistungen qualitativ hochwertiger oder aber preisgünstiger anbieten kann. Der Ort der Niederlassung wird damit eine individuelle unternehmerische Entscheidung des Arztes.

Bei freier Marktallokation hat das jedoch zur Konsequenz, dass die Mengen- und Kapazitätsplanung über den Vertragswettbewerb und Direktverträge erfolgt und damit regionale Unterschiede die Folge sein werden. Die Sicherstellungsaufgabe liegt dann grundsätzlich bei den Vertragspartnern (Ärzten und Krankenkassen).

Kern der ordnungspolitischen Auseinandersetzung mit der Sicherstellung ist die Frage, wie eine institutionelle und organisatorische Lösung aussehen muss, wenn infolge zu geringer Nachfrage eine Kapazitätsvorkhaltung ärztlicher Leistungen nicht (ausreichend) erfolgt. Bei der Frage der flächendeckenden Versorgung handelt es sich um eine normative Festlegung, die die Verfügbarkeit, die Erreichbarkeit und ggf. auch die Qualität der Leistung vorschreibt.

In einem ersten Schritt kann dieses Ziel dadurch erreicht werden, dass eine Ablehnung der Behandlung im Notfall unabhängig von geschlossenen Verträgen prinzipiell verboten und damit ausgeschlossen wird. Dennoch müssen das Ausmaß des Zugangs und der Umfang der Finanzierung geregelt werden. Durch den Staat sind, in öffentlicher Diskussion, die gewünschte Verfügbarkeit und weitere normative Festsetzungen zu treffen. Werden diese Grenzen in einer Region unterschritten, ist ein öffentliches Ausschreibungsverfahren zu initiieren, an dem die infrage kommenden Akteure teilnehmen können. Weitere Details der Sicherstellung, wie die konkrete Ausgestaltung zur Erreichung der vorgeschriebenen Mindestreichbarkeit oder Mindesthilfsfristen sowie Preise und Finanzierung, bleiben dabei im Rahmen des Vertragswettbewerbs den Akteuren überlassen. Nach Ablauf einer bestimmten Frist wird die Prüfung der Unterversorgung wiederholt und ggf. ein neues Ausschreibungsverfahren begonnen. Durch diese Vorgehensweise besteht die Möglichkeit einer Sicherstellung unter Abschaffung von Kollektivverträgen.

Direktverträge und Qualität

Vertragsinhalt von Direktverträgen sind neben dem Preis auch Art und Umfang sowie Qualität der Leistung. Die Krankenkassen haben damit auch die Möglichkeit, Leistungserbringer, die nicht die gewünschte Qualität erbringen, auszuschließen, so dass diese Leistungserbringer keine Versicherten zu Lasten der Krankenkasse mehr behandeln dürfen. Um als Vertragspartner der Krankenkassen berücksichtigt zu werden, besteht seitens der Leistungserbringer der Anreiz, eine höhere Prozess- und Ergebnisqualität anzustreben. Da Direktverträge auch auf die Versicherten eine Auswirkung in der Hinsicht haben, indem nämlich die freie Arztwahl eingeschränkt ist, wird der Aktionsparameter Qualität an Gewicht gewinnen. Eine Einschränkung der Arztwahl wird dazu führen, dass zum Einen die Krankenkassen mit attraktiven und qualitativ hochwertigen Direktverträgen um die Versicherten konkurrieren. Zum Anderen wird auch der Versicherte für die Einschränkung seiner Wahlfreiheit eine entsprechende Erwartungshaltung an die Leistungsfähigkeit des

Angebotes formulieren. Dies wird zu einer deutlich stärkeren Qualitätsorientierung als bisher führen.

Direktverträge und Auswirkung auf die KVen

Werden die Auswirkungen von Direktverträgen auf die KVen zusammengefasst, so ist festzustellen, dass die bisherigen Hauptaufgaben (Vergütungs- und Sicherstellungsfunktion) der KVen mit einer konsequenten Einführung und Umsetzung von Direktverträgen wegfallen. Auch die Bedarfsplanung, die bisher von den KVen vorgenommen wurde, erfolgt zukünftig dezentral und würde somit auch aus dem Aufgabenspektrum der KVen fallen.

In einer ersten Analyse kann damit die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die KVen in einem System mit durchgehenden Direktverträgen obsolet sind. Diese Aussage greift jedoch zu kurz. Es ist davon auszugehen, dass die KVen in einem derartigen System weiter existieren werden, jedoch eine andere Rolle als bisher übernehmen müssen. In den 80 Jahren ihrer Existenz konnten sich die KVen eine sonst nicht vergleichbare Kompetenz im ambulanten Sektor erwerben. Dieses Wissen können die KVen im Rahmen eines Systems mit Direktverträgen einbringen. Als Dienstleister und Berater ist eine Neudefinition der Aufgabe der KVen erforderlich. Erste Schritte in dieser Richtung wurden bereits mit der Gründung von „KV-Consults“ (z. B. KVWL Consult im Jahr 2003 oder KVNordrhein Consult 2004, in Bayern wird dies von der Tochter „Gedikom“ der KVB wahrgenommen) unternommen. Auch als Unternehmen, die die Qualität der medizinischen Leistung durch die Vergabe von Zertifikaten erkennbar machen, können sich die KVen zukünftig positionieren.

Vertragswettbewerb und Direktverträge: Mehr Chancen als Risiken!

Das skizzierte wettbewerbliche Modell zur Erfüllung der Sicherstellungsaufgabe mittels Vertragswettbewerb und Direktverträgen impliziert auch Modifikationen und Anpassungen im Rahmen der stationären Gesundheitsversorgung und der Krankenhausplanung. Die Aufgabe der Sicherstellung muss sektorenübergreifend betrachtet und damit auch die Versorgung mit stationären Gesundheitsleistungen in das Modell mit einbezogen werden.

Die Einführung eines umfassenden Vertragswettbewerbs birgt vor allem für Leistungserbringer Risiken, die bisher auf Grund des be-

Literatur

- Cassel, D./Jacobs, K. (2006): Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung. In: Wirtschaftsdienst 5/2006, S. 283-288.
- CDU/CSU/FDP (2009): Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP.
- Graf, J. (2009): Vertragswettbewerb braucht faire Bereinigungsregeln. In: Monitor Versorgungsforschung 2009, 06/09: 36-38.
- Grothaus, F.-J. (2009): Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004–2008. In: <http://www.bqs-register140d.de/dokumente/Bericht-140d-Aktualisierung.pdf> (abgerufen am 21.04.2010).
- Hajen, L./Paetow, H./Schumacher, H. (2000): Gesundheitsökonomie. Stuttgart/Berlin/Köln: W. Kolhammer.
- Herder-Dorneich, P. (1994): Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens: Problemgeschichte, Problembereich, Theoretische Grundlagen. Baden-Baden: Nomos.
- Luedtke, C. (2007): Ist die Kassenärztliche Vereinigung obsolet? Eine wettbewerbliche Analyse der Auswirkungen von Direktverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern. In: Friedrich, M./Schulenburg, J. (Hrsg.): 104-126.
- Oberender, P./Fleischmann, J. (2002): Gesundheitspolitik in der sozialen Marktwirtschaft. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Oberender, P./Fibelkorn, A. (1997): Ein zukunftsfähiges deutsches Gesundheitswesen. Bayreuth: P.C.O.-Verlag.
- Oberender, P./Zerth, J. (2005): Zur Zukunft der flächendeckenden Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Gesundheitspolitische Implikationen. Bayreuth.
- Oberender, P./Zerth, J. (2007): Weshalb das Gesundheitswesen ein Kartellrecht braucht: ein Plädoyer für eine Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen. In: Ulrich, V./Ried, W. (Hrsg.) (2007): 389-410.
- Oberender, P./Hebborn, A./Zerth, J. (2006): Wachstumsmarkt Gesundheit. 2. Auflage. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Schulenburg J. (2005): Praktisches Lexikon der Gesundheitsökonomie. Starnberg: Adis International.
- Statistisches Bundesamt (2010): Gesundheit Ausgaben 1995 bis 2008. Wiesbaden.

schränkten Wettbewerbs und der Monopolstellung, trotz ungenügender Qualität oder Wirtschaftlichkeit an der Versorgung teilnehmen konnten. Derartige Akteure werden zunehmend unter Druck geraten und es wird eine Marktberingung stattfinden, wodurch die Qualität im Gesamtsystem erhöht wird.

Da die Festschreibung einheitlicher Preise (Punktwerte) immer auch Regelungen zur Qualität sowie deren Kontrolle notwendig machen, fördern Verträge, bei denen neben der Preiskomponente auch die Qualität der Leistung Vertragsgegenstand ist, die Erhöhung der Transparenz hinsichtlich der Qualität und verstärken damit den Qualitätswettbewerb.

Ein Vertragswettbewerb erhöht die Eigenverantwortung aller Teilnehmer (Ärzte, Krankenkassen und Patienten/Versicherte), aber auch die Entscheidungs- und Wahlfreiheit. Die Versicherten haben die Möglichkeit, sich ein individuelles Versicherungspaket zusammenzustellen und haben dabei eine Wahlmöglichkeit aus verschiedenen Krankenversicherungen und ggf. Versorgungsmodellen. Die Krankenkassen können die Leistungserbringer, mit denen sie eine gesundheitliche Versorgung ihrer Versicherten gewährleisten wollen, frei wählen. Auch die Ärzte sind in ihrer Entscheidung frei, mit wem sie eine Vertragsbeziehung eingehen wollen und ob sie allein oder ggf. im Verbund ihre Chance im Markt suchen.

Die KVen stehen bei vollständiger Umsetzung eines Systems mit Direktverträgen vor der größten Herausforderung. Ein Paradigmenwechsel bedeutet für die KVen eine neue Definition ihrer Aufgaben und Ziele. KVen sind dann nicht mehr die Interessenvertretung der Ärzte, die in einem korporatistischen System als Monopolist Verhandlungen führen, sondern sie müssen als aktive Unternehmen Dienstleistungen anbieten, die für ihre Kunden (niedergelassene Ärzte) einen Mehrwert bieten. Dieser Rollenwechsel bedingt die Einsicht zur Selbstveränderung und ein aktives sowie zielgerichtetes Change Management. Welche Leistungen und welche Konzepte sich durchsetzen, wird sich im Wettbewerb, auch der KVen untereinander, zeigen.

Individual contracts in the outpatient sector – impacts and the question of securing of health care services

The German health care system is in a financial crisis. On the one hand the expenditures for health services are constantly increasing due to the demographic changes and the medical progress. On the other hand the number of the contributors is decreasing. Since years politics has tried to solve this financing problem with laws in order to restrict cost in the health care system. The implementation of more competition might be a way to solve this problem.

The outpatient sector is dominated by centralized contracts. The introduction of contracts, concluded directly between the individual parties, has immediate impact on the existing structure. The securing of health care services will be in the hands of health insurances and physicians and not a duty of the "Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen)" anymore. Individual contracts strengthen quality aspects and the "KVen" have to face new challenges in a more competitive system.

Keywords

individual contracts, competition, securing of health care services

Ein System mit Direktverträgen und einem Vertragswettbewerb kennt keinen Stillstand und auch keine unangreifbaren Besitzstände. Marktpositionen, Formen der Leistungserbringung, Angebots- und Nachfragestrukturen befinden sich durch Wettbewerbsvorstöße in einem permanenten Wandel. Der Wettbewerb als Such- und Entdeckungsverfahren führt dabei zu den nötigen neuen und innovativen Lösungen. <<

Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Oberender

ist Ordinarius für Volkswirtschaftslehre der Universität Bayreuth und Direktor des Instituts für angewandte Gesundheitsökonomie sowie der Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie der Universität. Außerdem ist er Senior Partner von Oberender & Partner und Vorsitzender des Aufsichtsrats der EconoMedic AG.
peter.oberender@uni-bayreuth.de



Andreas Götz

ist Seniorberater bei der Unternehmensberatung Oberender & Partner. Er studierte an der Universität Bayreuth Gesundheitsökonomie. Nach seinem Studium absolvierte Herr Götz ein Traineeprogramm bei einer privaten Klinikette und war anschließend in Leitungsfunktion für Kliniken in privater Trägerschaft tätig.
andreas.goetz@oberender-online.de



Prof. Dr. Dr. Alexander Ehlers
Dr. Horst Bitter

Wandel in der Versorgung durch Direktverträge in Zusammenschau mit der Verflechtung von Leistungssektoren

Die Versorgungsforschung beschäftigt sich mit der Kranken- und Gesundheitsversorgung. Die Krankenversorgung wiederum kann definiert werden als die Diagnostik, Behandlung, Betreuung, Pflege bzw. Nachsorge eines erkrankten Menschen durch medizinisches und nicht-medizinisches Personal im Rahmen eines rechtlich bzw. gesellschaftlich anerkannten Gesundheitssystems mit dessen Institutionen. Wenn die Frage nach einer Versorgung im Raum steht, schließt sich für den Juristen die Überprüfung an, welche Ansprüche die kranken Menschen haben, was die Versorgung inhaltlich umfasst und wie sie gestaltet ist.

>> Insoweit gibt das in § 12 Absatz 1 SGB V geregelte Wirtschaftlichkeitsgebot einen Anhaltspunkt. Dort heißt es: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“ Diese Norm verdeutlicht, dass die Kranken- und Gesundheitsversorgung bzw. das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zumindest auch vom Anspruch der Versicherten bzw. der zu erbringenden Leistung ausgehend definiert wird. Dabei wirkt § 12 Absatz 1 Satz 1 SGB V als Grundnorm des Leistungsrechts nicht nur anspruchsbegründend, sondern auch anspruchsbegrenzend (vgl. Engelhard, in: Juris Praxiskommentar, SGB V, § 12 Rdn. 14 und 18). Wenn von Ansprüchen die Rede ist, muss auch über Kosten gesprochen werden. Angesichts der regelmäßig aufgezeigten demographischen Entwicklung der Bevölkerung und dem kostenintensiven medizinischen Fortschritt ist die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung eine der gegenwärtig bedeutsamen zu lösenden Aufgaben. „Naturgemäß“ gibt es finanzielle Grenzen und im Rahmen von § 12 Absatz 1 SGB V ist aus juristischer Sicht festzustellen, dass es verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden ist, wenn die gesetzlichen Krankenversicherungen den Versicherten Leistungen nach Maßgabe eines allgemeinen Leistungskatalogs unter Einhaltung des dort normierten Wirtschaftlichkeitsgebots anbieten (vgl. Engelhard, a.a.O., § 12 Rdn. 24 m. w. N.).

Andererseits ist die Gesundheit ein grundlegendes Rechtsgut, das allen Menschen erhalten werden soll und dementsprechend Priorität genießt. Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP für die 17. Legislaturperiode heißt es: „Wir wollen, dass auch in Zukunft alle Menschen in Deutschland unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft und gesundheitlichem Risiko weiterhin die notwendige medizinische Versorgung qualitativ hochwertig und wohnortnah erhalten und alle am medi-

Abstract

Die Kranken- und Gesundheitsversorgung ist und wird im zunehmenden Maße durch Direktverträge geprägt werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Leistungserbringer Direktverträge mit den ihnen zur Verfügung gestellten weiteren Instrumentarien nutzen, um die Sektorengrenze zu überwinden. Aus Sicht der Patienten mag es ein großer Vorteil sein, dass ein- und dieselben Ärzte die vor- und nachstationäre Behandlung sowie die stationäre Behandlung selbst durchführen. Auch für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen können sich qualitative Verbesserungen und die Erschließung von Effizienzreserven ergeben. Damit erscheint der Ansatz, im Wege des Wettbewerbs und der Durchbrechung althergebrachter Strukturen das System der gesetzlichen Krankenversicherung zu verbessern sowie finanziell zu konsolidieren, erfolgversprechend.

Keywords

Direktverträge, Verflechtung von Leistungssektoren, Strukturwandel.

zischen Fortschritt teilhaben können“ (Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, 17. Legislaturperiode, Ziffer 9.1, Seite 85). Um die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens zu gewährleisten bzw. die „Unterfinanzierung“ auszugleichen, kann aus ökonomischer Sicht beispielsweise an die Anhebung des Beitragssatzes, die Erhebung von Zuzahlungen und/oder die Erhöhung des steuerfinanzierten Zuschusses gedacht werden; auch werden „Priorisierung und Rationierung als Methoden zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung“ diskutiert (vgl. Beske, Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln, Seite 5, 15 ff).

Ein weiterer Ansatz, eine qualitativ hochwertige, dem medizinischen Standard entsprechende Versorgung in einem adäquaten finanziellen Rahmen zu gewährleisten, ist es, Effizienzreserven durch organisatorische strukturelle Veränderungen herbeizuführen. Auch diesen Weg beschreitet der Gesetzgeber seit vielen Jahren, beispielsweise durch die an dieser Stelle zu diskutierenden Direktverträge. Diese haben selbstverständlich einen maßgeblichen – rechtlich wie tatsächlich – Einfluss auf die Versorgungssituation. Direktverträge stehen – unbeschadet der parallelen Existenz beider Ansätze – einer kollektivvertraglichen Versorgung nahezu diametral entgegen und sind geeignet, einen Strukturwandel im Gesundheitswesen bzw. der Gesundheitsversorgung herbeizuführen. Die Frage, ob auf diese Art und Weise de facto Kosten eingespart werden, muss an dieser Stelle ebenso dahinstehen. Ein wettbewerblicher Ansatz, wie er mit Direktverträgen verfolgt werden kann, wenn sie nicht allen Leistungserbringern offen stehen, scheint aber grundsätzlich geeignet, Effizienz, Qualität und Kostensenkung der Versorgung zu steigern. Direktverträge sind aber nur eines der beiden besonders wichtigen vom Gesetzgeber vorgehaltenen organisatorischen Elemente, die die Krankenversorgung nachhaltig bzw. strukturell verändern können. Das weitere Element ist die vom Gesetzgeber ebenfalls seit vielen Jahren vorangetriebene Verflechtung der Leistungssektoren bzw. die „Aufweichung“ der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Diese Aufhebung der Sektorengrenze in Zusammenschau mit der Einführung von Direktverträgen soll nachfolgend näher beleuchtet werden. Es zeigt sich, dass aus der Kombination von Direktverträgen und der Verflechtung der Leistungssektoren das System der gesetzlichen Krankenversicherung strukturell verändert werden kann mit nachhaltigem Einfluss auf die Versorgungsstruktur.

Die Versorgung der in der gesetzlichen Krankenversicherung befindlichen Versicherten erfolgt nach wie vor hauptsächlich im Rahmen der kollektivvertraglich geregelten Versorgung. Parallel hat der Gesetzgeber im Rahmen mehrerer Reformvorhaben das auf Wettbewerb ausgerichtete System der Direktverträge eingeführt. Beide im Ansatz und Ausgangspunkt recht unterschiedlichen Konzepte werden parallel „gelebt“, so dass von einem dualen System gesprochen werden kann (vgl. Ehlers/Bitter, Rechtliche Rahmenbedingungen für Direktverträge, Seite 211).

Kollektivvertragliche Versorgung

Am historischen Anfang der gesetzlichen Krankenversicherung war der Einzelvertrag der Regelfall. Seinerzeit waren die Ärzte auf Vertragsabschlüsse angewiesen, die wirtschaftliche und berufliche Abhängigkeit der Ärzte von den Krankenkassen war immens. Ab dem Jahre 1932 schrieb der Gesetzgeber Kollektivverträge zwingend vor. Das Einzelvertragssystem wurde durch das uns heute noch bekannte Kollektivvertragssystem mit Errichtung von Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertragspartnern der Krankenkassen abgelöst. Die Berechtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung war seither von einer Zulassung abhängig. Gegenwärtig ist die ambulante vertragsärztliche Versorgung (noch) durch Kollektivverträge geprägt. Klassisches Merkmal des Kollektivvertragssystems in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist die „Vierecksbeziehung“. Diese lässt sich vereinfacht grafisch wie folgt darstellen (Abb. 1).

Diese „Vierecksbeziehung“ besteht aus den beteiligten Vertragsärzten, Kassenärztlichen Vereinigungen, denen der Sicherstellungsauftrag obliegt, den Krankenkassen und den Versicherten. Die Krankenkassen haben gegenüber den Vertragsärzten keinen Anspruch auf Leistung. Umgekehrt haben die Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen keinen Honoraranspruch. Diesen haben sie vielmehr gegenüber den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen, bei denen eine Pflichtmitgliedschaft besteht. Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen wiederum sind durch Kollektivverträge gebunden. Im Rahmen der Direktverträge stellen sich die Leistungsbeziehungen naturgemäß anders dar.

Direktverträge

Im Zuge eines vom Gesetzgeber sukzessive angestrebten Systemwandels in der Gesundheitsversorgung hat dieser das Recht der Direktverträge im Rahmen einer Stufengesetzgebung zunehmen perfektioniert. An dieser Stelle sei nur auf das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003, das Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG) zum 01.01.2007 und an das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) zum 01.04.2007 erinnert. Als Beispiele von Direktverträgen seien die integrierte Versorgung, §§ 140 a ff. SGB V, freiwillige Rabattverträge gemäß § 130 a Abs. 8 SGB V, die Hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73 b SGB V und die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b Abs. 1 SGB V erwähnt. Die Intention des Gesetzgebers geht unter anderem hin zu einer Einführung und Intensivierung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung.

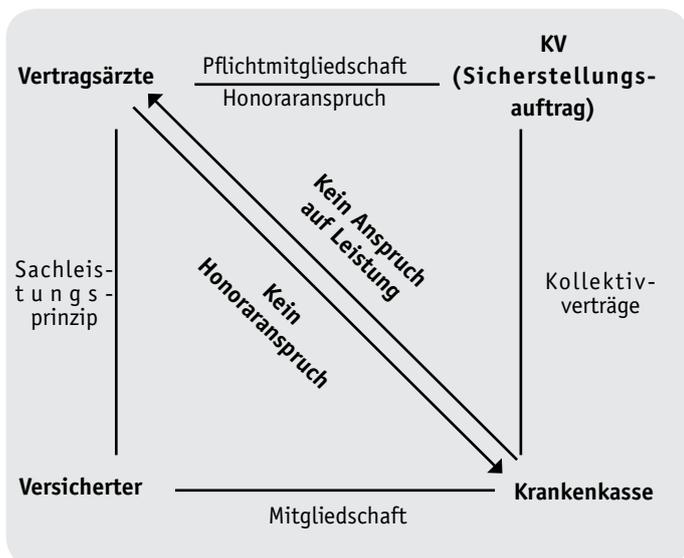


Abb. 1: Vierecksbeziehung

Bei einem Direktvertrag können sich die Rechtsbeziehungen auf drei Beteiligte reduzieren, was sich grafisch vereinfacht wie folgt darstellt (Abb. 2).

Bei diesem zugegebenermaßen vereinfachten Modell entfällt die Zwischenschaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen. Der Sicherstellungsauftrag geht auf die Krankenkassen über. Es liegt aber auf der Hand und findet sowohl im SGB V als auch in der Praxis seinen Niederschlag, dass die Krankenkassen zumindest nicht nur mit „einzelnen, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten“, sondern auch „deren Gemeinschaften“ sowie sonstigen „größeren Einheiten“ – wie beispielsweise Managementgesellschaften – Verträge abschließen können (vgl. nur § 140b Abs. 1 SGB V). Das auch historisch begründete Erfordernis der

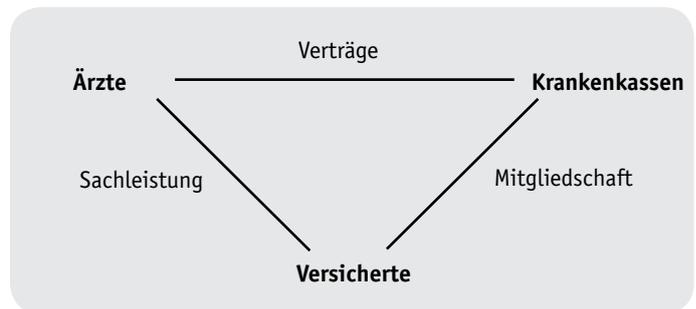


Abb. 2: Dreiecksbeziehung

Bündelung des Angebots der Versorgungsleistungen steht praktisch wie rechtlich außer Frage und mag für die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Form von Dienstleistungsgesellschaften auch eine Funktion in einem zukünftig möglicherweise ausschließlich vertraglich geregelten System gewährleisten. Im Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist für die Teilnahme an Direktverträgen die vertragsärztliche Zulassung nach § 95 SGB V erforderlich. Im Bereich der Hilfsmittel hat der Gesetzgeber (bereits) auf das Erfordernis der Zulassung verzichtet und diese durch die Notwendigkeit des Abschlusses von Versorgungsverträgen ersetzt (§§ 126 ff. SGB V).

Verflechtung der Sektoren

Das zweite wesentliche Element, mit dem der Gesetzgeber in Deutschland beabsichtigt, einen Strukturwandel herbeizuführen, ist die Erhöhung der Transparenz zwischen den Sektoren stationärer und ambulanter Behandlung. Dies wird die Krankenversorgung nachhaltig verändern, da Patienten von denselben Ärzten sowohl ambulant wie stationär behandelt werden können. Der Gesetzgeber erhofft sich durch die Nutzung der personellen wie sachlichen Ressourcen der stationären Institutionen eine verbesserte qualitative und ggf. auch kostengünstigere Versorgung der gesetzlich Versicherten. Drei Rechtsinstitute sollen nachfolgend beschrieben werden, die deutlich werden lassen, dass sich die Krankenversorgung durch den geplanten Strukturwandel des Gesetzgebers gerade aus Sicht des Patienten nachhaltig für diesen verändern kann, wenn „am Markt“ unbeschadet des dualen Systems die Gesetzesvorhaben Realität werden.

Ambulantes Operieren im Krankenhaus § 115b SGB V

Gemäß § 115b SGB V besteht die Option, zugunsten von zugelassenen Krankenhäusern im Wege eines Vertrages diesen den Leistungsbereich der ambulanten Operationen und sonstigen stationärsersetzenden Eingriffe zu ermöglichen. Es handelt sich um einen Normvertrag gemäß § 115b Abs. 1 SGB V der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene, der neben der Eingriffkatalogisierung eine einheitliche Vergütung und Maßnahmen zur Sicherung der Qualität umfassen soll. Vertragspartner der dreiseitigen Ver-

einbarung sind der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Berufsverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Wesentliche Vereinbarung ist der AOP-Vertrag (ambulantes Operieren im Krankenhaus) einschließlich des AOP-Kataloges und der Qualitätssicherungsvereinbarung.

Ambulante Behandlung im Krankenhaus § 116b SGB V

Neben der in § 115b SGB V geregelten Möglichkeit ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe eröffnet § 116b SGB V die Durchführung ambulanter Behandlungen im Krankenhaus. Dabei sind im Rahmen von § 116b SGB V zwei unterschiedliche Varianten zu unterscheiden.

§ 116b Abs. 1 SGB V: Kombination mit DMP

Nach § 116b Abs. 1 SGB V können Krankenkassen oder ihre Landesverbände mit zugelassenen Krankenhäusern, die an der Durchführung von Disease-Management-Programmen nach § 137 g SGB V teilnehmen, Verträge über die ambulante ärztliche Versorgung schließen. Voraussetzung ist aber, dass in den Verträgen zu den Disease-Management-Programmen entsprechende Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung gestellt werden. Bei Kombination der Institute Direktvertrag und Aufhebung der Sektorengrenzen wird eine neue Versorgungssituation geschaffen. Vertragliche Strukturen und die Einbeziehung von Krankenhäusern in die ambulante ärztliche Versorgung bilden eine innere Einheit bei der vom Gesetzgeber letztlich angestrebten Modernisierung. Der Rückgriff auf Verträge ermöglicht den Übergang zu Wettbewerb, z. B. mit Einkaufsmodellen, Case-Management und flexiblen Versorgungsformen. Das System der nachrangigen Teilnahme von Krankenhäusern an der ambulanten Versorgung – zuvor vor allem im Wege der Ermächtigung – wird umgestaltet. Aufgrund der Anbindung an Disease-Management-Programme ist an dieser Stelle gewährleistet, dass die ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus nicht zum Regelfall wird.

§ 116b Abs. 2 SGB V: Spezifischer Katalog zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus

Letzteres gilt auch im Bereich der in § 116b Abs. 2 SGB V geregelten Fallkonstellation. Danach kann ein zugelassenes Krankenhaus zur ambulanten Behandlung katalogartig erfasster hochspezialisierter Leistungen, seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, bestimmt werden, wenn es einen entsprechenden Antrag stellt. Der Katalog zur ambulanten Behandlung ist in § 116b Abs. 3 SGB V geregelt und kann durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ergänzt werden, § 116b Abs. 4 SGB V. Die in § 116b Abs. 2 SGB V geregelte Alternative scheint aus dem vorliegenden Zusammenhang herauszufallen, da es sich ja eben nicht um einen Direktvertrag handelt. Interessant ist aber, dass ursprünglich auch im Bereich von § 116b Abs. 2 SGB V vorgesehen war, dass Krankenkassen mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge über die ambulante Erbringung katalogartig erfasster hochspezialisierter Leistungen abschließen. Nachdem die Krankenkassen aber von der Möglichkeit zum Vertragsabschluss in dieser Konstellation keinen Gebrauch gemacht haben, hat der Gesetzgeber mit dem GSK-WSG eine Änderung dahingehend vorgenommen, dass nunmehr auf entsprechenden Antrag des Krankenhausträgers die Landesbehörde ein zugelassenes Krankenhaus zur ambulanten Behandlung „bestimmen“ kann. Über die Gründe bzw. Motive, die seinerzeit nicht zu freiwilligen Vertragsabschlüssen geführt haben, soll an dieser Stelle nicht spekuliert werden. In jedem Fall wird deutlich, dass die Einführung eines „Direktvertragssystems“ mit Aufhebung der Sektorengrenze durchaus auf Schwierigkeiten treffen kann.

Integrierte Versorgung, MVZ, Teilzulassung, Vertragsarzt auch Krankenhausarzt

Unbeschadet der vorstehenden Regelungen hat der Gesetzgeber zu-

Literatur

- Bäune, S./Meschke, A./Rothfuß, S., Kommentar zur Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte (Ärzte-ZV, Zahnärzte-ZV), Berlin/Heidelberg 2008.
- Beske, F., Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln – Situationsanalyse, Internationaler Vergleich, Handlungsoptionen –, Kiel 2010.
- Ehlers, A. P. F./Bitter, H. Rechtliche Rahmenbedingungen für Direktverträge, in: Ecker, T., Preuß K.-J., Roski, R., Handbuch Direktverträge, nachhaltigen Vertragsstrategien im Gesundheitswesen, Seite 211 ff.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Medizinische Versorgungszentren, Ein Leitfadens für Gründer, 2. Auflage, Köln 2010.
- Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, 17. Legislaturperiode.
- Schlegel, R./Voelzke, T./Engelmann K., Juris Praxiskommentar, SGB V, Sozialgesetzbuch, 5. Buch, Gesetzliche Krankenversicherung, Saarbrücken 2008.

gelassenen Krankenhäusern weitergehende Möglichkeiten eröffnet, durch die Kombination von integrierter Versorgung, der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren und der Beschäftigung von ein und denselben Ärzten sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich, die Sektorengrenze altbekannter Art aufzuheben. Die einzelnen Elemente dieser Option und deren Kombination stellt sich wie folgt dar:

Integrierte Versorgung

Das Rechtsinstitut der integrierten Versorgung ist geregelt in den §§ 140a ff. SGB V. Das Gesetz enthält in § 140a Abs. SGB V keine ausführliche Beschreibung der integrierten Versorgung. Es beschreibt den Kern der integrierten Versorgung, demzufolge Krankenkassen mit abschließend in § 140b SGB V aufgezählten Vertragspartnern „Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine indisziplinär-fachübergreifende Versorgung“ abschließen können. Krankenhäuser bzw. deren Träger sind potenzielle Vertragspartner der integrierten Versorgung, § 140b Abs. 1 Ziff. 2 SGB V.

Medizinisches Versorgungszentrum

Die gesetzliche Definition des Medizinischen Versorgungszentrums lautet gemäß § 95 Abs. 1 S. 2, 3 SGB V: „Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 S. 3 eingetragen sind, als angestellte oder Vertragsärzte tätig sind.“ Medizinische Versorgungszentren nehmen an der ärztlichen Versorgung teil, § 95 Abs. 1 S. 1 SGB V. Im vorliegenden Zusammenhang ist von Interesse, dass unter anderem Krankenhäuser zu den gründungsberechtigten Leistungserbringern zählen. Nach einer Veröffentlichung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Jahre 2010 wurden bis dato insgesamt 1.206 Medizinische Versorgungszentren gegründet, 451 von Krankenhäusern (KBV, Medizinische Versorgungszentren, Seite 2). Die Motivation aus Krankenhaussicht, ein Medizinisches Versorgungszentrum zu gründen, ist erheblich. Zum einen steigt der Wettbewerbsdruck auf dem stationären Sektor u. a. im Zusammenhang mit der DRG-Einführung sowie steigenden Personalkosten. Die nachfolgend noch beschriebene Möglichkeit der gleichzeitigen Tätigkeit von angestellten Ärzten im Krankenhaus und im MVZ ermöglicht zudem die Eröffnung neuer Geschäftsfelder. Letztlich verbessern sie auch ihre Wettbewerbssituation im Vergleich zu anderen Wettbewerbern im stationären Sektor.

Teilzulassung, Vertragsarzt als Krankenhausarzt

Die Institute „integrierte Versorgung“ und „Medizinisches Versorgungszentrum“ sind in Zusammenschau mit zwei wesentlichen Änderungen der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) aufgrund des VÄnG zu sehen. Nicht zuletzt aufgrund zweier maßgeblicher Änderungen der Ärzte-ZV ist den Krankenhäusern die Möglichkeit eröffnet worden, über die integrierte Versorgung mittels MVZ in den ambulanten Sektor vorzudringen, ohne dass wirklich einschränkende Kriterien, wie sie in den §§ 115b, 116b SGB V geregelt sind, ausgemacht werden können. Es handelt sich zum einen um die Erlaubnis, dass Vertragsärzte auch als angestellte Krankenhausärzte arbeiten können (§ 20 Abs. 2 S. 2 Ärzte-ZV), zum anderen um die Möglichkeit, dass Vertragsärzte berechtigt sind, ihre Versorgungsaufträge auf die Hälfte des Versorgungsauftrages zu beschränken (§ 19 a Ärzte-ZV).

Es war ein vom Bundessozialgericht begründeter Grundsatz, dass sich die gleichzeitige Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Krankenhausarzt aufgrund der Gefahr einer Interessenkollision ausschließen. Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 05.11.1997, Az. 6 RKa 52/97 (abgedruckt in NJW 1998, S. 3442 f.), ausgeführt, dass sich Patienten bzw. Versicherte nach Beendigung der stationären Behandlung „genötigt“ sehen könnten, die sich anschließende ambulante Behandlung bei ihren konkret behandelnden und gleichzeitig zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Krankenhausärzten fortzusetzen. Auch sei die Gefahr auszumachen, dass Ärzte aus nicht sachgerechten Gründen Behandlungsschritte vom stationären in den ambulanten Sektor und umgekehrt verlagerten. Diese Rechtsprechung des Bundessozialgerichts war ein Hindernis für die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren durch Krankenhausträger, das mit dem VÄndG mit Wirkung zum 01.01.2007 beseitigt worden ist (vgl. Bäune/Meschke/Rothfuß, Kommentar zur Zulassungsverordnung, § 20 Rdn. 24 ff.). In § 20 Abs. 2 S. 2 Ärzte-ZV heißt es: „Die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist mit der Tätigkeit des Vertragsarztes vereinbar.“

Die Möglichkeit sowohl als zugelassener Vertragsarzt als auch als angestellter Krankenhausarzt tätig zu sein, wäre natürlich wertlos, wenn einem Vertragsarzt nicht genug Zeit verbliebe, um als angestellter Krankenhausarzt tätig sein zu können. Um hier ggf. Abhilfe zu schaffen, ist nunmehr in § 19 a Abs. 2 Ärzte-ZV geregelt, dass die Berechtigung des Arztes besteht, „durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte des Versorgungsauftrages nach Absatz 1 zu beschränken.“

Fazit

Die vorstehenden Ausführungen verdeutlichen, wie nachhaltig die Kranken- und Gesundheitsversorgung bei zunehmender Nutzung der vom Gesetzgeber zur Verfügung gestellten Instrumentarien der Direktverträge und der Institute, die die Aufhebung der Sektorengrenze ermöglichen, verändert werden können. Aus Sicht der Patienten kann es ein großer Vorteil sein, dass die vor- und nachstationäre Behandlung sowie die stationäre Behandlung selbst durch ein und dieselben Ärzte durchgeführt wird. Das System der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt kann darüber hinaus durch diese Institute Vorteile in den Bereichen Qualität und Erschließung von Effizienzreserven haben. Voraussetzung ist aber, dass die Möglichkeit der Direktverträge und die

Changes in the healthcare sector and the integration of the health care spectrum

The health care system is affected more and more by selective contractual agreements. This applies specifically to contractual agreements, by which the divide between in-patient and out-patient care is deregulated. From a patients view it is beneficial when the physician responsible for the treatment carries out the medical examination before and after the treatment as well. Furthermore health service providers are enabled to generate more quality and efficiency. Therefore it is promising that competition in the health care sector leads to improvement in the statutory health insurance and to more cost-effectiveness.

Keywords

Selective contractual agreement, deregulation of in-patient and out-patient care, competition leads to cost-effectiveness

Durchbrechung der Sektorengrenze in der Praxis auch erfolgt. Abzuwarten bleibt die weitere Tätigkeit des Gesetzgebers. Die Signale im Koalitionsvertrag sind vielschichtig. Dort heißt es unter Anderem: „Wir wollen, dass das allgemeine Wettbewerbsrecht als Ordnungsrahmen grundsätzlich auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung Anwendung findet ... Die Freiberuflichkeit der ärztlichen Tätigkeit ist ein tragendes Prinzip unserer Gesundheitsversorgung und sichert die Therapiefreiheit ... Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sollen nur unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen werden. Der Prozess einer besseren Verzahnung der Sektoren wird fortgesetzt. Dabei ist es unser Ziel, das bestehende Belegarztssystem beizubehalten und zu stärken. Das Verfahren, das die Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen regelt, wird kritisch überprüft und gegebenenfalls präzisiert ...“ (Koalitionsvertrag, Seite 87, 88, 89). Insoweit gilt es die nächste Gesundheitsreform abzuwarten.

Prof. Dr. Dr. Alexander P. F. Ehlers

Als Rechtsanwalt und Arzt arbeitet Prof. Dr. Dr. Ehlers auch als Honorarprofessor für Medizinrecht und Healthcare Policy an der European Business School in Oestrich-Winkel. Aus seiner Kompetenz auf dem Gebiet des Gesundheitswesens resultieren zahlreiche Tätigkeiten, die er beispielsweise als Präsident der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen und als Managing Partner der conférence bleue wahrnimmt. Prof. Dr. Dr. Ehlers ist Fachanwalt für Medizinrecht.



Dr. Horst Bitter

Senior Associate der Rechtsanwaltssozietät Ehlers, Ehlers & Partner, München. Studium der Rechtswissenschaften an der Universität Göttingen, Assistenz und Promotion Universitäten Göttingen/Halle. Mitglied Arbeitskreis Recht BVMed (Bundesverband Medizintechnologie e. V.). Anwaltliche Tätigkeit nebst Vorträgen und Veröffentlichungen im Bereich des Medizinrechts.



VERSORGUNGSFORSCHUNG TRIFFT VERSORGUNGSMANAGEMENT TRIFFT POLITIK

▶ ▶ ▶ Jahresabonnement & iPod sichern!

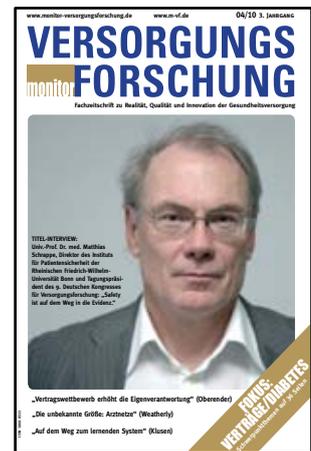


Foto © Matthieu Riegler, CC-BY, Wikimedia Commons

Lesen Sie 6 Ausgaben Monitor Versorgungsforschung für 90€.
Unter den ersten 100 Bestellern verlosen wir 10 iPod Shuffle!

www.monitor-versorgungsforschung.de/abonnement abo@m-vf.de Fax: 0228-7636801

Monitor Versorgungsforschung - ein Medium der eRelation AG - content in health - Kölnstraße 119 - 53111 Bonn - Tel. 0228 - 76 36 80 - mail@m-vf.de



Mit einem leistungsstarken Morbiditätsmanagement zum Erfolg

Die MedicalContact AG unterstützt als verlässlicher und transparent arbeitender Servicepartner Krankenkassen bei deren Versorgungsmanagement. Unsere im Rahmen der Versorgungspyramide angebotenen Morbiditätsprogramme fördern auf zielgruppenspezifischem Coachinglevel das Selbstmanagement der Versicherten und tragen dazu bei, Leistungsausgaben einzusparen.

- M3-Coachinglevel:
Fallmanagement



- M2-Coachinglevel:
Intensivberatung



- M1-Coachinglevel:
Reminding und Selbstmanagement



Wir bieten **Programme für folgende Indikationen:**

Angststörungen | Arthrose | Asthma | Burn-Out | COPD | Depression | Diabetes | Herzinsuffizienz
Herzrhythmusstörung | Hypertonie | KHK | Osteoporose | Rheuma | Rückenschmerz
Zudem bieten wir das umfassende Fallmanagement-Programm Casaplus® für multimorbide Versicherte.