

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



TITEL-INTERVIEW:

Dr. Axel Munte, scheidender
Vorstandsvorsitzender der KV
Bayerns: „Versorgungsforschung steht für die Schaffung
von Transparenz bei der ambulanten
Versorgungsqualität.“

„Effektivität und Effizienz von Case Management belegt“ (Löcherbach)

„Bessere Versorgung rechnet sich“ (Wimmer)

„Hohe Qualität bei ambulanten Operationen“ (Gács et al.)

**FOKUS:
Regionale
Versorgung**

Editorial

Fokus: Regionale Versorgung 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Titelinterview

„Die KV Bayerns ist ein Vorreiter in Deutschland“ 6

Dr. Axel Munte, scheidender Vorstandsvorsitzender der KV Bayerns, im MVF-Interview

Redaktion

Strukturierte Behandlung für bessere Versorgung 12

KVB und BVA präsentieren gemeinsam Ergebnisse zu ambulanten und DM-Programmen

Neue Daten zur kardiovaskulären Versorgung 16

Kooperation zwischen BARMER GEK und Roche Pharma

Evidenz für das Case Management 18

Die Bosch BKK stellt eine Studie zum Ansatz der „Patientenbegleitung“ vor.

Zahlen - Daten - Fakten

Regionale Arzneimittelausgaben: Die Schere geht weiter auseinander 14

Standards

Impressum 2 Rezension 19

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

WISSENSCHAFT

Dr. med. Katja Wimmer, MPH 24

Wissenschaftliche Evaluation eines selektivvertraglichen Kooperationsmodells zwischen Arztpraxis und Krankenkasse

Die Patientenbegleitung wurde seit 2005 von der Bosch BKK entwickelt. Seit 2007 ist sie Bestandteil von Verträgen nach §§ 73 und 140 SGB V mit regionalen Ärzteverbänden. Gegenstand der Verträge ist die intensive und ganzheitliche Hilfe für Patienten, die eine hohe Morbidität aufweisen sowie die Unterstützung ihrer Ärzte.

Prof. Dr. Peter Löcherbach 27

Effektivität und Effizienz von Case Management sind belegt

Der Handlungsansatz Case Management (CM) ist ein derzeit viel diskutiertes Fortschrittsprogramm im humandienstlichen Bereich. Kann der selbstgewählte Anspruch, dass der Ansatz nicht nur Effektivität sondern Effizienz verspricht und dass er auch von ganz unterschiedlichen Professionen genutzt werden kann, eingelöst werden?

Jens Naumann Dipl.-Ing. (TU) 32

Die IT-Umsetzung von Selektivverträgen

Die Selektivverträge gemäß §73b, c SGB V haben zum Ziel, die Qualität der ambulanten Versorgung zu verbessern und zugleich Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen.

Vera Gács, Hannah Komjati, Helmut Farbmacher, 35

Dr. med. Axel Neumann, Dr. med. Axel Munte, Prof. Dr. Joachim Winter Ambulante Operationen: Der Patient steht im Mittelpunkt

Ein großer Teil der am häufigsten durchgeführten vollstationären Operationen in Deutschland kann ohne Nachteile für den Patienten ambulant durchgeführt werden. Vorteile würden dabei für den Patienten, den Arzt und für die Kostenträger entstehen. Der Patient würde von einem vollständigen Behandlungsverlauf beim gleichen Arzt seines Vertrauens, von kürzeren Ausfallzeiten und von einer Genesung zu Hause profitieren.

Nadine Pohontsch, Dr. phil. Ruth Deck 40

Überwindung von „Schnittstellenproblemen“ in der medizinischen Rehabilitation

Der Wunsch nach stärkerer Verzahnung von rehabilitativen Maßnahmen mit der ambulanten Versorgung ist nicht neu. Eine politische Umsetzung einer integrierten Rehabilitation wurde durch das SGB IX in Angriff genommen. Die praktische Umsetzung hingegen verläuft schleppend bzw. gar nicht.

WISSEN

Dr. Michael Sander / Viviane Scherenberg 20

Versorgungsmanagement aus Marketing-Sicht: Beispiele für innovative Ansätze

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 (verantw. Redakt.)
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-7638280-0
Fax +49-(0)228-7638280-1
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
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
www.ereRelation.org
mail@ereRelation.org
Verlagsleitung
Peter Stegmaier
Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo
Anke Heiser (verantwortlich für
den Anzeigenteil)
heiser@m-vf.de

Marketing:
Boris Herfurth
herfurth@m-vf.de
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-7638280-0
Fax +49-(0)228-7638280-1
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: 6.343
(IVW 3. 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.

Regionale Versorgung und Qualitätsverbesserung

Titelinterview mit Dr. Axel Munte, dem scheidenden Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns:

> S. 6 ff.

Im persönlichen Gespräch wird es ganz deutlich: **Dr. Axel Munte**, der scheidende Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, hat eine Vision: Transparenz über das ambulante Versorgungsgeschehen, Qualitätssicherung und Versorgungsforschung. Für die höhere Qualität sollen die entsprechenden Ärzte dann auch höhere Honorare bekommen. In dieser Reihenfolge.

Das Versorgungsmanagement der Zukunft sei der „P4P“-Ansatz, er wirke qualitätssteigernd und kostensenkend und helfe, die Honorare gerechter zu verteilen. Dabei werde meist noch zu sehr in verschiedenen/sektoralen (Finanz-)Töpfen gedacht.

Munte setzt auf intelligente IT, die stupide Formulare und oft genug sogar noch Karteikarten ersetzt, um zum einen bessere ärztliche Versorgung in der Praxis zu erreichen und zum anderen den Schatz des ärztlichen Versorgungswissens für die weitere Entwicklung der medizinischen und Versorgungsforschung zu heben. Im Versorgungsmanagement sei Versorgungsforschung auf fast allen Stufen notwendig, vom Erkennen von Versorgungsdefiziten über die Konzeption von Versorgungsmodellen bis hin zur Erfolgsmessung.

Fokus: Regionale Versorgung

Die bayerischen Initiativen zur Qualitätsentwicklung haben Implikationen über den Freistaat hinaus. Den Blick auf andere Regionen greifen **Bensing** und **Kleinfeld** auf, indem sie die regionalen Arzneimittelausgaben in KV-Regionen vergleichen und analysieren. Die z.T. überraschenden Ergebnisse liefern Hinweise auf schlummernde Wirtschaftlichkeitspotenziale.

> S. 14 f.

Wissenschaftliche Beiträge

Wimmer und **Löcherbach** analysieren in zwei Beiträgen die Patientenbegleitung der Bosch BKK. Arztpraxis, Krankenhaus und Krankenkasse werden entlastet, und vor allem profitiert der Patient durch weniger Krankenhauseinweisungen. Es zeigt sich, dass das Case Management in diesem Fall zu besserer Versorgungsqualität und mittelfristig zu positiven Kosten-Nutzen-Effekten führt.

> S. 24 ff.

> S. 27 ff.

Naumann beschreibt die Erfahrungen mit der Implementierung der bestehenden Selektivverträge in die Praxissoftware der Ärzte: Einheitliche Spezifikationen für die Vertragssoftware sind wesentlich für die angestrebte Steigerung der Behandlungsqualität bei gleichzeitiger Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven. Und vor allem auch für die Akzeptanz der IT-Unterstützung für die an den Verträgen teilnehmenden Ärzte.

> S. 32 ff.

Gács et al. stellen die Ergebnisse der Qualitätsmaßnahme „Ambulante Operationen“ der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vor. Die Ergebnisse zeigen - anhand der Indikatoren Patientenzufriedenheit und postoperativer Patientenverlauf - eine hohe Prozess- und Ergebnisqualität der ausgewählten ambulanten Operationen.

> S. 35 ff.

Pohontsch und **Deck** analysieren am Beispiel der medizinischen Rehabilitation typische Kooperations- und Koordinationsprobleme in der Primärversorgung und leiten Handlungsempfehlungen für die sektorenübergreifende Zusammenarbeit ab.

> S. 40 ff.

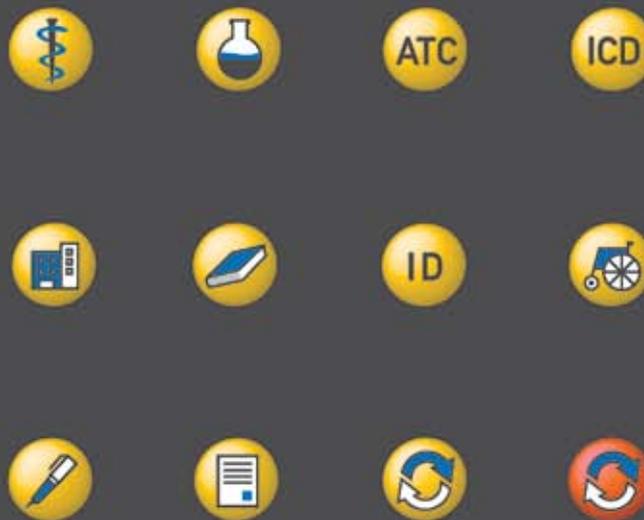
Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre, frohe Weihnachten, einen guten Rutsch und ein gesundes, erfolgreiches und glückliches Neues Jahr.

Mit herzlichen Grüßen

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

Dr. Axel Munte, scheidender Vorstandsvorsitzender der KV Bayerns, imInterview:

„Die KV Bayerns ist ein Vorreiter in Deutschland“

Oft wird das Wirken von Dr. Axel Munte, scheidender Vorstandsvorsitzender der KV Bayerns, darauf verkürzt, dass sein Streben allein darauf ausgerichtet war, den bayerischen Ärzten mehr vom bundesweiten Honorarkuchen zu sichern. Dass ihm das in seiner nun beendeten Amtsperiode gelungen ist, ist unumstritten. Dennoch stehen für ihn persönlich nicht so sehr die Honorare im Mittelpunkt, sondern die felsenfeste Überzeugung, dass gute Ärztliche Qualität eben ihren Wert hat und die durch gute Honorare erzielte Qualität dann ihren versorgungsrelevanten und letztlich auch ökonomischen Nutzen nach sich zieht. Wichtigstes Mittel dabei ist die Versorgungsforschung und zahlreiche Versorgungsverträge und -projekte werden von anderen KVen nachempfunden. Bayern scheint in der ambulanten ärztlichen Versorgung durchaus eine Art „Modellland“ zu sein, in dem die Zukunft der Versorgung teilweise schon heute gelebt wird.

>> Herr Dr. Munte, aus der eben zu Ende gegangenen Wahl zur Vertreterversammlung der KVB ging als stärkste Fraktion die Liste des Bayerischen Hausärzteverbands mit Spitzenkandidat Dr. Wolfgang Hopenthaler hervor. Was meinen Sie, hat dieses Wahlergebnis an Auswirkungen für den in ihrer Amtsperiode eingeschlagenen „bayerischen Weg“ und für die Zukunft des kollektiven und selektiven Vertragswesens in Bayern? Und: Warum wurden Sie nicht wieder gewählt?

Bayerns Ärzte wurden durch die Reformen der vergangenen beiden Jahre extrem verunsichert – zentralistische Honorarreformen haben zu heftigen Verwerfungen geführt und so den Ärzten ihre Planungssicherheit genommen. Zwar war die KVB nur „Vollstrecker“ der Bundesvorgaben, doch viele Ärzte haben das Vertrauen in das jetzige System verloren und sich bei dieser Wahl dem stärksten Kämpfer in der deutschen Ärzteschaft angeschlossen. Inwieweit das Wahlergebnis Auswirkungen auf den „bayerischen Weg“ der Qualitätsorientierung hat, bleibt abzuwarten. Erst einmal wird die nun gewählte Vertreterversammlung im Januar den neuen Vorstand bestimmen.

Aus welchen Erfahrungen heraus ist Ihr persönliches Engagement für die Versorgungsforschung entstanden?

Als ich als niedergelassener Arzt angefangen habe, war mein Alltag von einer Papierflut geprägt. Diagnosen, Behandlungsschritte und so weiter, alles wurde handschriftlich in Karteikarten eingetragen, vieles konnte man nach einiger Zeit sogar selbst schwer entziffern. Der Austausch unter Ärzten war schwer möglich. Informationen wurden zwar von einem Arzt niedergeschrieben, jedoch nicht in einer Form, die hinterher beispielsweise einen Zeitverlauf einfach erkennen ließ – ein Nachteil, den es im Interesse des einzelnen Patienten zu beheben galt. Die Lösung ist aus meiner Sicht die elektronische Dokumentation der medizinischen Daten – vorausgesetzt natürlich, dass der Datenschutz in jeder Hinsicht gewährleistet ist.

Im stationären Sektor ist eine darauf basierende Versorgungsforschung schon fast ein integraler Bestandteil ...

... aber im ambulanten Bereich eine wesentlich größere Herausforderung. Immerhin müssen die Daten, die in den Einzelpraxen schlummern, zunächst zu einem großen „Datenpool“ zusammengeführt

Summary

- Wir denken noch zu sehr in verschiedenen/sektoralen (Finanz-)Töpfen.
- Eine echte sektorale Verknüpfung gibt es noch nicht, nirgendwo in Deutschland. Wir benötigen einen Dolmetscher zwischen den Systemen, und zwar zwischen allen Systemen.
- Das Versorgungsmanagement der Zukunft ist der „P4P“-Ansatz, er wirkt qualitätssteigernd und kosten senkend und hilft, die Honorare gerechter zu verteilen.
- Versorgungsforschung ist bei fast allen Schritten des Versorgungsmanagements notwendig, vom Erkennen von Versorgungsdefiziten über die Konzeption von Versorgungsmodellen bis hin zur Erfolgsmessung.

werden. In Bayern haben wir hierfür extra ein webbasiertes Dokumentationsportal entwickelt.

Doch Daten alleine sind noch kein Erkenntnisgewinn.

Exakt. Daten müssen benutzt, müssen ausgewertet werden. So haben wir beispielsweise schon herausgefunden, dass die Darmkrebsinzidenz in Bayern unterschiedlich verteilt ist - und können uns nun für entsprechende Handlungsempfehlungen - Stichwort Einladungswesen zur Darmkrebsfrüherkennung - einsetzen. Davon profitieren die Patienten - und das ist meine größte Motivation.

Werten Sie diese Daten selbst aus?

Nein. Ich habe das meinen Mitarbeitern sogar explizit untersagt. Keiner, der seine eigenen Daten sammelt, sollte sie auch noch selbst auswerten, das gilt für Kammern, Kassen oder auch Kassenärztliche Vereinigungen. Wir schreiben Studien immer öffentlich aus und finden so die für jede Aufgabe besten Partner auf Seiten der Versorgungsforschung - und das nicht nur in Bayern, sondern inzwischen auch bundesweit.

Versorgungsforschung und Versorgungsevaluation sind ein wichtiges Anliegen des Vorstands der KVB, schreiben Sie auf Ihrer Website. Was heißt das im Einzelnen?

Es gibt mehrere Gründe, die für eine Versorgungsevaluation sprechen. So haben wir in Bayern in Zusammenarbeit mit Fachexperten Qualitätsmaßnahmen in verschiedenen ambulanten Leistungsbereichen eingeführt - von der Pränataldiagnostik bis hin zur Darmkrebsfrüherkennung, mit denen in der Regel die Struktur- und Prozessqualität verbessert werden soll. Genau hier kommt die Versorgungsevaluation ins Spiel, denn es ist natürlich wichtig, dass wir unsere Qualitätsmaßnahmen evaluieren, um deren Effektivität zu prüfen und gegebenenfalls auch nachzujustieren.

Und was hat der Patient davon?

Die Versorgungsforschung ist wichtig, um die medizinische Versorgung zu verbessern und beispielsweise Krankheiten frühzeitig zu erkennen. Um beim Beispiel Darmkrebs zu bleiben: Dank mehr als

einer Million dokumentierter Datensätze können wir den Ursachen von Darmkrebs zunehmend auf die Spur kommen, Empfehlungen wie beispielsweise für ein gezieltes Einladungswesen aussprechen und so die Darmkrebsmortalität perspektivisch senken. Versorgungsforschung dient aber auch der Transparenz über das ambulante Leistungsgeschehen. So haben wir beispielsweise in Kooperation mit dem Landesverband für Ambulantes Operieren eine Studie zur Patientenzufriedenheit nach ambulanten Operationen durchgeführt. Während im stationären Sektor solche Evaluationen an der Tagesordnung sind, hinken wir ja im ambulanten Bereich noch hinterher.

Was kam denn dabei heraus?

96 Prozent der befragten Patienten würden sich wieder ambulant operieren lassen. Die Ergebnisse sind ein guter und wichtiger Beleg für die ambulante Leistungsqualität. Dabei profitieren alle von entsprechenden Ergebnissen: Ärzte, Krankenkassen und letztendlich natürlich die Patienten.

Transparenz ist aber gerade auch über das Leistungsgeschehen wichtig - und zwar wenn es um die Honorarverteilung geht.

Genau. Denn nach den aktuellen Plänen zum GKV-Finanzierungsgesetz soll Bayern benachteiligt werden, wir werden quasi für unsere guten Versorgungsstrukturen bestraft. So werden viele Operationen bei uns in Bayern ambulant durchgeführt, andere Bundesländer könnten das mangels ambulanter Versorgungsstrukturen gar nicht leisten. Ambulant durchgeführte Operationen lösen darüber hinaus Folgekosten im ambulanten Sektor aus, die in anderen Bundesländern im stationären Sektor anfallen. Wir hingegen sollen dafür beispielsweise nun „bestraft“ werden; ein Nachteil nicht nur für Ärzte, sondern natürlich auch für die Kostenträger. Das zeigt, dass wir noch zu sehr in verschiedenen „Finanztöpfen“ - ambulant/stationär - denken und dass Versorgungsforschung wichtig ist für die Transparenz hinsichtlich des Leistungsgeschehens.

Können Ärzte aus der ambulanten Versorgung selbst Versorgungsforschung betreiben? Umgekehrt: wie sehr brauchen Ärzte Ergebnisse aus der Versorgungsforschung?

Natürlich können niedergelassene Ärzte auch Versorgungsforschung betreiben, indem ihre einzelnen Datenschätze zentral strukturiert erfasst und wissenschaftlich evaluiert werden. Wir haben in Bayern hierfür ein webbasiertes Dokumentationsportal geschaffen: „OPAL“, das „Online-Portal für ambulante Leistungen“. Dort können niedergelassene Ärzte medizinische Daten in verschiedenen Leistungsbereichen online dokumentieren. Die Dokumentationen werten wir - unter Berücksichtigung der Datenschutzbestimmungen - entsprechend aus. Auf den Punkt gebracht: Versorgungsforschung im ambulanten Bereich ist Teamarbeit - jeder niedergelassene Arzt leistet einen Beitrag.

Und wie erhalten die teilnehmenden Ärzte Feedback? Nur so kann sich doch jeder Arzt in seinem Therapieverhalten einschätzen?

Die niedergelassenen Ärzte sollen natürlich nicht „pauschal dokumentieren“, ohne von den Evaluationen zu erfahren. Das ist auch ganz wichtig für die Motivation! Unsere Ärzte erhalten deshalb zwei Arten von Informationen: Erstens ihre persönlichen Ergebnisse, oftmals im Vergleich zu anderen Ärzten ihrer Fachgruppe, um ein individuelles Benchmarking zu erlauben. Da geht es zum Beispiel um Entdeckungsraten von Anomalien oder Komplikationsraten bei Untersuchungen.



„Die große Chance von Forschungsk Kooperationen mit Krankenkassen liegt schlichtweg darin, dass wir über den Tellerrand der ambulanten Versorgung blicken und perspektivisch auch sektorenübergreifend forschen können.“

Und zweitens?

Informieren wir unsere Ärzte auch über die Auswertungsergebnisse auf aggregierter Ebene, beispielsweise über die räumliche Verteilung der Darmkrebsinzidenz in Bayern. Auch das ist wichtig, damit die Teilnehmer sehen, dass sie nicht „pauschal dokumentieren“, sondern ihre Dokumentationen eine wichtige Basis für die Versorgungsforschung darstellen.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns ist an vielen Forschungsprojekten und Evaluationen beteiligt. Welches sind die grundlegenden Richtungen des Engagements der KVB in der Versorgungsforschung?

Zunächst engagiert sich die KVB im Rahmen der Versorgungsforschung für die Schaffung von Transparenz bei der ambulanten Versorgungsqualität - gegenüber Patienten und Kostenträgern, aber auch Meinungsbildnern in der Politik. So können mögliche Defizite erkannt und behoben werden - oder aber die hohe Qualität der ambulanten Versorgung dargestellt und kommuniziert werden.

Zum Zweiten möchten wir die verschiedenen Qualitätsmaßnahmen, die wir unter dem Dach unseres Qualitätsprogramms „Ausgezeichnete Patientenversorgung“ (www.ausgezeichnete-patientenversorgung.de) zusammengefasst haben, natürlich wissenschaftlich evaluieren. Wir haben derzeit 17 Qualitätsmaßnahmen in verschiedensten Leistungsbereichen, an denen aktuell über 20 Fachgruppen teilnehmen können. Bei den Qualitätsmaßnahmen „Ambulante Operationen“, „Koloskopie“ und „Elektronische Dokumentation in der Schwangerschaft“ ist die Evaluation bereits erfolgt, bei der Qualitätsmaßnahme „Tonsillotomie“ sind wir und die Evaluatoren mit



Planung und Datensammlung beschäftigt. Und drittens nutzen wir die im Rahmen unserer Qualitätsmaßnahmen erhobenen Daten für die medizinische Versorgungsforschung.

Können Sie ein Beispiel nennen?

Das Institut für Krebsepidemiologie e.V. an der Universität Lübeck hat beispielsweise zusammen mit dem Krebsregister Bayern und uns einen regionalen Vergleich der Inzidenz kolorektaler Karzinome zwischen 2006 und 2008 in Bayern erstellt. Die Erkenntnisse dieser Studie sind ein erster wichtiger Schritt, um regionale Unterschiede in der Darmkrebhäufigkeit - inklusive der Vorstufen - besser zu erkennen, Risikofaktoren entsprechend zu identifizieren und entsprechende Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Was waren denn wichtige erste Erkenntnisse?

Es wurde zum Beispiel aufgezeigt, dass die Darmkrebslast in den Regionen hoch ist, in denen die Teilnahme an der Koloskopie geringer ist und Sozialindikatoren schwächer ausgeprägt sind. Durch diese Studie und ergänzende Analysen ist man jetzt in der Lage, die primäre und sekundäre Prävention auf regionaler Ebene gezielt zu stärken. Die Umsetzung eines organisierten Aufforderungs- oder Einladungsverfahrens zur Darmkrebsvorsorge scheint ein probates Mittel der Sekundärprävention zu sein, um die Teilnahme an der Vorsorge substanziell zu erhöhen.

Was geschieht mit diesen Erkenntnissen?

Die KVB steht derzeit auf Bundes- und Landesebene in Gesprächen, um ein Pilotprojekt umzusetzen. Die durch die Studie identifizierten Regionen, mit geringer Teilnahme und hoher Darmkrebslast, bieten sich für ein Modellprojekt geradezu an, um die Menschen zu erreichen, die man durch das derzeitige opportunistische Screening nicht erreicht.

Wo sind Chancen und Probleme bei Kooperationen mit der Pharmaindustrie?

Eines ist klar: Pharmaunternehmen sind Wirtschaftsunternehmen, deren Ziel es ist, möglichst hohe Gewinne zu erwirtschaften. Dieses Bestreben haben KVen nicht. Für uns steht die bestmögliche ambulante Patientenversorgung im Vordergrund. Diese sicherzustellen - und gegebenenfalls auch zu optimieren - ist eine zentrale Aufgabe einer modernen KV. Dazu gehört im nächsten Schritt auch eine solide Pharmakotherapie-Beratung unserer Mitglieder. Eine unserer größten Herausforderungen ist es, die Studienergebnisse der Pharmaindustrie zu bewerten. Natürlich haben wir einen Vorteil: Als Körperschaft des öffentlichen Rechts sind wir vollkommen unabhängig und keinen Vertriebszwängen unterworfen. Hier liegen aber auch die Chancen von Kooperationen mit der Pharmaindustrie. Bei Forschungsk Kooperationen mit KVen ist ganzheitliche Transparenz gewährleistet - was Studienhintergrund, -design und insbesondere auch Ergebnisse betrifft - das gilt auch bei für die Pharmaindustrie eventuell unangenehmen Ergebnissen.

Dennoch müssen sicher die Berührungspunkte zur Pharmaindustrie stärker strukturiert und insbesondere die Rahmenbedingungen für Kooperationen definiert werden.

Das ist unabdingbar. Einer der geplanten Kooperationsbereiche ist die Durchführung gemeinsamer Vorhaben zur Versorgungsforschung. Das Problem liegt auf der Hand: Viele Arzneimittel werden zwar in jahrelangen Studien vor ihrer Zulassung getestet, ihre Wirkung wird in der Versorgungsrealität dann jedoch kaum mehr evaluiert. Allerdings sind auch hier Studien sinnvoll, um Risiken für Patienten zu minimieren und gegebenenfalls auch die Relation von Kosten und Nutzen zu optimieren.

Hier liegen die Chancen einer Kooperation zwischen Pharmaindustrie und KVen, gerade im Hinblick auf die Anforderungen des kommenden AMNOG.

Wann sind für Sie Kooperationen mit der Industrie problematisch?

Aus meiner Sicht dann, wenn sie intransparent ablaufen. Darum haben wir die Kontakte professionalisiert und auch mit „Pharao“ eine transparente Basis für objektive Versorgungsforschungsvorhaben von KVB und Pharmaindustrie geschaffen.

Welches sind die zentralen Punkte dieser Bedingungen bei Kooperationen mit der Pharmaindustrie? Und wie bewähren sie sich bei der praktischen Durchführung gemeinsamer Projekte?

Zu Beginn einer möglichen Kooperation definieren wir stets klar umrissene Fragestellungen und Ziele. Außerdem wird absolute Transparenz vertraglich vereinbart - hinsichtlich Zielsetzung, Durchführung und insbesondere auch der vollständigen und objektiven Darstellung der Resultate. Dazu werden Unterlagen wie beispielsweise Studienprotokolle und Ergebnisberichte auf der Homepage der Kooperationspartner bereitgestellt. Auf unserer Homepage unter www.kvb.de im Bereich Partner/Versorgungsforschung haben wir alle Kooperationen - unabhängig davon, mit wem wir eine Studie durchführen - veröffentlicht.

Die eigentliche Durchführung von Versorgungsvorhaben läuft dann nach einem fest definierten Prozess ab. So nutzen wir beispielsweise Musterdokumente für die einzelnen Phasen eines Vorhabens und definieren klare Verantwortlichkeiten. Außerdem haben wir die rechtlichen, finanziellen und datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen definiert.

Welche rechtlichen Rahmenbedingungen gibt es denn dafür?

Als Körperschaft des öffentlichen Rechts unterliegen wir natürlich rechtlichen Beschränkungen hinsichtlich unseres Tätigkeitsgebietes. Tätigkeiten, die nicht zu unserem „hoheitlichen Auftrag“ nach dem SGB V gehören, müssen wir durch unsere Rechtsaufsicht, also das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, laut § 75 Absatz 6 SGB V genehmigen lassen. Die Genehmigung des Forschungsvorhabens ist zwingende Voraussetzung für die Durchführung.

Und welche finanziellen Rahmenbedingungen gibt es?

Als Körperschaft des öffentlichen Rechts finanzieren wir uns aus den Beiträgen unserer Mitglieder. Dabei sind wir verpflichtet, diese zweckgebunden für die hoheitlichen oder genehmigten Aufgaben zu verwenden. Versorgungsforschungsvorhaben, sofern sie nicht Bestandteil des hoheitlichen Auftrags sind, müssen wir also kostendeckend über andere Mittel finanzieren.

Also sind hier vor allem die Pharmafirmen gefragt?

Stimmt, doch die forschenden Pharmaunternehmen können Mittel nur entsprechend des Ethikhandbuchs und indikationsbezogen investieren. Darum erstellen wir vor jedem Vorhaben einen Finanzplan und konsentieren diesen mit unserem potenziellen Partner. Idealerweise werben wir aber auch Drittmittel ein, zum Beispiel im Rahmen von Förderprojekten des Bundes. Unsere „DiMelli“-Studie zu Kindern und Jugendlichen mit neu entdecktem Diabetes, die wir in Kooperation mit der Technischen Universität München durchführen, wird beispielsweise vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert - allerdings ist an dieser Studie kein Pharmaunternehmen beteiligt.

Sehen Sie mit Krankenkassen gemeinsame Ansätze für Versorgungsforschungs-Studien? Wo liegen Schwierigkeiten und wo Chancen?

Das Interesse der Krankenkassen an unseren geplanten oder bereits durchgeführten wissenschaftlichen Evaluationen ist groß und zeigt auch, dass wir mit den Krankenkassen auf jeden Fall gemeinsame Ansätze für Versorgungsforschung haben. Dies ist umso erfreulicher, als dass gerade bei der derzeitigen Finanzlage des deutschen Gesundheitswesens unausgeschöpfte Potenziale genutzt werden sollten. Dabei liegen die größten Chancen unter anderem in der Nutzung sektorenübergreifender Datensätze. So haben wir zum Beispiel bei der gemeinsam mit der Ludwig-Maximilian-Universität München und dem Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V. durchgeführten Studie zur Qualitätsmaßnahme „Ambulante Operationen“ den Patientenverlauf nach einer ambulanten Operation untersucht. Hierzu haben wir ambulante und - dank des Engagements der Krankenkassen - auch stationäre Abrechnungsdaten heranziehen können. Die große Chance von Forschungsk Kooperationen mit Krankenkassen liegt schlichtweg darin, dass wir über den Tellerrand der ambulanten Versorgung blicken und perspektivisch auch sektorenübergreifend forschen können.

Welche Herausforderungen sind da zu meistern?

Um ein möglichst umfassendes Abbild der Bevölkerung zu erhalten, müssten wir theoretisch idealerweise mit allen Krankenkassen zu einem Thema zusammenarbeiten. Ansonsten können wir rein theoretisch nur Aussagen über die Versicherten einer einzelnen Krankenkasse treffen. Da sich die Versichertenstruktur der einzelnen Krankenkassen zum Teil deutlich unterscheidet, sind Rückschlüsse auf die Gesamtbevölkerung oftmals schwierig. Die Lösung wäre, mit allen Kassen zusammenzuarbeiten, was logistisch bei - allein 160 Krankenkassen im GKV-Bereich - nicht möglich ist. Außerdem haben beide Partner (sowohl Kassen als auch KVB) Vorbehalte, was den Austausch von Daten angeht. Damit meine ich nicht mal aufgrund des Datenschutzes, da dieser in jedem Fall gewährleistet ist. Es geht vielmehr darum, dass beide Partner befürchten könnten, dass der jeweils andere die Daten beispielsweise für Honorarverhandlungen nutzen könnte. Hier müsste man vertraglich den vertraulichen Umgang mit den Daten - auch innerhalb der jeweiligen Organisation - vereinbaren.

Die Kommunikation ist neben der medizinischen Leistung ein entscheidend wichtiger Faktor in der Gesundheitsversorgung. Wie fördern Sie die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten?

Da haben Sie vollkommen Recht! Kommunikation ist für die Gesundheitsversorgung enorm wichtig - und zwar verständliche Kommunikation. Patienten müssen ihre Diagnose, deren Auslöser und die Gründe für die Handlungsempfehlungen ihrer Ärzte verstehen. Beispielsweise kann im Präventionsbereich ein gutes Aufklärungsgespräch Patienten im besten Fall zu einer Vorsorgeuntersuchung motivieren. Im Rahmen unserer Qualitätsmaßnahme „Darmkrebsprävention“ motivieren wir beispielsweise unsere Ärzte, das Beratungsgespräch zur Darmkrebsfrüherkennung elektronisch zu dokumentieren. Die Dokumentation dient dem Arzt dabei als Leitfaden für das Gespräch. So wird sichergestellt, dass Patienten alle für sie relevanten Informationen erhalten - und zwar in verständlicher Form. Das Ergebnis ist ein qualitätsgesichertes Beratungsgespräch - wofür teilnehmende Ärzte übrigens einen Honorarzuschlag erhalten.

Auch im Bereich der Pränataldiagnostik unterstützen wir teilnehmende Ärzte, indem wir in die elektronische Dokumentation eine Funktion eingebaut haben, mit deren Hilfe der Arzt sozusagen auf Knopf-

druck einen Patientinnenbrief erstellen kann. Dieser Brief erklärt der schwangeren Frau auf verständliche Art und Weise die Ergebnisse und die Bedeutung der Ultraschalluntersuchung. Auch dafür erhalten teilnehmende Ärzte einen Honorarzuschlag. Die beiden Beispiele zeigen, wie Kommunikation gefördert und Ärzte für ihr Engagement auch finanziell belohnt werden können.

Welche Rolle spielt Kommunikation in der Versorgungsforschung?

Eine ganz wichtige! Evaluationsergebnisse müssen natürlich in jedem Fall transparent kommuniziert werden. Insbesondere Entscheidungsträger sollten über Studienergebnisse informiert werden.

Das Versorgungsmanagement gewinnt immer mehr an Bedeutung. Wo sehen Sie hier die großen Linien für die Zukunft? Wie intensiv muss Versorgungsmanagement mit Versorgungsforschung verknüpft sein?

Das Versorgungsmanagement der Zukunft ist meiner Meinung nach der „Pay for Performance“-Ansatz - kurz P4P, also die qualitätsorientierte Vergütung. P4P nimmt international an Bedeutung zu und ist ein zukunftsweisendes Instrument zur Qualitätssteigerung und gleichzeitig Kostensenkung im Gesundheitswesen. Bei vielen unserer Qualitätsmaßnahmen wird der Ansatz mit Zuschlägen oder Zu- und Abschlägen angewandt. Dieser Ansatz schafft also finanzielle Anreize für eine transparente - sprich nachgewiesene - qualitativ hochwertige Versorgung. Das motiviert Ärzte zur Teilnahme.

Ohne Versorgungsforschung kann also im Prinzip kein sinnvolles Versorgungsmanagement entstehen?

Das ist wahr. Versorgungsforschung nach objektiven Kriterien ist bei fast allen Schritten des Versorgungsmanagements notwendig, angefangen vom Erkennen von Versorgungsdefiziten über die Konzeption von Versorgungsmodellen bis hin zur Erfolgsmessung etablierter Versorgungsmodelle. Ich plädiere für einen intensiveren Einsatz der Versorgungsforschung, sowohl zur Schaffung von Transparenz als auch zur Begleitung des Versorgungsmanagements - aber natürlich nur in Bereichen, in denen dies sinnvoll ist.

Mit dem eben erstmals vergebenen Bayerischen Gesundheitspreis sollen Projekte gewürdigt und gefördert werden, die - so die gemeinsame Ausschreibung der KV Bayerns und der Vereinigten IKK - „auf besonders kreative und innovative Weise zu einer qualitativ hochwertigen, ambulanten ärztlichen Versorgung in Bayern beitragen“ und dabei „nachhaltigen Nutzen stiften, nach den Kriterien der Wirtschaftlichkeit umgesetzt worden sein und einen Vorbildcharakter für weitere Regionen besitzen“ sollen. Herr Dr. Munte, wieviele Projekte haben sich denn um diesen Preis beworben und welche Erkenntnisse nehmen Sie als Organisator und Juror mit?

Insgesamt haben wir 54 Bewerbungen erhalten. Diese tolle Resonanz schon im ersten Jahr hat uns sehr gefreut. Besonders beeindruckt hat mich das hohe Maß an persönlichem und oft auch ehrenamtlichem Engagement, mit dem die Projekte umgesetzt wurden und werden. Und das gilt für alle Projekte, nicht nur für die Preisträger. Insbesondere auch in ländlichen Regionen haben Ärzte viele gute Ansätze entwickelt, wie sie trotz der oft großen Entfernungen dem Patienten eine optimale Versorgung bieten können. Ich würde mich freuen, wenn einige der für den Bayerischen Gesundheitspreis nominierten Projekte als Vorbild genommen werden und sich weiter verbreiten.

Bayern scheint in der ambulanten ärztlichen Versorgung eine Art „Modellland“ zu sein, seit dem Sie im Jahr 2008 das Qualitätsprogramm „Ausgezeichnete Patientenversorgung“ gestartet haben. Nun könnte man - negativ formuliert - sagen, dass die bayerischen Ärzte dies dringender als ihre Kollegen in anderen Bundesländern nötig gehabt hätten, oder aber aus positiver Sicht, dass in Bayern aufgrund der schon guten ambulanten Versorgung ein derartiges Qualitätsprogramm erst möglich war. Wie haben Sie denn 2008 argumentiert?

Tatsache ist, dass Deutschland im internationalen Vergleich seinen Versicherten ein sehr hohes Versorgungsniveau bietet. Dennoch gibt es immer wieder Versorgungsbereiche, in denen Defizite bestehen, die auf Bundesebene nicht so zeitnah ausgeräumt werden können, im Rahmen einer regionalen Qualitätsmaßnahme hingegen schon. Bei der Einführung unseres Qualitätsprogramms ging es mir nicht nur um die Optimierung einzelner Versorgungsbereiche, sondern insbesondere auch darum, die bereits bestehende Qualität innerhalb der ambulanten Versorgung transparent darzustellen. Meine Vision dabei war und ist, dass Ärzte, die sich bereit erklären, überdurchschnittliche Standards in Prozess- und Strukturqualität zu erbringen, dafür auch angemessen „belohnt“ werden. Damit sind finanzielle Anreize - Stichwort „Pay for Performance“ - genauso gemeint wie mögliche Marketingeffekte, wie die Verleihung unseres „Gütesiegels“ im entsprechenden Versorgungsbereich, das Zertifikat für die Arztpraxis und den Eintrag in unsere spezielle Arztsuche auf www.ausgezeichnete-patientenversorgung.de.

Der Ansatz damals war wirklich neu, aber ist die KV Bayerns heute noch Vorreiter für das Bundesgebiet?

Neue Ideen brauchen immer einen Vorreiter - eine Rolle, die nicht immer ganz angenehm ist und mit der man häufig in die Kritik gerät. Diese Rolle habe ich trotzdem gerne eingenommen und der Kritik stand gehalten, um meine Vision weiter zu verwirklichen. Ich sehe mich bestärkt auf meinem Weg, da gerade in der letzten Zeit immer mehr Länder-KVen und sogar die KBV auf uns zugekommen sind, um unsere Versorgungsverträge zu übernehmen. Den Vertrag zu unserer Qualitätsmaßnahme „Tonsillotomie“ - also der Verkleinerung der Gaumenmandeln bei Kindern - haben beispielsweise inzwischen sieben weitere KVen übernommen.

Im Zuge des GKV-WSG sollten die Möglichkeiten der KVen für regionale Verträge stark eingeschränkt werden, was Sie durch die Einführung des sogenannten „Qualitätsparagrafen“ 136 Absatz 4 zu verhindern wussten. Dazu haben Sie ein Jahr lang Gespräche mit politischen Entscheidungsträgern geführt, bei denen Sie für den bayerischen Weg der qualitätsorientierten Vergütung warben. Welche Pro- oder auch Kontra-Meinungen bekamen Sie denn da zu hören?

Das war ein harter Kampf damals. Umso mehr freue ich mich heute, dass der „Qualitätsparagraf“ schließlich ins Gesetzbuch aufgenommen wurde. Damals haben wir viel Rücken- aber auch viel Gegenwind zu spüren bekommen. Hauptargument waren natürlich unsere bestehenden Erfahrungen. Immerhin hatten wir bereits mit Zu- und Abschlägen (damals höheren und niedrigeren Punktwerten) gearbeitet und konnten die Steuerungswirkung bereits nachweisen. Unsere Beispiele waren anfassbar, wir konnten politischen Entscheidungsträgern live zeigen, wie zum Beispiel unsere Fachwissensprüfungen online ablaufen oder wie unsere Ärzte schon damals medizinische Daten online dokumentiert haben. Angesichts der knappen Mittel im Gesundheitswesen ist der Ansatz einer qualitätsorientierten Vergütung natürlich auch eine hervorragende Möglichkeit für eine gerechte Verteilung der Honorare.

Zweifler stellen sicher die wichtige Frage, ob Ihr bayerischer Weg „im großen Stil“, sprich bundesweit, überhaupt umsetzbar sein würde?

Durchaus. Und besonders hinterfragt wurde, ob finanzneutrale Lösungen - und das ist ja das Prinzip des „Qualitätsparagrafen“ - überhaupt technisch und organisatorisch umsetzbar sein würden. Insbesondere die Krankenkassen befürchteten, dass die KVen den „Qualitätsparagrafen“ als „Trick“ nutzen könnten, um eine Mehrvergütung zu verhandeln. In Zeiten ständiger Reformen wurde außerdem angezweifelt, ob der neue Paragraph im Zusammenspiel mit den anderen gesetzlichen Vorschriften überhaupt funktionieren würde. Doch ein Blick zurück zeigt mir heute: Die Umsetzbarkeit war und ist möglich. Und wir „tricksen“ natürlich keine Kassen aus - auch wenn ich durchaus der Meinung bin, dass in manchen Bereichen ein Zuschlagsystem dem Bonus-Malus-System weichen sollte. Nur bei der Vereinbarkeit mit anderen gesetzlichen Regelungen haben wir in der Tat immer mehr Probleme - ein weiterer Beleg dafür, dass das System zu komplex ist und gute Regelungen durch immer kompliziertere Reglementierungen schleichend verdrängt werden.

Vorbilder brauchen immer auch Nachahmer. Was behindert denn die Translation der bayerischen Vorbild-Projekte in andere Bundesländer oder auch Regionen?

Da ist natürlich zunächst die Skepsis und oftmals auch der klare Widerstand seitens der Ärzteschaft zu nennen. Auch die Einführung bei uns damals war ein harter Kampf - durchaus öfter auch gegen den Wunsch der eigenen Mitglieder. Mittlerweile hat ein Umdenken stattgefunden. Wir haben zunehmend Erfolgsbeispiele, wie Projekte den Fachgruppen eine höhere Vergütung gesichert haben. Die Teilnehmezahlen unserer Projekte steigen mittlerweile kontinuierlich - und nicht nur das. Die Ärzte machen sich auch selbst Gedanken, wie man die Versorgung verbessern könnte. Das zeigt eindrucksvoll unser „Ideenwettbewerb“, den wir im Winter 2009/2010 ausgeschrieben haben. Damals konnten sich unsere Mitglieder mit neuen Ideen für Qualitätsmaßnahmen bewerben. Mehr als 30 Vertragsideen wurden damals eingereicht, einige haben wir bereits umgesetzt. Unsere neueste Maßnahme „Risikoprävention bei Kinderwunsch“ basiert auf dem Konzeptvorschlag einer niedergelassenen Gynäkologin. Das Beispiel zeigt mir, dass zumindest in Bayern langsam ein Umdenken stattfindet. Meine Vermutung ist jedoch, dass die Widerstände in anderen Bundesländern noch in größerem Ausmaß vorhanden sind.

Die zweite Herausforderung ist sicher die nötige IT-Infrastruktur.

Genau, denn elektronische Dokumentationen und auch Online-Tutorials erfordern entsprechende webbasierte Plattformen. Viele KVen haben so etwas nicht und leider herrscht im KV-System immer noch ein gewisses Konkurrenzdenken. Es besteht eine gewisse Hemmschwelle, Produkte von „Schwester-KVen“ zu übernehmen.

Was wäre Ihr Vorschlag?

Wir sollten gemeinsam an einem Strang ziehen, unsere Erfahrungen teilen und keine Hemmungen haben, gute Produkte zu übernehmen oder anzubieten. Vor diesem Hintergrund freut es mich sehr, dass sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) dazu entschieden hat, unser Online-Portal für ambulante Leistungen - kurz OPAL - bundesweit anzubieten. Wir haben mittlerweile eine kleine Außenstelle der KBV hier in München, in der das Portal zentral für alle KVen gemeinsam entwickelt und betrieben wird. So setzen wir unsere gesammelten Erfahrungen zur bundesweiten Förderung der ambulanten Versorgungsqualität ein.

Demnach hat das IT-Zeitalter in Bayern im Gegensatz zu anderen Bundesländern bereits begonnen.

Und das schon vor sieben Jahren. Seither haben wir als Vorbild für eine bundesweite IT-Struktur agiert. Immerhin haben wir im Jahr 2003 KV-SafeNet geschaffen, ein virtuelles privates Netzwerk, das sich mittlerweile als bundesweiter Vernetzungsstandard in der ambulanten Ärzteschaft durchgesetzt hat. Gerade im IT-Bereich - egal ob damit die Einführung von elektronischen Dokumentationen, Online-Fachwissensprüfungen oder Vernetzungsmöglichkeiten zwischen Praxen und KVen gemeint ist - sehen wir uns immer wieder darin bestätigt, dass die KVB ein Vorreiter in Deutschland ist. Das ist schon lange so, und soll so auch bleiben!

Für solche Projekte braucht es sicher auch Mitarbeiter mit entsprechenden fachlichen Fähigkeiten.

Auch hier hat zumindest bei uns in der KVB ein Umdenken begonnen. Während wir uns früher zurecht stärker auf die operativen Bereiche konzentriert und entsprechendes Personal rekrutiert haben, bauen wir seit 2002 kontinuierlich strategische Unternehmensbereiche auf, die sich mit der Entwicklung von Dienstleistungen, IT-Lösungen und Qualitätsmaßnahmen beschäftigen. Damit sich die KVen weg von behaglichen Behörden hin zu modernen Dienstleistungsunternehmen entwickeln können, brauchen wir entsprechende Produkte oder Software-Lösungen. Mit solchen strategischen Themen beschäftigen sich bei uns in Bayern 60 Mitarbeiter.

Qualitätsorientierte Vergütung muss eines im Auge haben, soll es nicht nur zu einem Honorar-Plus für den Arzt führen: den Patienten. Mit welchen Instrumenten, Ideen und Argumenten, die über den sowieso bestehenden Gewährleistungsauftrag und hippokratischen Eid der Ärzteschaft hinausgehen, konnten Sie denn ein eindeutiges Plus für den Patienten erreichen?

Wer mich kennt, weiß, dass für mich die bestmögliche Patientenversorgung oberste Priorität hat. Mit dieser Vision im Blick war und bin ich weiterhin bereit, auch Kritik seitens der Ärzteschaft einzustecken. Die Vorteile für Patienten, die sich aus den einzelnen Qualitätsmaßnahmen ergeben, sind vielfältig: Neben der allgemeinen Qualitätssicherung der Diagnose und Untersuchung gibt es ganz konkrete Aspekte, von denen Patienten profitieren. Zum Beispiel bietet die Arztsuche der „Ausgezeichneten Patientenversorgung“ eine Art Kompass: Anhand objektiver Qualitätskriterien können Patienten Ärzte aus über 20 verschiedenen Fachrichtungen mit Hilfe der Online-Suche in ihrer Nähe finden.

Welches der seit 2003 eingeführten Projekte - angefangen mit dem Mammografie-Screening - war denn das, welches für Sie bundes- oder vielleicht europaweit Vorbildcharakter hat?

Sie haben es bereits angesprochen: Das Mammografie-Screening, also die Einführung einer systematischen Früherkennungsuntersuchung von Brustkrebs, war unser erstes Projekt, das hier geboren und dann im Jahr 2007 an die Vorgaben der Krebsfrüherkennungsrichtlinien angepasst und in das bundesweite Screening integriert worden ist. Dabei hat es sich noch dazu um ein besonders komplexes Projekt gehandelt, nicht zuletzt aufgrund der standardisierten Befundungskette. Danach werden die Röntgenbildaufnahmen von mindestens zwei verschiedenen Befunden begutachtet - und das setzt wiederum eine sichere Online-Verbindung voraus. In diesem Zusammenhang haben wir die Online-Anbindungsvariante KV-SafeNet entwickelt.

Aber auch im Bereich der Hygiene haben wir Maßstäbe gesetzt: Im Rahmen der so genannten „HYGEA-Studie“ wiesen 1999/2000 bei Endoskop-Prüfungen in München fast die Hälfte der untersuchten Endoskope hygienische Mängel auf - und das bei freiwilliger Teilnahme. Als Konsequenz haben wir die regelmäßige mikrobiologische Untersuchung flexibler Endoskope in der Praxis niedergelassener Ärzte etabliert. Das Robert Koch-Institut (RKI) hat dann die von der KVB in Zusammenarbeit mit Dr. Lutz Bader vom Max von Pettenkofer-Institut an der Ludwig-Maximilians-Universität München entwickelten Hygierichtlinien übernommen. So wurde aus dem Projekt von damals ein bundesweiter Standard. Übrigens: Wenn die Ergebnisse der Endoskop-Beprobung ohne Beanstandungen sind, ist die mikrobiologische Untersuchung für teilnehmende Ärzte kostenfrei: die Kosten werden von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet.

In selektiven Verträgen, wie zwischen AOK und einigen BKKen sowie MEDI geschlossen, gibt es wohl Bonus aber keinen Malus. Qualitätsorientierte Vergütung der KVB hat jedoch oft ein kombiniertes Bonus-Malus-System. Würden Sie das als Erfolgsfaktor werten?

Ich setze mich schon seit Jahren für eine Steuerung der ärztlichen Vergütung über Qualität ein. Ein reines Bonus-System erfordert aber zusätzliche Mittel von den Krankenkassen. Und die Kassen agieren seit Einführung des Gesundheitsfonds, über den Finanzmittel aus Bayern abgezogen werden, sehr restriktiv im Hinblick auf zusätzliche Mittel. Das „Bonus-Malus-System“, das mit dem § 136 Abs. (4) auch auf Initiative der KVB ins Gesetz aufgenommen wurde, gibt uns die Möglichkeit, Qualität zu belohnen und dennoch finanzneutral für das System zu bleiben. Unsere Auswertungen bestätigen: Die Steuerungswirkung hin zu nachgewiesener Qualität funktioniert. Aber natürlich hat ein solches System auch seine Grenzen. Wenn zum Beispiel nahezu alle Ärzte die Qualitätsanforderungen erfüllen, können Zuschläge für Teilnehmer nicht mehr aus den Vergütungsabschlägen der Nicht-Teilnehmer finanziert werden. In Kassenverhandlungen setze ich mich in erster Linie für reine Bonus-Systeme ein. Und da konnten wir zum 1. Oktober wieder einige neue Verträge für unterschiedliche Fachgruppen abschließen, unter anderem mit der AOK Bayern.

Ein weiterer Erfolgsfaktor ist die sektorale Verknüpfung. Wie sieht es mit den entsprechenden Schnittstellendefinitionen in Bayern aus? Wie werden auf vertraglicher Basis Krankenhaus- sowie Arzt- und Facharztschiene verknüpft?

Damit sprechen Sie einen wunden Punkt an, denn eine echte sektorale Verknüpfung gibt es leider noch nicht - übrigens nirgendwo in Deutschland. Mit dem Erfolgsmodell KV-SafeNet wäre eine solche Verknüpfung zwar realisierbar, aber bis dato fehlen notwendige Standards zwischen Arzteinformationssystemen und Krankenhausinformationssystemen. Diese Standards sind eine zwingende Voraussetzung für den einfachen Austausch beispielsweise von Befunddaten. Man könnte sagen, wir benötigen einen Dolmetscher zwischen den Systemen, und zwar zwischen allen Systemen. Erst wenn dieser Dolmetscher existiert und integriert ist, kann eine echte sektorale Verknüpfung geschaffen werden. Fazit: Die Systemhersteller sind am Zug. <<

Das Gespräch führten MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.



Bild: Lopata/axentis.de

KVB und BVA gemeinsam am historischen Ort der Medizin, der „Hörsaalruine“ der Charité:

Strukturierte Behandlung für eine bessere Versorgung

Dass Disease Management Programme gar nicht einmal so unterschiedlich zu strukturierten ambulanten Versorgungsprogrammen sind, zeigte eine gemeinsame Veranstaltung des Bundesversicherungsamtes (BVA) und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB). Neben durchweg positiven Einflüssen auf die Qualität der Versorgung, ist vor allem die Anwendung strukturierter Behandlungspfade sowie aktive Rückmeldungen an die Leistungserbringer im Sinne eines lernenden Systems zu nennen.

>> Beide Veranstalter - KVB wie BVA - konnten mit beeindruckenden Einblicken wie Zahlen aufwarten. Anhand von praktischen Beispielen - E-Dokumentation des Ultraschalls in der Schwangerschaftsvorsorge und Tonsillotomie - zeigte die KVB den „bayerischen Weg“ auf, mit dem der Einsatz strukturierter Behandlungsprogramme auch außerhalb der DMP-Indikationen gelungen sei. Dabei wird, so Kristina Topic, Senior-Projektmanagerin bei der KVB, immer nach einem ähnlichen Muster verfahren. Nach der Identifikation eines Handlungsbedarfs in definierten Leistungsbereichen werden gemeinsam mit Vertretern der betroffenen Fachgruppe die wichtigsten Parameter der Struktur-, Prozess- und/oder Ergebnisqualität definiert und danach die teilnehmenden Ärzte anhand der vorher definierten Qualitätsanforderungen selektiert. Gleichzeitig erfolgt die Definition und Einführung der elektronischen Datenerhebung und die Verknüpfung mit einem qualitätsorientierten Vergütungssystem; beides verbunden mit dem Ziel eines stetigen Controllings, des Feedbacks und der versorgungsforschenden Evaluation. Besonders wichtig für ein lernendes System mit Rückmeldungen an die Leistungserbringer ist die elektronische Datenerhebung, die in Bayern unter Nutzung des Dokumentationsportals OPAL funktioniert.

Die bisher gemachten Erfahrungen zeigen, dass das bayerische Vorgehensmodell zu einer Strukturierung der Versorgungsprozesse beiträgt. Und zwar:

- durch eine Objektivierung von Qualitätsanforderungen
- durch Transparenzschaffung durch Erhebung von Prozess- & Ergebnisdaten für Feedbacksysteme und Qualitätssicherungsmaßnahmen, auch für Patienten
- durch die Nutzung der Dokumentation zur Strukturierung von Leistungen & Prozessen,
- durch die garantierte Einhaltung definierter Standards
- durch den Einsatz von Vergütung für gezielte Anreize
- durch die Einbindung des Patienten durch Befundbriefe und gezielte Befragungen
- durch die Schaffung von zentralen Datenbeständen, die es ermöglichen, Versorgungsforschung auf Basis der erhobenen Daten zu betreiben.

Die Möglichkeiten des Ansatzes der Versorgungsforschung, aber auch deren Probleme wie Komplexität, zeigten auch die Vorträge der BVA. So freute sich Dr. Maximilian Gaßner, der Präsident des Bundesversicherungsamts, dass es gelungen sei, mit Einführung der DMP auch den Wettbewerb der Krankenkassen um eine

qualitativ hochwertige Versorgung von chronisch Kranken zu stärken. Immerhin nähmen heute mehr als 5,5 Millionen chronisch Kranker aktiv an den DMP (s. Tab. 1) teil, was in der abschließenden Podiumsdiskussion von Dr. Norbert Klusen, dem Vorstand der TK, gar nicht so positiv gesehen wurde. Der Grund: Durch die Einbringung der DMP in die Morbi-RSA-Zuteilung würden Kassen möglichst viele chronisch Kranke einschreiben, statt nur jene aktivieren zu wollen, die wirklich sinnvoll, weil steuerbar sind. Zudem würden sich bei DMP vor allem jene Patienten einschreiben, die schon gut eingestellt seien, während qualitative wie besonders ökonomische Effekte eher bei den Zielgruppen zu suchen seien, die von derartigen bundesweiten Programmen nicht erreicht werden. Darum hätte Klusen auch gern ein Ende der Programmpauschale gesehen, das zwischenzeitlich zwar diskutiert wurde, aber nun anscheinend doch wieder vom Tisch ist.

„Der Wettbewerb soll nicht im Verborgenen stattfinden“, erklärte Gaßner, der genau weiß, dass die Evaluation der DMP-Ergebnisse zwar gesetzlich verankert worden ist, das BVA aber nur in der Rolle „als Wächter über die Erfüllung der Zulassungsanforderungen“ an die DMP fungiert. Darum konnte zwar immerhin eine transparente und einheitliche Evaluation der DMP

sichergestellt werden, doch darf das BVA noch lange keine Daten veröffentlichen, aus denen Erfolgs- oder auch Misserfolgsparameter einzelner Kassen oder gar einzelner DMP (was im Sinne der Transparenz und Qualitätssicherung absolut sinnvoll wäre) veröffentlichten.

Was dem Amt bleibt, ist den Kassen wenigstens eine Art Benchmark zur Verfügung zu stellen, mit dem sie ihre DMP gegen andere vergleichen können sowie in eine Lernkurve (Abb. 1) einsteigen können. Diese interessanten, sicherlich manchmal auch brisanten Daten für die im Jahr 2003 gestarteten Programme bleiben der Öffentlichkeit indes verwehrt. Auch weil das BVA befürchtet, dass bei einer etwaigen Veröffentlichung dieser Daten die Datenqualität sinken könnte, weil die Kassen dann nicht mehr alle Daten zur Verfügung stellen würden.

Darüber hinaus ist die Evaluation von DMP alles andere als trivial, wie Prof. Dr. Karl Wegscheider (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf/Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie) sowie einer der Wissenschaftlichen Beiräte der „Evaluation von strukturierten Behandlungsprogrammen“ beim BVA verdeutlichte. So zeigte der Mathematiker auf, was in der DMP-Evaluation überhaupt möglich und was nicht möglich ist. Nicht möglich ist nach Wegscheider beispielsweise die Darstellung des allgemeinen Versorgungsstandards von Patienten in Deutschland und ebenso die Klärung der Frage, ob DMP nun die Versorgungslage in Deutschland verbessert haben oder nicht.

Möglich sei aber die Darstellung des Versorgungsstandards von DMP-Teilnehmern in Deutschland und ebenso eine „faire Qualitätsbeurteilung der einzelnen Programme im Vergleich zu allen anderen Programmen“. Dazu benötigt man allerdings die durchaus anspruchsvolle Methode der Adjustierung, um für einen tragfähigen Ausgleich des unterschiedlichen Patienten-Mixe und auch für eine „Bayes“-Korrektur der Exzess-Varianz zu sorgen - einem mathematischen Begriff, der die Auswirkung zufälliger Effekte auf Mittelwerte bezeichnet.

Das gelang Wegscheider und den beauftragten Instituten, so dass Dr. Christian Gawlik (BVA) nicht nur interessante Vergleiche der DMP-Mittelwerte mit epidemiologischen Daten präsentieren konnte, sondern auch intraregionale Auswertungen, um zum Beispiel beim DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Abb. 2) aufzeigen zu können, wie stark doch bei einzelnen DMP die risikoadjustierten Anteile der Halbjahre mit einem HbA1c-Wert größer als 7,5 % (pro Patient über alle Patienten hinweg) abweichen. Warum das so ist, das können allerdings nur die Kassen selbst sagen wenn sie es denn wollten. <<

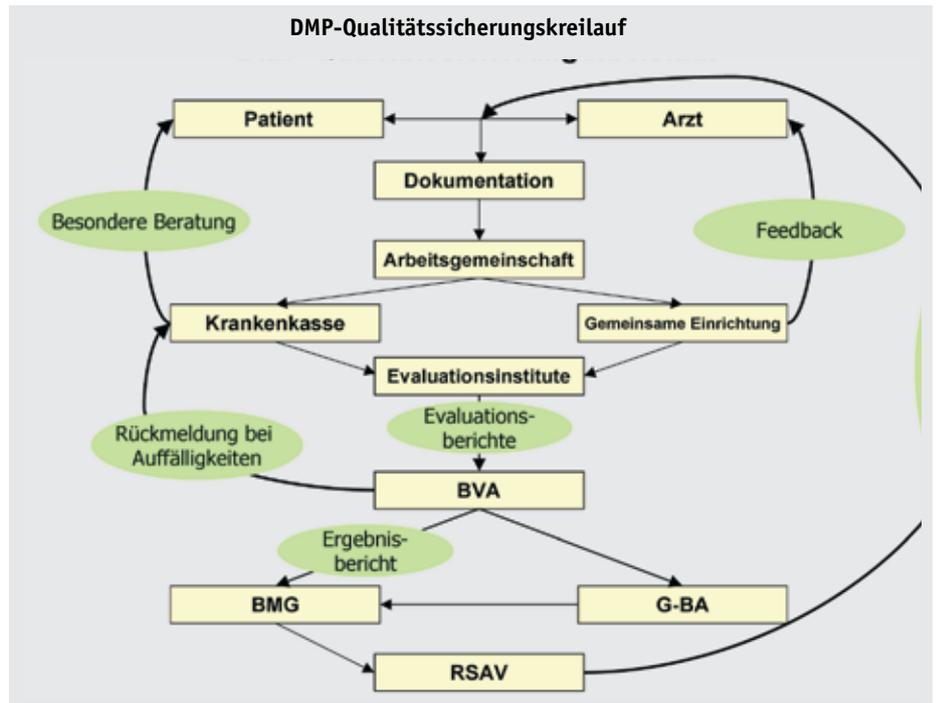
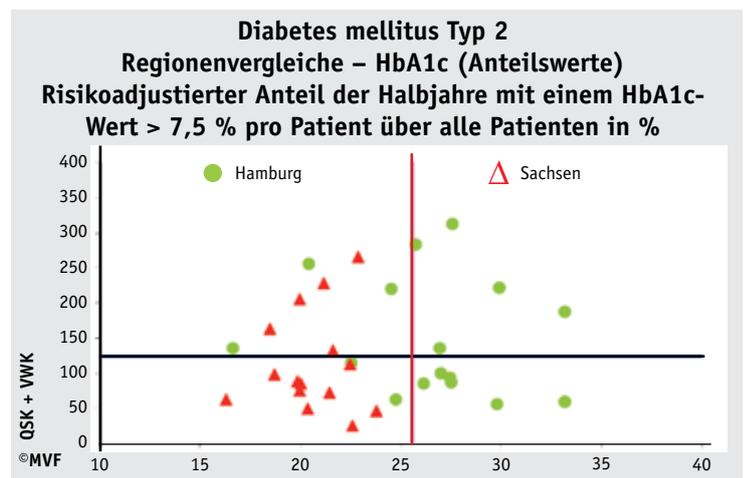


Abb. 1: DMP-Qualitätssicherungskreislauf, Vortrag: van Doorn (BVA)

Anzahl DMP und eingeschriebener Patienten			
Indikation	Anzahl laufende Programme	Einschreibungen gesamt	Einschreibungen Indikation RSA-wirksam
Diabetes mellitus Typ 2	2.332	3.361.260	2.997.111
Brustkrebs	2.031	127.406	124.226
Koronare Herzkrankheit	2.244	1.596.210	1.410.614
Diabetes mellitus Typ 1	2.041	134.196	131.770
Asthma bronchiale	2.326	694.531	625.148
COPD	2.339	548.342	409.646
Gesamt	13.313	6.461.945	5.698.515

Tab. 1: Anzahl DMP, Vortrag: van Doorn (BVA)

Abb. 2: DMP Diabetes mellitus Typ 2 - Regionenvergleiche - HbA1c (Anteilswerte); risikoadjustierter Anteil der Halbjahre mit einem HbA1c-Wert > 7,5 % pro Patient über alle Patienten in %. Legende: QSK = Qualitätssicherungskosten VWK = Verwaltungskosten, Vortrag: Gawlik



Eine Regionalanalyse zu den ambulanten Arzneimittelausgaben in der GKV:

Regionale Arzneimittelausgaben: Die Schere geht weiter auseinander

Arzneimittelausgaben stehen zurzeit im Fokus der gesundheitspolitischen Debatte. Ein Aspekt taucht dabei bislang allerdings kaum auf: die großen regionalen Differenzen. Wie die Zahlen von INSIGHT Health zeigen, betragen die Ausgabenunterschiede zwischen den KV-Regionen über 150 Euro je Versicherten.

>> Das sogenannte Arzneimittelsparpaket der Bundesregierung hat einen Rundumschlag vorgenommen: Neben dem erhöhten Zwangs-rabatt, der (durch Aufnahme in das Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften) bereits seit 01.08.2010 erhoben wird, kommen zum Jahreswechsel u. a. noch folgende Änderungen durch das am 11.11.2010 im Bundestag verabschiedete Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) hinzu:

- Preisverhandlungen zu Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen,
- Angleichung der Impfstoffpreise auf das internationale Niveau,
- gekürzte Spanne des Pharmagroßhandels,
- erhöhter Apothekenabschlag und
- angepasste Rezepturzuschläge für parenterale Lösungen.

Neben diesen national geltenden Regelungen lohnt sich jedoch auch ein Blick auf die regionale Verteilung der Arzneimittelausgaben. So unterscheiden sich die GKV-Arzneimittelausgaben je Versicherten um bis zu 37,6 Prozent (auf Basis des aktuellen Zwölfmonatswertes der INSIGHT-Health-Datenbank NVI-KV). Dabei liegt - bei einem bundesweiten Durchschnitt von 458 Euro je GKV-Versicherten - die KV Bayern mit 412 Euro am unteren Ende und die KV Mecklenburg-Vorpommern mit 567 Euro am oberen Ende.

Ost-West-Gefälle nimmt zu

Es zeigt sich ein deutliches Ost-West-Gefälle (siehe Abbildung 1). Dieses ist bereits bei früheren Studien dokumentiert (vgl. z. B. INSIGHT Health/IGES: Arzneimittelumsätze in den KV-Regionen 2007 und 2008). Beachtlich ist dabei, dass mit Ausnahme des Saarlandes alle KV-Regionen mit überdurchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben auch einen überdurchschnittlichen Ausgabenanstieg im Vergleich zum Vorjahr aufweisen. Darüber hinaus sind die höchsten Anstiegsraten bei den drei KV-

Pro-Kopf-Arzneimittelausgaben gesetzlich Krankenversicherter in KV-Regionen

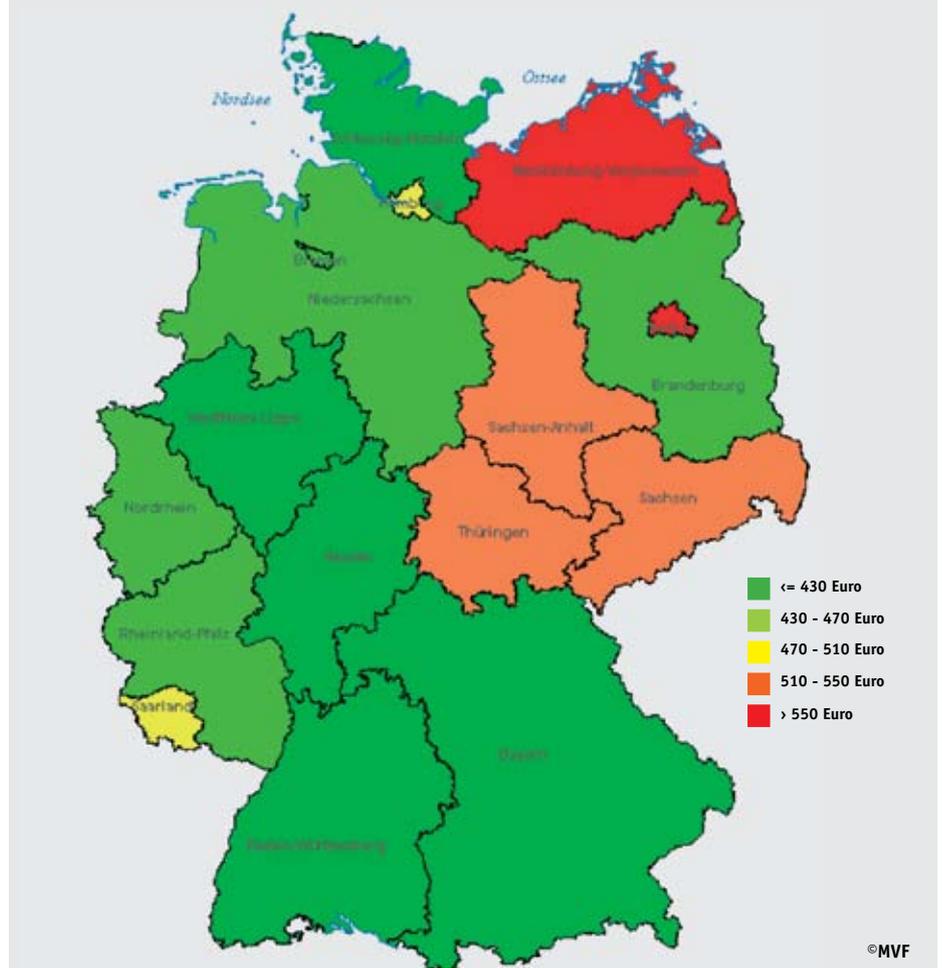


Abb. 1: Pro-Kopf-Arzneimittelausgaben gesetzlich Krankenversicherter in den KV-Regionen; Quellen: NVI-KV (INSIGHT Health), ambulante GKV-Arzneimittelausgaben (nach AVP) MAT September 2010; Mitgliederstatistik KM6 (BMG), Anzahl GKV-Versicherter zum Stichtag 01.07.2010.

Regionen mit den höchsten Ausgaben je Versicherten zu verzeichnen. Umgekehrt gibt es nur zwei Regionen mit unterdurchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben, die einen (leicht) überdurchschnittlichen Anstieg verzeichnen (KV Hessen und KV Westfalen-Lippe). Fazit: Die Schere geht weiter auseinander.

Für diese regionalen Differenzen gibt es zahlreiche Gründe: von Altersdurchschnitt und Einkommensniveau, über Haus- und

Facharztdichte, bis zum Ordnungsverhalten der Ärzte.

Die genauen Zusammenhänge sind hierbei keineswegs trivial, sind doch die potenziellen Einflussfaktoren nicht unabhängig voneinander. INSIGHT Health hat hierzu eine deskriptive Regionalanalyse durchgeführt, die - ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben - einige interessante Aspekte zur Diskussion beisteuern kann.

Summary

- Die Arzneimittelausgaben in den KV-Regionen bewegen sich zwischen 412 und 567 Euro pro Versicherten und Jahr, bei einem deutlichen Ost-West-Gefälle.
- Den höchsten jährlichen Anstieg verzeichnen auch die drei KV-Regionen mit den höchsten Ausgaben.
- Regionale Differenzen erklären sich u.a. durch Unterschiede in Alter, Arztdichte und Ordnungsverhalten.
- Regional abweichende Altersgruppenanteile driften weiter auseinander.

Anteil ausgewählter Altersgruppen an der gesamten GKV-Versichertenklientel

KV	20- bis 50-Jährige	Über 65-Jährige
Hamburg	45,2%	19,9%
Bayern	41,2%	20,4%
Baden-Württemberg	40,6%	20,6%
Hessen	40,7%	20,8%
Westfalen-Lippe	40,0%	20,9%
Berlin	43,8%	21,1%
Nordrhein	40,5%	21,4%
Niedersachsen	39,5%	21,4%
Rheinland-Pfalz	39,3%	21,5%
Deutschland	40,1%	21,9%
Schleswig-Holstein	39,3%	22,1%
Bremen	41,1%	22,1%
Saarland	38,3%	22,9%
Mecklenburg-Vorpommern	38,5%	24,3%
Brandenburg	38,4%	25,2%
Thüringen	38,0%	25,6%
Sachsen-Anhalt	37,6%	26,4%
Sachsen	37,4%	27,3%

Tab. 1: Anteil ausgewählter Altersgruppen an der gesamten GKV-Versichertenklientel; Quelle: Mitgliederstatistik KM6 (BMG), Stichtag: 1. Juli 2010.

Der Osten wird (schneller) älter

Während in Hamburg und Bayern nur jeder fünfte GKV-Versicherte über 65 Jahre alt ist, trifft dies in den neuen Bundesländern bereits auf jeden vierten zu. In der Altersklasse der 20- bis 50-Jährigen, deren Beitragszahlungen im Schnitt über den Gesundheitsausgaben liegen, zeigt sich das entgegengesetzte Bild: ihr Anteil liegt z. B. in Hamburg bei 45 Prozent und Bayern bei 41 Prozent, in den neuen Bundesländern dagegen nur bei 38 Prozent (vgl. Tab. 1).

Das Altersverhältnis hat sich zudem in den letzten zehn Jahren weiter auseinander entwickelt: Die Anzahl über 65 Jahre alter Versicherte ist in den neuen Bundesländern bei insgesamt sinkenden Versichertenzahlen um über 25 Prozent gestiegen, in Brandenburg sogar um 36 Prozent. In Hamburg dagegen stieg die Versichertenanzahl in dieser Altersgruppe nur um 11 Prozent, in Bayern um immer noch unterdurchschnittliche 19 Prozent.

Bei den 20- bis 50-Jährigen zeigt sich wiederum das entgegengesetzte Bild: Während die Anzahl GKV-Versicherte dieser Altersgruppe in Bayern von 2000 bis 2010 nur um drei Prozent gesunken und in Hamburg sogar um sieben Prozent gestiegen ist, sank in den neuen Bundesländern deren Anzahl um durchschnittlich 17 Prozent.

** Die Analyse kann über vf@insight-health.de gegen eine Schutzgebühr bezogen werden

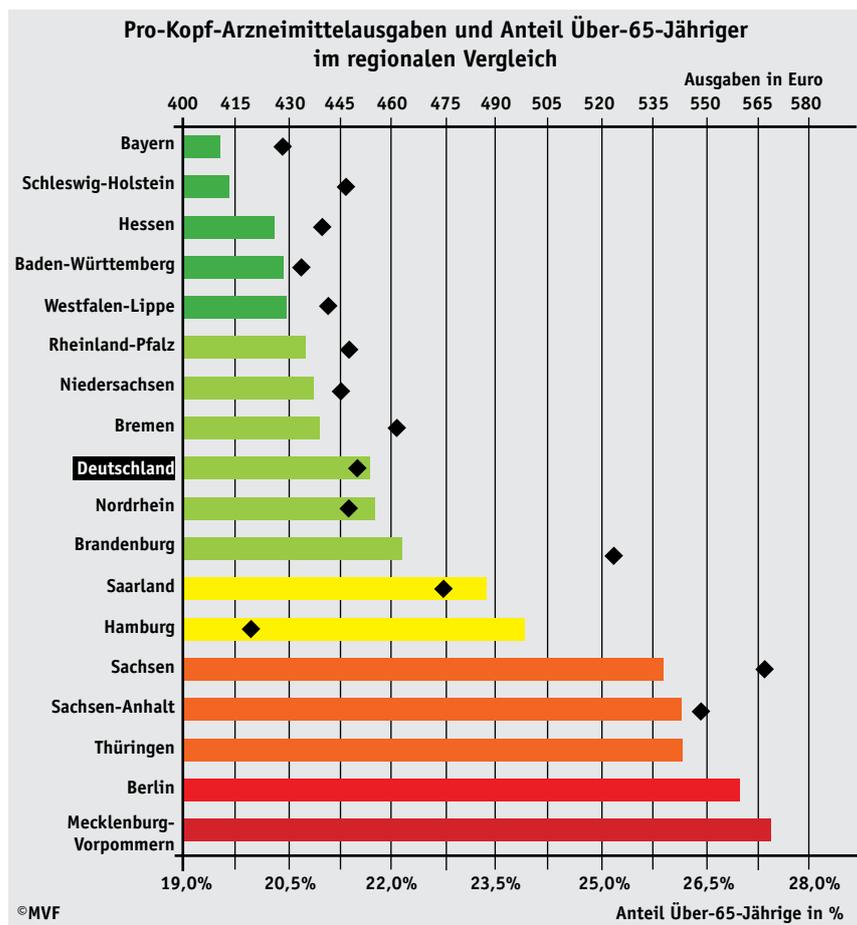


Abb. 2: Pro-Kopf-Arzneimittelausgaben und Anteil Über-65-Jähriger im regionalen Vergleich; Quellen: NVI-KV (INSIGHT Health), ambulante GKV-Arzneimittelausgaben (nach AVP) MAT September 2010; Mitgliederstatistik KM6 (BMG), Anteil Über-65-jähriger GKV-Versicherte zum Stichtag: 01.07.2010.

Älter = teurer?

Wie Abbildung 2 zeigt, ist der Anteil Über-65-Jähriger hoch signifikant mit den unterschiedlichen Pro-Kopf-Ausgaben in den einzelnen Regionen korreliert ($r = 0.616$). Die „Ausreißer“ Schleswig-Holstein und Brandenburg auf der einen sowie Hamburg und Berlin auf der anderen Seite sind zum Teil auf den sog. Umlandeffekt zurückzuführen: so wird das ambulante Versorgungssystem der Stadtstaaten auch von Einwohnern des Umlands in Anspruch genommen. Als alleinige Erklärungsvariable reicht das Alter allerdings nicht aus. So könnte man etwa bei einer ausschließlichen Betrachtung der KV-Regionen Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen den Eindruck gewinnen, dass aus einem höheren Anteil Über-65-Jähriger geringere Arzneimittelausgaben resultieren. Daher sollten weitere Erklärungsparameter gesucht werden.

INSIGHT Health hat daher im Rahmen ihrer aktuellen Regionalanalyse** auch weitere Parameter untersucht, die hier nur kurz angerissen werden sollen. So wird z. B. die Arztdichte (Anzahl Ärzte je 100.000 Versicherte) häufig zur Erklärung von Ausgabenunterschieden im ambulanten Bereich herangezogen. Allerdings ist dieser Zusammenhang auf der Ebene des gesamten Arzneimittelmarktes nur bedingt vor-

handen und kann vor allem zur Erklärung der überdurchschnittlichen Arzneimittelausgaben in Hamburg und Berlin herangezogen werden. In den Stadtstaaten liegt die Arztdichte gut 35 Prozent über dem Bundesdurchschnitt.

Ein weiterer Parameter zur Erklärung der Ausgabenunterschiede liegt in dem Ordnungsverhalten der Ärzte selbst. Zwar hängt dieses auch von der Struktur der Versicherten- resp. Patientenklimentel ab, doch erklärt die Versichertenstruktur nicht alle Differenzen. Beispielsweise haben die sechs KV-Regionen mit den höchsten Pro-Kopf-Ausgaben die höchsten Verordnungsanteile patentgeschützter Arzneimittel und überdurchschnittlich hohe Autidem-Quoten. Bei den Autidem-Quoten fallen zudem die großen Unterschiede zwischen den einzelnen KV-en auf: Während in der KV Schleswig-Holstein bei jeder vierten Verordnung Autidem ausgeschlossen wird, setzen die Ärzte der KV Bayern das Kreuz bei nicht einmal jeder zwölften Verordnung.

Angesichts des hohen Ausgabendrucks sollten sämtliche Potenziale zur Einsparung genutzt werden. Und hierbei scheint sich – wie die hier skizzierten Ergebnisse der Regionalanalyse zeigen – ein Blick über die KV-Grenzen hinweg zu lohnen. <<

von: Christian Bensing/Dr. André Kleinfeld*

* Business Development Manager von INSIGHT Health

Kooperation zwischen der BARMER GEK und Roche Pharma:

Neue Studien-Daten zur kardiovaskulären Versorgung

Einen Status quo der Versorgungssituation und der Kosten von Patienten mit Fettstoffwechselstörungen in der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse liefert eine aktuelle Studie des IGES-Instituts und der BARMER GEK, die in Kooperation mit der Roche Pharma AG erstellt wurde.

>> Die aktuelle Studie des IGES Instituts (eingeschlossen waren fast genau 100.000 Barmer-Versicherte, die zwischen Anfang 2004 und Ende 2008 versichert waren und wenigstens einen Krankenhausaufenthalt wegen KHK hatten) zur Versorgung von Patienten mit stabiler und instabiler Angina pectoris und akutem Myokardinfarkt zeigt interessante Ergebnisse. So sind nach Ausführungen von Prof. Dr. Bertram Häussler (Vorsitzender des IGES Instituts) Patienten, die sich mit ihrer koronaren Herzkrankheit (KHK) oder einem „akuten koronaren Syndrom“ (AKS) einer Krankenhausbehandlung unterziehen mussten, im Durchschnitt 70 Jahre alt. In dieser Altersschicht sind 6 % betroffen, in der von über 60 Jahren „nur“ rund 4 %. Dabei sind laut Häussler die Folgen für diese Patienten erheblich (siehe Infokasten Ergebnisse).

Ergebnisse

- innerhalb des ersten Jahres versterben immerhin vier Prozent.
- 16 Prozent haben eine Folgeeinweisung ins Krankenhaus.
- im Durchschnitt sind die Patienten zudem 36 mal im Jahr bei einem niedergelassenen Arzt.
- und einmal im Jahr im Krankenhaus.
- bei einem Drittel wird ein Stent in die Koronarien implantiert .
- und zwischen drei und vier Prozent unterziehen sich einer Bypass-Operation.
- 84,3 Prozent unterziehen sich einer lipidsenkenden medikamentösen Therapie und folgen damit den Empfehlungen der Leitlinien.
- Die Compliance dieser Therapie kann als „gut“ bezeichnet werden.
- Trotz operativer Eingriffe ist der Anteil der Patienten, die erneut ins Krankenhaus eingewiesen werden, mit bis zu 50 Prozent hoch.
- Bis zu 30 Prozent der Folgeeinweisungen werden im Zuge einer lipidsenkenden Therapie vermeidbar – ein Folgeereignis lässt sich bis zu einem Jahr hinauszögern.
- Die Ausgaben der Krankenkasse sind bei KHK- bzw. AKS-Patienten gegenüber nicht betroffenen Patienten um bis zu 80 Prozent erhöht.
- Tritt zudem noch ein Folgeereignis ein, erhöhen sich die Ausgaben noch um ca. 3.000 Euro pro Jahr.

„Die Untersuchung zeigt ein relativ hohes Niveau der Versorgung dieser Patienten“, erklärte Häussler. Dennoch könne die Frage gestellt werden, ob die Effekte der Behandlung noch gesteigert werden könnten. Ein probater Ansatz kann es sein, auf die Prävalenz von Folgeereignissen einzuwirken. Denn bei Eintritt eines Folgeereignisses, steigern sich die Gesamtausgaben immerhin um zusätzlich über 50 Prozent. „Diese Erkenntnisse sind für uns ein Handlungsimpuls“, so Dr. Ursula Marschall vom Kompetenzzentrum Gesundheit der BARMER GEK, die dabei ist ein Versorgungsprogramm Kardiologie aufzusetzen. Das kardiologische Versorgungsprogramm der BARMER GEK verfolgt dabei unterschiedliche Ansätze. Dazu gehören neben einem Modul „interventionelle Kardiologie“, „DMP-Herzinsuffizienz“ und „Kardiochirurgie“ auch Maßnahmen zum spezifischen Versichertenmanagement zur Herzinsuffizienz, wobei die vorgestellten Evaluationsergebnisse vor allem in das Management zur Sekundärprävention von kardiovaskulären Ereignissen einfließen sollen. Der Grund ist ökonomischer Art: „Bereits heute belaufen sich die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkasse zur Behandlung kardiovaskulärer Erkrankungen auf 10 Milliarden Euro.“ Und bis zum Jahr 2020 ist zudem von einer demografiebedingten Zunahme der assoziierten Ausgaben um ca. 20 bis 25 Prozent auszugehen.

Lücke zwischen Leitlinien und Realität

88 Prozent der Patienten, die sich in der Sekundärprävention einer lipidsenkenden medikamentösen Therapie unterziehen, werden mit Statinen und 10 % mit Statinen in Kombination mit Ezetimib behandelt. In der Studie (N=63.458) war der Einfluss der Lipidsenkung auf die Vermeidung von Folgeeinweisungen nachweisbar. So verringerten sich Folgeeinweisungen bei Ezetimib plus Statin um -31 %, bei der Gabe von nur Statinen um -19 % und bei „Sonstigen“ (einer kleinen Gruppe um die 2 Prozent, darunter vor allem Nicorinsäure-Präparate) um -10 %. Berücksichtigt wurden bei dieser Auswertung nur Patienten, die mehr als 365 Tage beobachtbar waren, um Fälle auszuschließen, bei denen aufgrund ihrer Wieder-

aufnahme ins Krankenhaus oder ihres Todes keine ambulante medikamentöse Behandlung zu beobachten war. Insgesamt aber erreicht trotz Verbesserungen in den vergangenen Jahren die Mehrheit der Patienten nicht die durch Leitlinien empfohlenen Zielwerte einer optimierten Therapie. „Hier besteht eine deutliche Lücke zwischen den Leitlinien-Empfehlungen und dem klinischen Alltag, die durch neue therapeutische Ansätze geschlossen werden muss“, betont Dr. Anselm K. Gitt, Vizedirektor des Instituts für Herzinfarktforschung, Ludwigshafen, anlässlich der Präsentation der Studie.

Er hob in seinem Vortrag darauf ab, dass LDL-Senkung alleine reicht nicht ausreicht, sondern aufgrund neuerer Erkenntnisse vor allem auch die HDL-Erhöhung in den therapeutischen Fokus genommen werden muss; was natürlich erstens Roche besonders freut, die ein entsprechendes Präparat in Phase III hat und was zweitens die Kooperation mit der Barmer erklärt.

„Eine Optimierung der LDL-C-Werte alleine reicht nicht aus. Viele Patienten weisen neben zu hohen LDL-C-Werten zusätzlich erhöhte Triglyceride und niedrige HDL-C-Werte auf“, erklärt dazu Gitt. „Insbesondere bei Hochrisiko-Patienten besteht der Bedarf intensiver therapeutischer Ansätze, die das gesamte Lipidprofil der Patienten berücksichtigen.“

Eine therapeutische Option bietet darum eben die HDL-Erhöhung: Epidemiologische Daten würden belegen, dass eine hohe HDL-Konzentration mit einem niedrigeren Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen korreliert. Auch deshalb würden die Auswirkungen einer therapeutischen HDL-Erhöhung durch sogenannte CETP-Inhibitoren auf das residuale Risiko aktuell in groß angelegten Endpunktstudien untersucht. Auf harte Endpunkte testet übrigens bereits auch Roche bei seinem neuen Medikament, um den Anforderungen des ab Januar in Kraft tretenden AMNOG gerecht werden zu können. <<

Downloads

- Vortrag Prof. Häussler
- Vortrag Dr. Gitt
- Vortrag Dr. Marschall

Link für Abonnenten: www.m-vf.de

Sorglos reisen: Die kostenlose Auslandsreise- krankenversicherung bei der Deutschen BKK.

Ab 1. Juli 2010 ist jeder Versicherte der Deutschen BKK automatisch auch im Ausland zusätzlich abgesichert. Diesen Versicherungsschutz gewährt der Partner der Deutschen BKK, die ERGO Direkt Versicherungen.

Aktuell wird in der Politik über ein neues Verhältnis von gesetzlicher Krankenkasse und privaten Krankenversicherungen diskutiert. „Unsere Versicherten haben einen großen Mehrwert, wenn sie dieses Angebot aus einer Hand nutzen. Erweiterte Möglichkeiten von Kooperationen der gesetzlichen Krankenkassen mit der privaten Krankenversicherung würden wir begrüßen“, sagt Achim Kolanoski, Vorstandsvorsitzender der Deutschen BKK.



Achim Kolanoski, Vorstandsvorsitzender der Deutschen BKK

„Allerdings muss sich ein Angebot auch wirtschaftlich tragen, sowohl für den Versicherten als auch für die beteiligten Krankenversicherungen. Und auch der Versicherungsgemeinschaft im solidarisch finanzierten System der gesetzlichen Krankenkassen darf kein Nachteil durch zusätzliche Kosten entstehen. Das ist bei der Auslandsreisekrankenversicherung der Deutschen BKK der Fall“, stellt Achim Kolanoski klar.

Mehrwert für die Versicherten der Deutschen BKK: weltweit abgesichert

Krank werden im Urlaub, das kann eine teure Angelegenheit werden, wenn eine ambulante oder auch stationäre medizinische Leistung notwendig wird. Zwar gilt innerhalb der EU ein Sozialversicherungsabkommen, aber oftmals weigern sich Ärzte im Ausland, die europäische Versichertenkarte anzuerkennen. Dann bleibt oftmals nur die Möglichkeit der Vorkasse. Die Rechnung kann zwar bei der

heimischen gesetzlichen Krankenkasse eingereicht werden – erstattet werden können jedoch nur die Kosten bis zur Höhe der in Deutschland üblichen Kosten.

Wenn der Arzt am Urlaubsort höhere Abrechnungssätze für die erbrachten Leistungen zu Grunde legt, bleiben die Versicherten auf dem Rest der Kosten sitzen. Und richtig teuer kann es außerhalb der EU für kranke Versicherte werden. In den USA zum Beispiel kostet ein Krankenhaustag ein Vielfaches von dem, was in Deutschland berechnet wird.

Die Kosten eines eventuell notwendigen Rücktransports nach Deutschland sind unabhängig vom Urlaubsort gänzlich von der Erstattung ausgeschlossen. Dank der neuen Auslandsreisekrankenversicherung der Deutschen BKK gehören diese Probleme nun der Vergangenheit an. Bei allen privaten Urlaubsreisen bis zu sechs Wochen besteht für Versicherte der Deutschen BKK weltweit eine 100-prozentige Kostenerstattung bei akut medizinisch notwendiger Behandlung, einschließlich Krankenhausaufhalten, ärztlich verordneter Arzneimittel und des Rücktransports ins Heimatland. Und das zum Nulltarif.

Der Vorstandsvorsitzende der Deutschen BKK bringt es auf den Punkt: „Die Deutsche BKK steht für erstklassigen Service und eine aus-

gezeichnete Leistung für ihre Versicherten. Egal wie sich die Politik zukünftig entscheiden wird: Wir nutzen die Kooperationsmöglichkeiten mit unserem Partner der privaten Krankenversicherung. Schließlich steht die sichere Versorgung der Kunden der Deutschen BKK im Mittelpunkt. Nur das zählt.“

Volle Leistung zum Nulltarif:

- Freie Arztwahl im Aufenthaltsland
- Behandlung in einem anerkannten Krankenhaus
- Medizinisch notwendiger Rücktransport ins Heimatland

Mehr Informationen unter:
www.deutschebkk.de

Sehr gerne berät Sie auch das Servicecenter der Deutschen BKK unter (0 18 02) 18 08 65 (6 Cent pro Anruf aus dem deutschen Festnetz, maximal 42 Cent pro Minute aus Mobilfunknetzen) oder eine der bundesweit 50 Filialen der Deutschen BKK.

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



Eine der größten Betriebskrankenkassen: Die Deutsche BKK

- hervorgegangen aus den Betriebskrankenkassen von Post, Telekom und Volkswagen
- bundesweit für jedermann geöffnet
- ca. 900.000 Versicherte
- 50 Filialen

Die Bosch BKK stellt eine Studie zum Ansatz der „Patientenbegleitung“ vor:

Evidenz für das Case Management

Eine unbeantwortete Frage blieb bislang jene, welche ökonomische Dimension ein Case-Management-Ansatz hat. Und umso mehr einer, der in ein selektives Vertragsgeschehen eingebunden ist. Eine positive Antwort auf gleich beide offenen Fragen gab jüngst die Veröffentlichung einer Studie über den Ansatz der Patientenbegleitung der Bosch BKK. Die Ergebnisse sprechen für sich und dürften auch Einfluss auf die politische Willensbildung haben, wie Bosch-BKK-Vorstand Bernhard Mohr bei der Vorstellung der Studie in der Berliner Bosch-Repräsentanz sagte.



Bosch BKK Vorstand Bernhard Mohr

>> „Man muss klare Versorgungsziele definieren, die dann schrittweise zu erfüllen sind“, nannte Mohr einen der Erfolgsfaktoren für jegliches Case Management. Das werden naturgemäß sehr Unterschiedliche sein, wie beispielsweise bei einem Schlaganfallpatienten mit Folgeschäden ein bestimmter Grad der Rehabilitation, bei Krebspatienten mit Rezidiv eine zu erreichende Lebensqualität nach Chemotherapie oder Bestrahlung oder bei psychisch kranken Patienten kann es wichtig sein zu entscheiden, ob eine Psychotherapie und/oder medikamentöse Behandlung der richtige Weg ist. Doch immer gilt nach Mohr: „Jedes Projekt muss sich kurz- oder zumindest mittelfristig rechnen.“ Weil eine Kasse eigentlich immer mit Investitionen in Vorleistung treten muss, nannte Mohr auch harte Zahlen. So musste seine Kasse beim Case-Management-Projekt „Patientenbegleitung“ (siehe wiss. Beiträge ab S. 24 ff.) Rückstellungen in Höhe von rund 0,2 Beitragssatzpunkten bilden, die natürlich auch in die Haushaltsplanung eingestellt wurden. Insgesamt rechnete die Bosch BKK mit einem Personal- und Sachaufwand von rund einer Million Euro. Dazu kam der Verzicht auf die Praxisgebühr von rund 1,1 Millionen Euro sowie zusätzliche Arzthonorare in der Höhe von rund 1,6 Millionen Euro. Mohr: „Wenn das Projekt schief gegangen wäre, wäre die Summe das Worst-Case-Szenario.“

Doch es gab eher einen Best-Case, wie der mit der Studienbegleitung des Ansatzes der „Patientenbegleitung“ betraute Prof.Dr. Peter Löcherbach herausfand. In seiner Kontrollgruppen-Studie mit 1.064 Patienten untersuchte er dazu die verfügbaren Kostendaten und konnte aufgrund der Datenverfügbarkeit alle ausweisbaren Kosten der Patienten einschließen, jedoch leider mit Ausnahme der Leistungsausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung, die Mohr nur allgemein beziffern konnte. Dabei zeigte sich, dass das Modell – wie auch anzunehmen war - zunächst mit Mehrkosten in Form von Aufwendungen für Patientenbegleitungen und Kosten für eine optimierte Versorgung

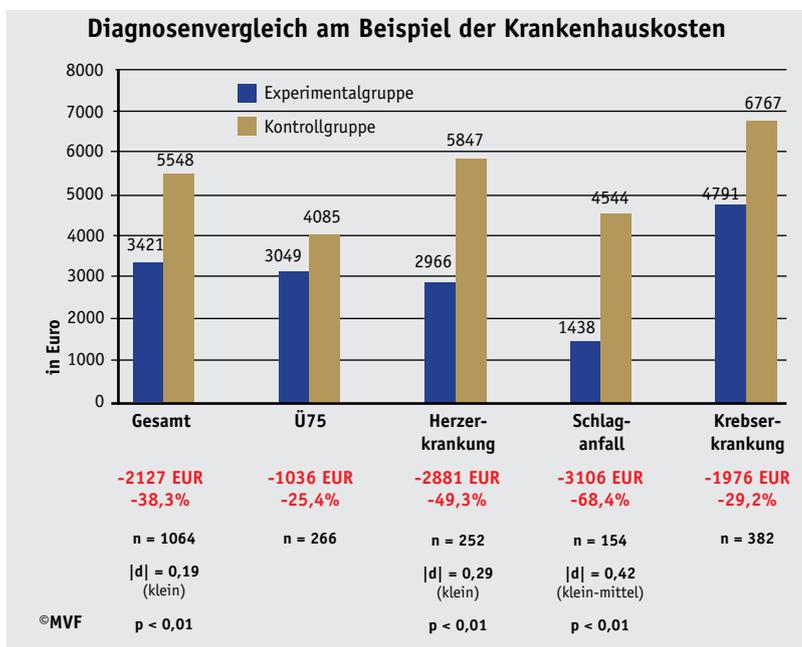
verbunden ist. Erste gesicherte Erkenntnis ist jedoch, dass sich diese Mehrkosten spätestens nach rund einem Jahr in positive Kosteneffekte verändern. Löcherbach: „Insgesamt wurden circa ein Jahr nach Beendigung der Patientenbegleitungen signifikante Einsparungen von durchschnittlich 21,5 Prozent ermittelt.“ Eine konservative „Hochrechnung“ zeigte, dass mit 95%iger Sicherheit die Einsparungen im Bereich zwischen ca. 900 Euro und 3.700 Euro liegen, sowie mit 99 %iger Sicherheit zwischen 450 Euro und 4.150 Euro - jeweils im Mittel bei 2.300 Euro. Löcherbachs Fazit: „Den Aufwendungen für die ärztlichen Vertragspartner, für den Verzicht auf die Praxisgebühr für die eingeschriebenen Patienten und für die internen Kosten für die Patientenbegleitung stehen die Einsparungen gegenüber und führen zu dem Ergebnis: Die Verbesserung der Versorgung ist laut Aussagen der Bosch BKK nicht mit Mehrkosten verbunden.“ Und weiter: „Selbst wenn beispielsweise im Sinne einer Vollkostenrechnung (unter Beachtung aller Investitionen und

direkten und indirekten Kosten) Mehrkosten verbleiben, ergibt sich durch die Einführung einer Patientenbegleitung für die Krankenkasse eine bessere Versorgung und Versorgungsstruktur und damit ein angemessenes Kosten-Nutzenverhältnis.“

Bosch Vorstand Mohr kalkuliert nun ungefähr mit diesem Mittelwert. So rechnet er vor, dass sich das Projekt mit seinen rund 3.000 jährlich abgearbeiteten Fällen bereits für seine Kasse gelohnt hat, wenn auch nur die Hälfte des in der Studie errechneten maximalen Kostenvorteils eintritt. Denn das summiert sich bereits auf rund 3,7 Millionen Euro pro Jahr, die den genannten Investitionen gegenüber stehen.

Neben der besseren Versorgung der Versicherten ist die ökonomische Seite jene, die heute keine Kasse mehr unterschätzen darf. „Wenn Kassen nicht Versorgung entsprechend der Wünsche ihrer Versicherten gestalten, werden ihnen diese davonlaufen“, warnt Mohr und weiß genau, dass die „eigentlichen Player

Abb. 1: Diagnosenvergleich am Beispiel der Krankenhauskosten; D= Effektgröße (nur angegeben, wenn Unterschied EG/KG signifikant



Einsparpotenziale der Patientenbegleitung

- Am deutlichsten sind die finanziellen Effekte der Patientenbegleitung im Krankenhausbereich, wo die Betreuung auch zu weniger Klinikeinweisungen und kürzeren Aufenthaltsdauern führte.
- Besonders wichtig sind diese Effekte, weil die Krankenhauskosten rund die Hälfte der in der Studie berücksichtigten Gesamtkosten ausmachen (alle Ausgaben außer den Aufwendungen für ambulante ärztliche Leistungen).
- Insgesamt wurden ca. ein Jahr nach Beendigung der Patientenbegleitungen signifikante Einsparungen von durchschnittlich 21,5 Prozent ermittelt.
- Hochrechnung der Einsparung pro Jahr und pro Fall (bei mittlerer Nachbeobachtungszeit von ca. 11 Monaten):
 - 95%ige Sicherheit: 900 - 3.700 Euro Mittel: 2.300 Euro
 - 99%ige Sicherheit: 450 - 4.150 Euro Mittel: 2.300 Euro

der Zukunft“ jene Krankenkassen sein werden, deren Versicherte die von ihnen für richtig gehaltene Versorgung bezahlen wollen. Mohr: „Und zwar zu einem vernünftigen Preis, den die Krankenkassen individuell mit den Leistungserbringern vereinbaren müssen.“

Vor diesem Hintergrund mahnt er eine stärkere Nutzung der gesetzlichen Möglichkeiten zum Abschluss von freiwilligen, nicht von Schiedsämtern verordneten Selektivverträgen ein. Hier mache die Politik zur Zeit aus seiner Sicht den Fehler, wegen der ihres Erachtens unzureichenden Nutzung von Selektivverträgen frühzeitig die Flinte ins Korn zu werfen. „Rund dreieinhalb Jahre Zuständigkeit für dieses Thema sind sowohl für Kassen wie auch Leistungserbringer keine Zeit, sich ausreichend diesem für sie unbekanntem Thema zu nähern“, sagt Mohr, rückblickend auf seine lange Erfahrung, die schon weit vor dem seit dem 1. April 2007 von der Politik gewollten Start des selektiven Kontrahierens begann. Seiner Meinung nach ist dieses Instrument eines der wenigen, wenn nicht gar das einzige, dass die Kassenszene unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds wirklich als Steuerungsmöglichkeit nutzen kann. Mohr: „Man kann Verwaltungskosten nicht unendlich senken, und auch mit Rechnungsprüfung oder den alten Instrumentarien, um Leistungen zu kürzen, lässt sich recht wenig bewegen.“ Was nach den derzeitigen Rahmenbedingungen bleibe, sei einzig und allein das Versorgungsmanagement.“ <<

Patientencompliance

Autor: Christian Schäfer
Patientencompliance - Messung, Typologie, Erfolgsfaktoren
Durch verbesserte Therapietreue Effizienzreserven ausschöpfen

Verlag: Gabler Verlag
 Wiesbaden 2011
 320 Seiten
 ISBN: 978-3-8349-2483-4
 Preis: 54,95 Euro

>> Warum verhalten sich manche Patienten therapietreu - und andere nicht? Wenn diese Frage eindeutig geklärt wäre und entsprechende Maßnahmen ergriffen würden, könnten Kosten in Milliarden-Höhe eingespart werden. Christian Schäfer, Autor der Neuerscheinung zum Thema Patientencompliance geht genau dieser Frage auf den Grund. Er zeigt Barrieren auf und Wege, wie die Therapietreue der Patienten gesteigert werden könnte.

Mit Hilfe einer empirischen Untersuchung (einer Befragung von über Tausend Bluthochdruckpatienten) erforscht Schäfer die Wirkungszusammenhänge verschiedener Faktoren im Complianceverhalten von Patienten. Zu diesen Faktoren zählt er die Verhaltensabsicht zum Complianceverhalten, die Verhaltenskontrolle, die Therapiewirksamkeit, die Therapiebarrieren, die emotionale Einstellung des Patienten zur Therapie, seine Gesundheitsmotivation, das Vertrauensverhältnis zum Arzt und schließlich das Patientenumfeld.

Darüber hinaus stellt Schäfer in seinem Buch ein innovatives Instrumentarium zur standardisierten Messung des Therapietreue-Niveaus vor: den Patienten Compliance Index (PCI). Vor allem für die Pharmaindustrie dürfte sich das Instrument eignen, um „ein klar überlegenes Therapieergebnis eines Medikaments im Real-Life-Cycle wissenschaftlich fundiert nachweisen zu können“, wie Schäfer schreibt.

Der Autor schlägt auf der Basis der Studienergebnisse konkrete Interventionspunkte für ein effektives Compliance-Management



im Therapieverlauf vor und liefert damit ein Konzept, das sich sowohl für Ärzte, als auch für andere Leistungserbringer, aber auch -träger und Pharmaunternehmen eignet. <<

Sozialmedizin und Public Health

Autoren: J.-U. Niehoff/B. Braun
Handwörterbuch Sozialmedizin und Public Health

Verlag: Nomos Verlagsgesellschaft
 Baden-Baden, 2010
 325 Seiten
 ISBN: 978-3-8329-4025-6
 Preis: 29 Euro

>> Von A wie Adherence bis Z wie Zuzahlungen - das Handwörterbuch Sozialmedizin und Public Health umfasst über 500 Fachbegriffe und eignet sich besonders gut als Nachschlagewerk für Diejenigen, die sich mit dem deutschen Gesundheitssystem tiefer befassen und dabei auf eine aktuelle und präzise Terminologie nicht verzichten wollen. Erklärt und erläutert werden in der zweiten Auflage des Handwörterbuchs Schlüsselbegriffe aus der Epidemiologie, Demografie, Medizinsoziologie, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystemwissenschaften und dem Sozialrecht.

Das Besondere an dem Nachschlagewerk ist, dass die Begriffe nicht bloß aufgeführt und erläutert werden, sondern dass die Erfahrungen aus dem deutschen Gesundheitssystem mit denen in anderen Ländern verglichen werden - etwa in den USA, in England, Frankreich oder in den Niederlanden. Das Buch ist interdisziplinär angelegt, die Fachbegriffe in übersichtlicher und handlicher Form erklärt, und auch der Forschungsstand ist Bestandteil der kompakten Zusammenfassungen. Fazit: Das Buch ist eine hervorragende Stütze, um sich auf den neuesten Stand der internationalen Terminologie der Gesundheitssystemwissenschaft zu bringen. <<

Hinweis an Verlage: Für unaufgeforderte Buchzusendungen können wir keine Haftung übernehmen. Bitte senden Sie nach voriger Absprache mit redaktion@m-vf.de je 1 Exemplar an den Herausgeber sowie 1 Exemplar an die Redaktion.



Potenziale für Krankenkassen

Versorgungsmanagement aus Marketing-Sicht: Beispiele für innovative Ansätze

Im Grunde könnten Krankenversicherungen äußerst spannende Marketing-Organisationen sein. Es gibt wohl kaum Unternehmen in anderen Branchen, die gemessen an der Anzahl der über 15.000 ICD ähnlich viele Produktmöglichkeiten grundsätzlich besitzen. Allerdings muss man dazu auch erst einmal die Perspektive des Versorgungsmanagements einnehmen, um diese Chancen überhaupt zu erkennen. Die Möglichkeit und Notwendigkeit hierfür zeigen der HRM HealthCare-Relationship-Management-Ansatz mit seiner Differenzierung in Kosten- und Kundenzellen sowie empirische Studien zur Krankenkasse der Zukunft auf. Um diese sich bietenden Chancen zu realisieren, spielt die Kommunikation eine zentrale Rolle. Am Beispiel von Bonusprogrammen wird aufgezeigt, wie sich die Welt des Versorgungsmanagements und der Kommunikationspolitik sinnvoll verknüpfen lässt. Selbst innovative technologische Lösungen lassen sich ideal mit dem Versorgungsmanagement und einer „Marketing-Denke“ verbinden – eigentlich machen sie dann sogar erst Sinn, weil sie wie z.B. mobile Terminbuchungsanwendungen nur auf diese Weise echten Nutzen stiften.

Summary

Marketing im Sinne markt-orientierter Unternehmensführung ist eine Perspektive, die dem Versorgungsmanagement eine strategische Bedeutung verleiht. Unter den Aspekten von Kosten- und Kundenzellen birgt Versorgung ein Potenzial für die GKV, das gerade erst begonnen hat, in die Management- und medizinische Diskussion Einzug zu halten. Den Kassen hilft dabei besonders die Kommunikation, als ein Element im Marketing-Mix, um ihren Versicherten schnell einen erkennbaren Nutzen zu stiften und die Versorgungsqualität insgesamt zu erhöhen.

>> Der 1. Januar 2009 markierte einen Paradigma-Wechsel in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), denn mit der Umsetzung des Wettbewerbsstärkungsgesetzes begann das Zeitalter des Wettbewerbs unter einem einheitlichen Beitragssatz und den neuen Finanzierungsbedingungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (mRSA). Die Konsequenz war eine enorme, auch kassenartenübergreifende Fusionswelle. Aber auch Fusionen, die zunächst erst einmal hohe Integrationsanforderungen an alle Beteiligten stellen, lösen das grundlegende strategische Problem nicht, wie sich eine Kasse unter den neuen Wettbewerbsbedingungen aufstellen sollte.

Unternehmensführung in den Vordergrund rückt. Die Begründung für diese zweite Welle ist einfach: Damit eine Kasse unter den veränderten Wettbewerbs- und Finanzierungsbedingungen erfolgreich agieren kann, muss sie gleichzeitig die Herausforderungen von Kunden- und Kundenzellen bewältigen. Das bedeutet, dass eine Kasse ihr Kundenbeziehungsmanagement (Kundenzellen) nicht mehr länger nur auf die bisher „lohnende“ Zielgruppe der Gesunden konzentrieren darf. Sie muss zusätzlich auch ein Beziehungsmanagement zu den akut und chronisch Kranken aufbauen, da diese aus Gründen der Zuweisungen aus dem mRSA sehr attraktiv sein können. Die Logik des Deckungsbeitrags bedingt den Wettbewerb aller Kassen gegen die Durchschnittskosten in der Leistungserbringung und zwingt die Kassen verstärkt zum Aufbau eines Versorgungsmanagements. Die Lösung für dieses Dilemma ist ein übergreifender Ansatz bzw. ein Führungs- und Management-Konzept, das in den letzten Jahren entwickelt wurde: HealthCare Relationship Management (HRM).

Kunden- und Kundenzellen: Zentrale Herausforderungen der GKV

Es scheint bereits jetzt absehbar, dass eine zweite Welle zu erwarten ist, die das Marketing oder besser noch eine marketingorientierte

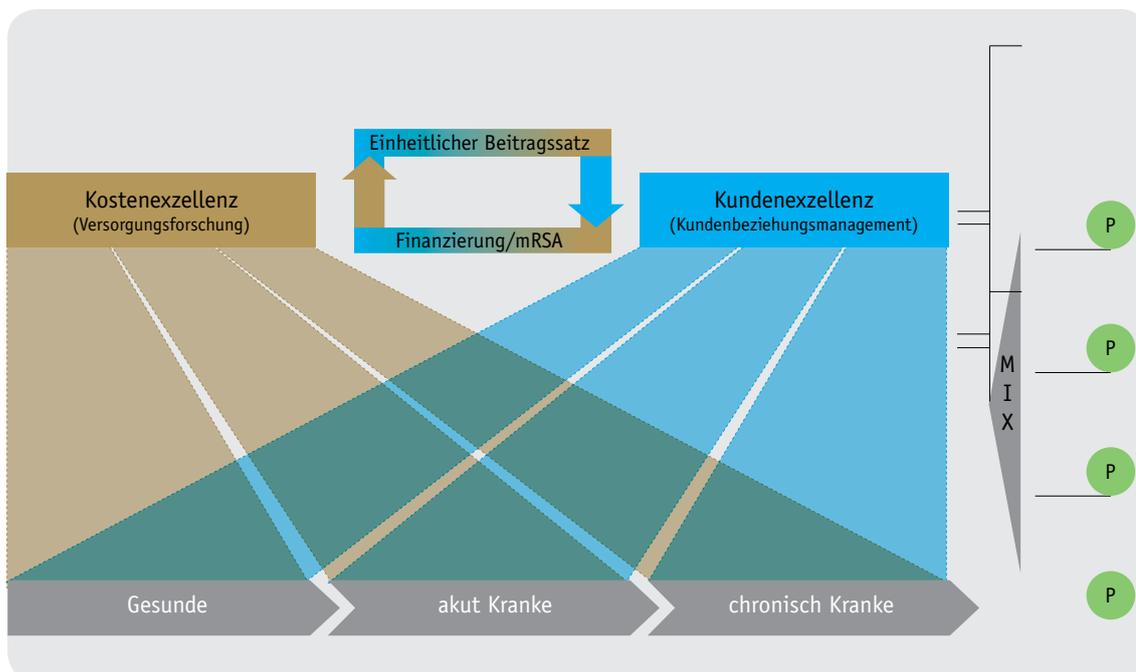


Abb. 1: Die Herausforderungen im Marketing-Mix vor dem Hintergrund von Kunden- und Kundenzellen

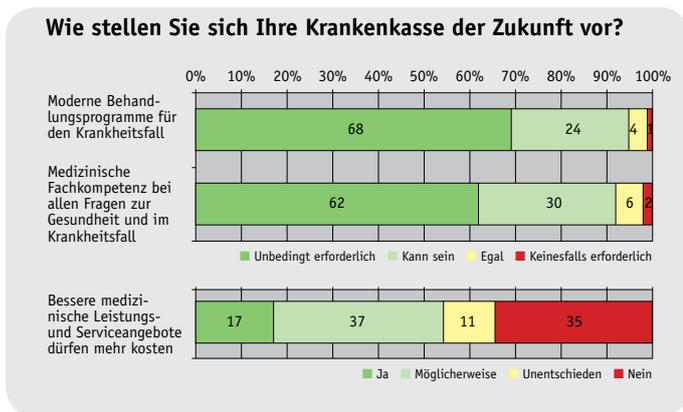


Abb. 2: Krankenkasse der Zukunft (Quelle: TCP-Studie „Versorgungsmanagement und Kommunikation“, 2009)

Wie Abbildung 1 verdeutlicht, müssen die Herausforderungen der GKV ganzheitlich betrachtet werden. Daraus leiten sich dann direkte Anforderungen an den klassischen Marketing-Mix (product / price / placement / promotion) ab. Doch wo zeichnen sich konkret Innovationen in den beiden Bereichen von Kunden- und Kostenexzellenz vor dem Hintergrund der drei Kernzielgruppen (Gesunde, akut und chronisch Kranke) ab?

Versorgungsmanagement: Fundus neuer Produkte

Das Ergebnis einer im Sommer 2009 durchgeführten repräsentativen Studie des Beratungsunternehmens Terra Consulting Partners GmbH (TCP) offenbart, dass moderne Behandlungsprogramme gepaart mit medizinischer Fachkompetenz zum Gesundbleiben und im Krankheitsfall das künftige Profil einer GKV aus Kundensicht entscheidend bestimmen.

Gemäß Abbildung 2 stehen dabei sogar 54% der Versicherten Premium-Angeboten, die mehr kosten dürfen, aufgeschlossen gegenüber. Diese Erkenntnisse sind Hinweise darauf, dass die Kassen ihren Leistungs- und Versorgungsbereich - aus der Perspektive von Marketing - auch als Forschungs- und Entwicklungseinheit bzw. als Produktionsbereich für Gesundheitsprodukte begreifen sollten. Dies eröffnet ein völlig neues Verständnis davon, wo und wie sich eine Kasse die Ideen für Produkte und ihre Vermarktung aus ihrem ureigensten Kompetenzfeld holen kann.

Die in Abbildung 3 genannten Themen sind den Kassen fachlich bekannt. Das Marketing-Potenzial indes wird vielfach aber noch gar nicht erkannt und wird häufiger sogar mit dem Argument abgetan, „wir wollen doch keine Kasse für Hypertoniker, etc. werden“. Analog zur geforderten Entwicklung nach Spezialisierung und hohen Fallzahlen in der Krankenhausversorgung, kann es für Kassen aber sinnvoll sein, spezialisierte Kompetenz in Form von Versorgungsprodukten aufzubauen. Dies gilt insbesondere für Kassen, die ihre Chancen im Zugang zu (ehemaligen) Trägerunternehmen und bei bedeutsamen regionalen Arbeitgebern sehen. Insofern steckt allein in diesem Verständnis von Versorgung ein hohes Potenzial an Innovation.

Kommunikation: Die unterschätzte Komponente

Bei der Umsetzung von Versorgungsmanagement kann auf bewährte Instrumente der Kommunikationspolitik (promotion) zurück-

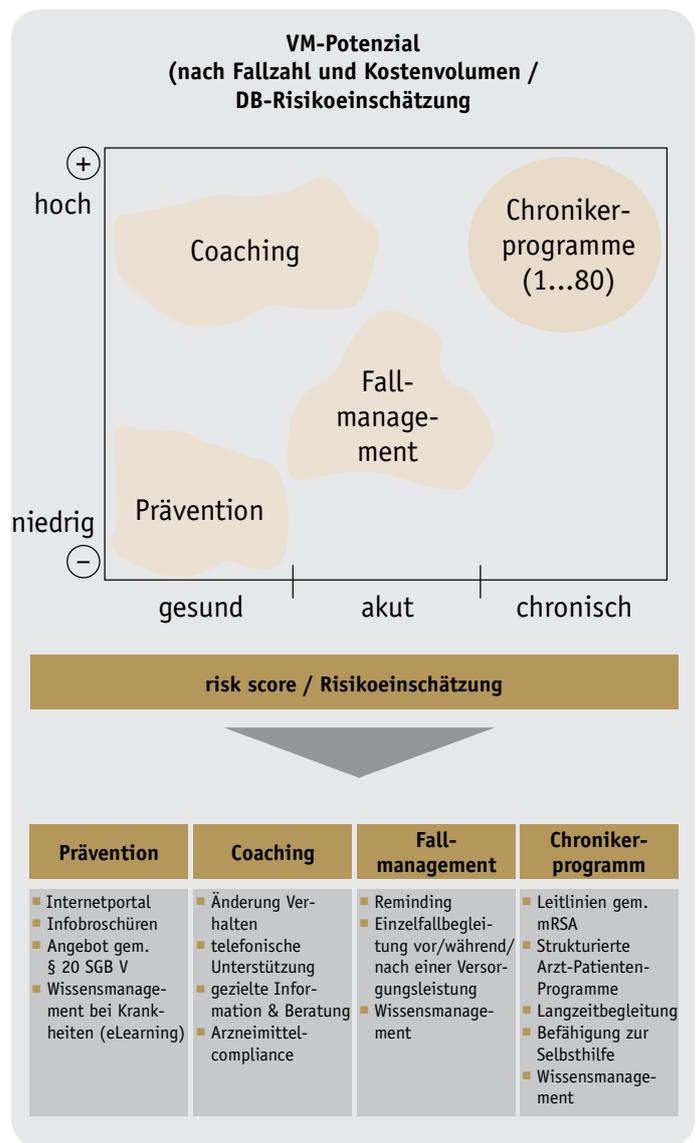


Abb. 3: Vier Produktfelder aus dem Bereich der Versorgung

gegriffen werden – allerdings in viel breiterem Umfang als zuvor. Bonusprogramme sind hierfür ein gutes Beispiel, da sie sowohl die enge Verknüpfung zwischen promotion und product, als auch zwischen Versorgungsmanagement und Kundenbeziehungsmanagement verdeutlichen. Zudem weisen Bonusprogramme laut Bevölkerungsmonitor der Bertelsmann Stiftung mit Abstand die höchsten Akzeptanzwerte aus Sicht der Versicherten auf und bergen damit enorme Potenziale, die weitgehend noch ungenutzt sind.

Diese ungenutzten Potenziale sind u.a. darin begründet, da bei der Mehrzahl der Instrumente funktionell betrachtet, gar nicht von Bonusprogrammen, sondern lediglich von Rabattmarkenprogrammen gesprochen werden kann. Bonusprogramme setzen voraus, dass alle Teilnehmer der jeweiligen Kasse bekannt sind. Abbildung 4 verdeutlicht, dass die GKVn derzeit schwerpunktmäßig (zu 88,1%, eher kleine GKVn) die historischen Vorläufer, d.h. die klassischen Stempel- und Rabattmarkenprogramme nutzen, während nur 11,9% (eher größere Kassen) echte Bonusprogramme einsetzen. Erstere sind v.a. dann der Fall, wenn sich Kommunikationsprozesse lediglich auf die Versendung von Bonusheften beschränken und damit das Programm im Marketing-

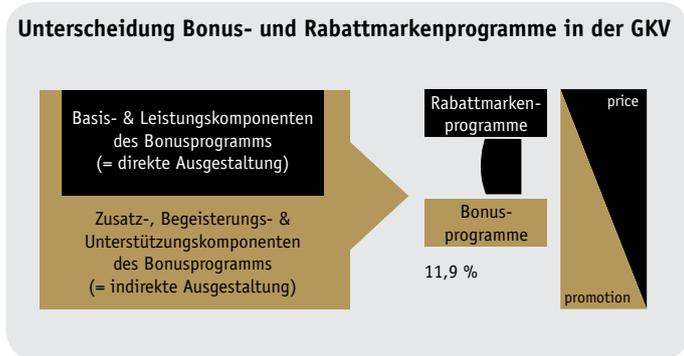


Abb 4: Unterscheidung Bonus- und Rabattmarkenprogramme in der GKV (Studie: Scherenberg/Greiner 2008)

Mix wegen der Rabattfunktion eher der Preispolitik zugeordnet werden kann. Solche Stempel- und Rabattmarkenprogramme, die nur Preissignale senden, üben auf das Versorgungsmanagement keine nachhaltige Wirkung aus. Echte Bonusprogramme können hingegen die Compliance und damit die Versorgungsqualität positiv beeinflussen.

Solche Stempel- und Rabattmarkenprogramme sind weder zeitgemäß, noch sind sie in der Lage nachhaltig die gewünschten Effekte im Bereich Kundenbindung oder Prävention zu erzielen. Zweifelsohne gehen von Boni unter dem Gesichtspunkt Preiswettbewerb wichtige Signalwirkungen aus.

Werden derartige Instrumente indes allein auf die Preispolitik beschränkt und nicht als Potenzial in der Kommunikationspolitik begriffen, verschenkt eine Kasse Wettbewerbsvorteile.

Denn zwischenzeitlich ist hinreichend bekannt (z.B. DIMDI-Bericht zur Steigerung der Teilnehmerate an Früherkennungsmaßnahmen), dass nicht die monetären Anreize, sondern vielmehr die Kommunikation (z.B. Reminder, telefonische Erinnerungen) dafür sorgen, dass Menschen ihr Verhalten ändern. Auf diese Weise können mit einem einfachen Marketing-Instrument versorgungsorientierte Ziele (z.B. Prävention) verwirklicht werden. Daraus folgt, dass Bonusprogramme umso werthaltiger werden, wenn sie sowohl einen echten Gesundheitsnutzen produzieren als auch die Versicherten durch einen guten Service emotional an die Kasse binden. Es ist stets diese persönliche Verbundenheit („Nicht-Wechseln-Wollen“), die im Vergleich zur Gebundenheit („Nicht-Wechseln-Können“), auf psychologischen Aspekten (z.B. durch persönliche Kontakte, vertrauensvolle und glaubwürdige Kundenbeziehung) basiert.

Wenn es einer Kasse also gelingt, ein Bonusprogramm sowohl mit den preis- als auch kommunikationspolitischen Elementen richtig auszugestalten, dann erzielt sie eine doppelte Wirkung. Zum einen im Bereich Kundenbeziehung – sprich der Neukundengewinnung und Kundenbindung – da die Einnahmeseite positiv beeinflusst wird und zum anderen auf der Ausgabenseite, da Versicherte länger in Programmen mit kontrollierter und wirksamer Gesundheitsförderung bleiben und gleichsam eine präventive Wertschöpfung erzeugen.

Marketing-Innovationen aus dem Bereich der Kundenexzellenz

Im Grunde ist es der Marketing-Denke egal, aus welchem Bereich Produktideen zum „Bau“ von Produkten stammen. Innovativ ist es, wie gezeigt, das Versorgungsmanagement in den Marketing-Mix „p“ Produktpolitik einzubeziehen. Damit kann es einer Kasse sehr



Abb 5: Bausteine eines integrierten Kommunikationskonzepts einer Krankenkasse

gut gelingen, zumindest temporäre Alleinstellungsmerkmale (sog. USP „unique selling propositions“) zu entwickeln und in Wettbewerbsvorteile umzusetzen, z.B. wenn es ihr gelingt, in einer Region ein Netzwerk mit Leistungserbringern zur wirksamen Osteoporose-Behandlung aufzubauen. Somit wird Versorgungsmanagement zur Produktpolitik einer Kasse – diese Produkte müssen den Kunden aber passgenau kommuniziert werden. Damit sind wir aber auch im zweiten Bereich, der Kundenexzellenz, beim „p“ für Promotion, d.h. Kommunikationspolitik. Gibt es auch hier im Markt bereits Anzeichen für Innovationen?

Wie das Beispiel Bonusprogramme gezeigt hat, nimmt die Kommunikationspolitik eine bedeutende Aufgabe wahr. Kommunikation kann als Schlüsselfaktor für eine erfolgreiche Preis- und Produktpolitik angesehen werden, denn die zunehmende Informations-überflutung sowie die noch ungewohnte Produktvielfalt der Kassen führen mitunter zu einer Verunsicherung oder sogar Ablehnung bei den Versicherten. Daher geht es im Kern insbesondere darum, dass die Kassen es schaffen müssen, zum großen „Vereinfacher“ zu werden. Komplexe (sozialversicherungsrechtliche und medizinische) Materie soll in eine verständliche Sprache übersetzt und vernünftig dosiert an die informationsüberfluteten Versicherten übermittelt werden.

Wenn es dann – bewusst überspitzt betrachtet – zum Beispiel der Kommunikationsabteilung von IKEA gelingt, weltweit (fast) standardisiert den Aufbau eines Kleiderschranks zum größten Teil mit Bildern zu erklären, dann sollte es den Kommunikationsexperten in

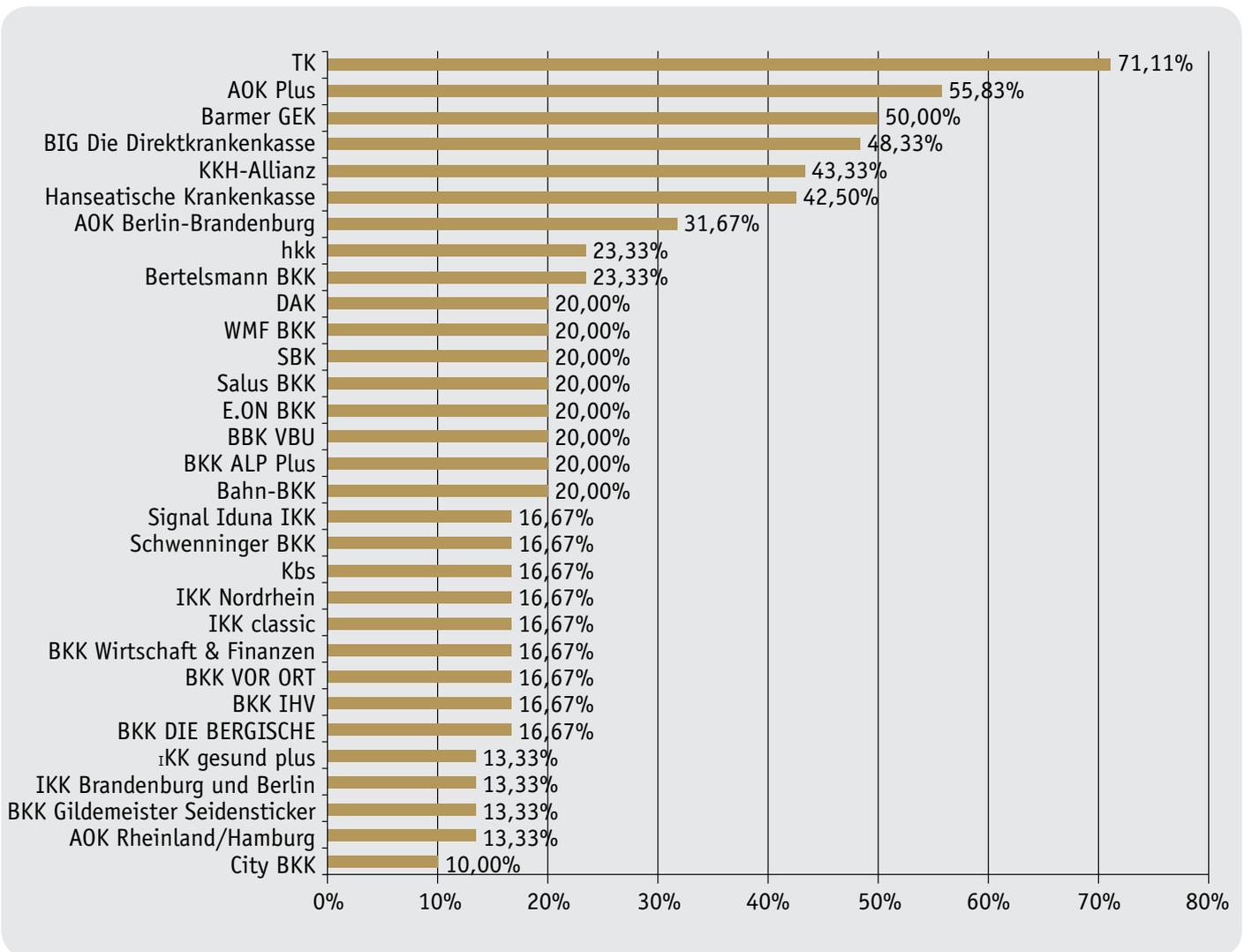


Abb. 6: Gesamtranking „mobile services“ Kompetenz (TCP-smartPhone Studie Juni 2010)

der GKV auch möglich sein, die komplexen Themen wie Chronikerprogramme oder Hausarztzentrierte Versorgung in einfacher und korrekter Form den Versicherten zu vermitteln. (Abb 5.)

Dabei kann gemäß Abbildung fünf auf elf Instrumente zurückgegriffen werden – die mobile services sind neben den social media sicherlich die allerneuesten Werkzeuge. Sie ermöglichen Interaktionen in Lebensbereichen der Versicherten, in denen sie sonst gar nicht adressierbar sind. Eine gezielte Kundenansprache via elektronische Medien gilt als eine Zukunftsform in der Kommunikationspolitik, um Streuverluste zu vermeiden. Bereits 31 von 166 Kassen, die in der TCP-smartPhone Studie im Juni 2010 getestet wurden, konnten mobile services wie z.B. ein Portal, Applikationen, Messaging, anbieten (Abb. 6).

Damit ergeben sich insbesondere für junge Zielgruppen Chancen, dass sich eine Kasse klar bei ihnen profilieren kann. Für bestimmte Kundenzielgruppen, z.B. sportlich affine Versicherte, lassen sich „high value added services“ entwickeln, die z.B. Fitness und Mobilität miteinander verknüpfen. Präventionsmuffel hingegen können auf ihre nächsten Früherkennungsmaßnahmen oder Impf-Updates erinnert werden, die zusätzlich bonifiziert werden. Oder, mobile Anwendungen zur Buchung und Bestätigung von Terminen bei Leistungserbringern stiften für sehr viele Zielgruppen unter den Versicherten

aber auch bei z.B. Ärzten zur Reduktion der „no-shows“ hohen Nutzen. Sie basieren auf dem Einsatz modernster Technologie in einer sehr einfachen Anwendungsumgebung.

Fazit

Die Gesetzliche Krankenversicherung bietet ein weites Feld an Möglichkeiten für Innovationen im Marketing. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass das Versorgungsmanagement aus der Perspektive von Produktpolitik im Marketing-Mix betrachtet wird. Allein diese Verknüpfung ist bereits innovativ. Damit sie aber auch beim „Kunden“ ankommt, ist eine enge Verknüpfung mit dem zweiten Element im Marketing-Mix, d.h. der Kommunikationspolitik, erforderlich. Gerade richtig verstandene und professionell aufgesetzte Bonusprogramme können eine zentrale Hilfestellung leisten, um sowohl die Kundenbindung zu stärken, als auch Kostenvorteile z.B. im Präventionsbereich nachhaltig zu sichern.<<

von: Dr. Michael Sander*
Viviane Scherenberg**

* TCP Terra Consulting Partners GmbH
** die dialoganten GmbH

Dr. med. Katja Wimmer, MPH

Wissenschaftliche Evaluation eines selektivvertraglichen Kooperationsmodells zwischen Arztpraxis und Krankenkasse

Die Patientenbegleitung wurde seit 2005 von der Bosch BKK entwickelt. Seit 2007 ist sie Bestandteil von Verträgen nach §§ 73 und 140 SGB V mit regionalen Ärzteverbänden. Gegenstand der Verträge ist die intensive und ganzheitliche Hilfe für Patienten, die eine hohe Morbidität aufweisen sowie die Unterstützung ihrer Ärzte. Neben einem umfangreichen medizinischen Versorgungsbedarf besteht bei diesen Patienten auch psychosozialer, pflegerischer oder sozialer Versorgungsbedarf. Kriterien für die intensive Betreuung stellen u.a. Herzkrankungen, Schlaganfälle und Krebserkrankungen dar. Die vertraglich geregelte Zusammenarbeit beinhaltet den Informationsaustausch zwischen Arzt und Patientenbegleiter der Bosch BKK, wenn Patienten sich in die Verträge einschreiben wollen, um deren Vorteile zu nutzen. Diese bestehen dann in der fallbezogenen Zusammenarbeit zwischen Arztpraxis und Krankenkasse sowie in der Befreiung von der Praxisgebühr.

>> Die zu verifizierende Hypothese lautete: Durch vertragliche Kooperation von Personen und Einrichtungen, die Patienten betreuen, wird die Versorgung verbessert und es können Einsparungen generiert werden. Über drei Jahre wurde die Modellinitiative von Wissenschaftlern der Katholischen Fachhochschule Mainz und des Centrums für angewandte Wirkungsforschung (CAW) in der IKJ ProQualitas in Mainz evaluiert, um das Effizienz-Potenzial derartiger Verträge zu überprüfen. Einsparungen könnten prinzipiell direkt in die Refinanzierung von Selektivverträgen fließen.

Außerdem wurde die Ärzte- und Patientenzufriedenheit mit dem Prozess der Patientenbegleitung betrachtet. Dabei wurde der Gesundheitszustand aus Ärzte- und Patientensicht sowie die Qualität der Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Personen und Einrichtungen beurteilt. Das quasi-experimentelle Studiendesign bestand aus je 532 Patienten in Experimental- und Kontrollgruppe. Durch ein statistisches Matchingverfahren wurde mit einer durchschnittlichen Übereinstimmung der Matchingkriterien von 80 % ein hohes Maß an Vergleichbarkeit sichergestellt. Um dies zu erreichen, war ein großer, repräsentativer Vergleichsdatenpool erforderlich. Dieser wurde durch die Kooperation mit der Daimler BKK erreicht, aus deren Versicherten sich auch ein Teil der Kontrollgruppe rekrutierte. Zur Ermittlung von bedeutsamen Kostenunterschieden wurden Varianzanalysen (ANOVA bzw. F-Test) sowie bei inhomogenen Varianzen Welch-Tests berechnet. Zur Abschätzung und Kontrolle der potenziell verzerrenden Effekte von Extremwerten („Ausreißer“) wurden ferner Mann-Whitney U-Tests eingesetzt.

Abstract

Die Patientenbegleitung führt zunächst zu höheren Ausgaben ($p < 0.05$). Dies ist jedoch nur eine Momentaufnahme: Im späteren Verlauf zeigt sich, dass die Gesamtkosten der nicht gesteuerten Fälle deutlich höher liegen ($p < 0.05$). Die bei den begleiteten Patienten beobachteten Minderausgaben sind im Wesentlichen auf eine geringere Zahl an Krankenhausaufnahmen zurückzuführen ($p < 0.01$). Die Patientenbegleitung der Bosch BKK führt ebenfalls zu hoher Zufriedenheit bei Patienten und Ärzten. Seitens der behandelnden Ärzte wurde die Fallsteuerung überwiegend als indiziert beurteilt und führte zur Entlastung in der Arztpraxis. Schlussfolgerungen: Versorgungssteuerung stellt eine Investition dar. Durch kooperative, durchdachte Maßnahmen können mittelfristig Einsparungen generiert und Ressourcen effizienter genutzt werden.

Keywords

Case Management, Patientenbegleitung, Ambulanter Sektor, Krankenhaus, Bosch BKK

Patientenbegleitung der Bosch BKK

Hintergrund: Die Patientenbegleitung ist ein Modell der Versorgungssteuerung. Die vorliegende wissenschaftliche Evaluation überprüfte den wirtschaftlichen Erfolg und die Zufriedenheit von ärztlichen Vertragsteilnehmern und Patienten mit der Patientenbegleitung. Sie ist seit 2007 Bestandteil regionaler Selektivverträge der Bosch BKK mit ihren ärztlichen Partnerverbänden.

Methoden: Im Rahmen einer quasi-experimentellen Kontrollgruppenstudie (s. Beitrag Prof. Dr. Löcherbach, S. 27 ff.) wurden insgesamt 1.064 gesetzlich Versicherte untersucht. Einer Experimentalgruppe von 532 begleiteten Patienten mit hohem Versorgungsbedarf, in der Regel in Folge eines Krankenhausaufenthalts mit schwerwiegender Diagnose, wurde eine ebenso große Kontrollgruppe gegenübergestellt. Durch ein statistisches Matchingverfahren wurde ein hohes Maß an Vergleichbarkeit sichergestellt. In einem mittleren Beobachtungszeitraum von 11 Monaten nach Abschluss der Fallbegleitung wurden die fallbezogenen Kosten kumuliert und entsprechend der beiden Untersuchungsgruppen gegenübergestellt. Dabei wurde auch der zeitliche Verlauf der Leistungsausgaben untersucht. Zur Ermittlung der subjektiven Ärzte- und Patientenzufriedenheit wurde ein Fragebogen-Instrumentarium eingesetzt.

Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven durch kooperative Versorgungssteuerung

Von 1.064 Teilnehmern konnte bei 740 nach Abschluss der Patientenbegleitung die weitere Entwicklung noch mindestens neun Monate beobachtet werden. Bei den Gesamtkosten fällt auf, dass sich zunächst in den intensiv betreuten Fällen deutlich höhere Kosten ergaben. Im späteren Verlauf wird jedoch erkennbar, dass diese Fälle insgesamt rund 28 % niedrigere Kosten verursachten ($p < 0.05$) (Abb. 1).

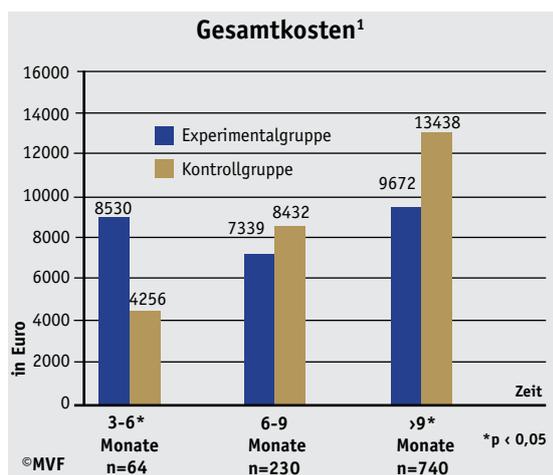


Abb. 1: Gesamtkosten.

¹Alle Kosten außer ambulanten ärztlichen Kosten

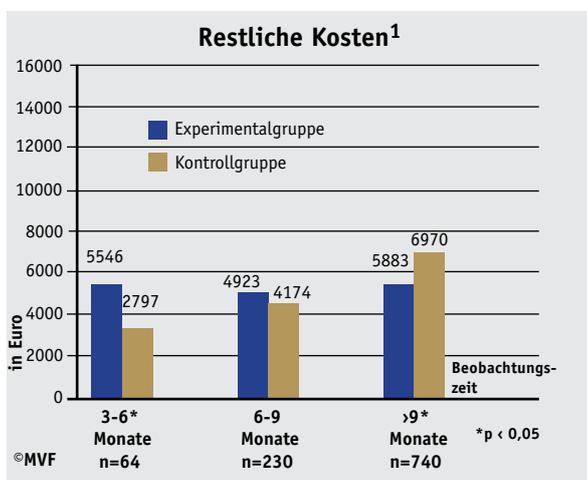
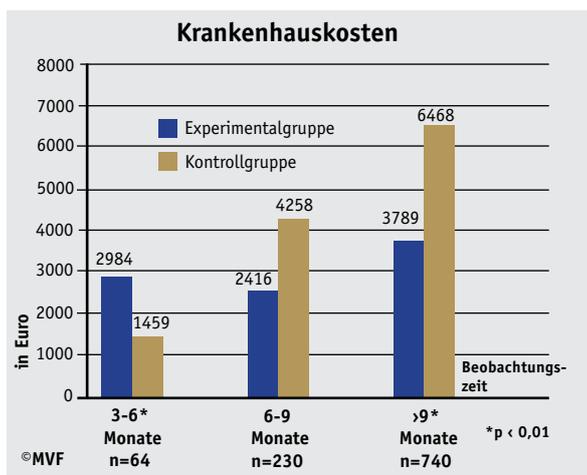


Abb. 2: Detailbetrachtung der Kosten

¹ Alle Kosten außer ambulanten ärztlichen Kosten

Mit dem 95%-Konfidenzintervall der Mittelwertsdifferenzen wurde ein jährliches Einsparpotenzial zwischen 900 und 3.700 Euro pro Interventionsfall ermittelt. Primär ausschlaggebenden Einfluss auf dieses Ergebnis hatten die Krankenhauskosten (p<0.01) (Abb. 2).

Die Fallzahlen der stationären Aufnahmen bewegen sich im späteren Verlauf in der Interventionsgruppe auf signifikant niedrigerem Niveau, so dass von einer Vermeidung stationärer Behandlungen durch die Patientenbegleitung ausgegangen werden kann. Neben diesem statistisch signifikanten Gesamtkosteneffekt fällt bei der differenzierten Betrachtung der Kosten in der Beobachtungsphase auf, dass Ausgaben in den übrigen Bereichen, insbesondere der Heil- und Hilfsmittel höher ausfallen (p<0.01). Das gilt auch für Ausgaben der Pflegeversicherung, welche sich in beiden Gruppen, wie die Ausgaben bei den Heil- und Hilfsmitteln auch, im späteren Verlauf wieder angleichen (Abb. 2).

Da unabhängige Fälle ohne Messwiederholung untersucht wurden, liegen bei den Gruppen mit kurzen Beobachtungszeiten (siehe Abb. 1-2) nur relativ kleine Stichproben vor. Die hier in den Grafiken ersichtlichen absoluten Kostendifferenzen können aufgrund der größeren Zufallsschwankungen daher nicht direkt mit den Fällen mit langen Beobachtungszeiten verglichen werden. Erst eine bilanzierende Gesamtschau über den gesamten Untersuchungszeitraum konnte belegen, dass im Rahmen der Patientenbegleitung trotz der anfänglichen „Investitionen“ insgesamt die Einsparungseffekte überwiegen. Bei den Arzneimittelaufwendungen ergaben sich keine signifikanten Differenzen.

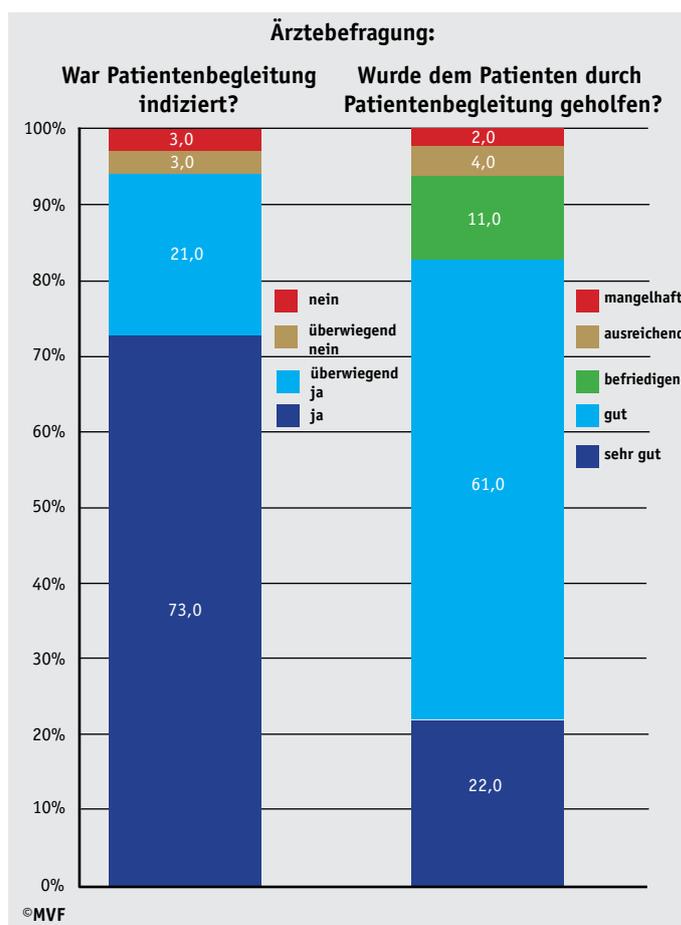


Abb. 3: Indikation und Effektivität des Fallsteuerungsansatzes wurden zu 90 % bejaht bzw. zu 80 % mit „gut“ und „sehr gut“ von Seiten der Ärzte beurteilt.

Ergebnisse der Versicherten- und Ärztebefragung

Die Zufriedenheit mit der Patientenbegleitung wurde innerhalb der Dimensionen Beratungskompetenz, Einfühlungsvermögen, Vertrauensverhältnis und Ablauf der Betreuung untersucht. Mitglieder der Experimentalgruppe gaben signifikant häufiger an, Anregungen und Unterstützung erhalten zu haben, auch selbst aktiv an der Verbesserung der eigenen gesundheitlichen Situation mitzuwirken (MW-U-Test, p<0.01). Die Förderung von Compliance und Empowerment ihrer Patienten bedeutet größeren Therapieerfolg und Entlastung für die behandelnden Ärzte, die die (psychosoziale) Betreuung durch die Patientenbegleiter mit sich bringt.

Patienten fühlen sich infolge der Patientenbegleitung besser und intensiver informiert und hatten weniger Befürchtungen hinsichtlich ihres Krankheitsverlaufes.

Die konkreten Vorteile aus Sicht der Patienten und Ärzte bestehen im persönlichen Bezug zu einem Ansprechpartner und dessen einschlägiger Beratung bei der Auswahl der geeigneten Hilfsmittel, bei Auswahl und Antrag von Unterstützungsleistungen sowie der beschleunigten Einleitung von Rehabilitation, häuslicher Versorgung u.v.m.

Die Kontaktintensität zwischen Arztpraxis und Patientenbegleiter erwies sich als maßgeblich für diese Beurteilung. Ein frühzeitiger Ansatz ermöglicht nicht nur eine rasche Problemlösung, sondern ist auch Voraussetzung für effiziente Versorgungsgestaltung. Nützlich erweist sich dabei für den behandelnden Arzt eine unbürokratisch auslösbare, praktische Assistenz der Krankenkasse. Die Unterstützung der Bosch

BKK steigert darüber hinaus die Effektivität bei Abstimmungsprozessen mit anderen Leistungserbringern.

Analyse von Wirkfaktoren

Der Ausgabenunterschied in beiden Studienarmen wirft die Frage auf, was von der Bosch BKK getan wurde, um zu diesen Ergebnissen zu gelangen. Beispielfähig lassen sich bei der Gruppe der Schlaganfall-Patienten folgende mögliche Ursachen finden, wie es gelingen kann, einen Teil der medizinisch und sozial indizierten Hospitalisierungen zu reduzieren. Durch die fachlich versierte Abstimmung adäquater Leistungen werden Bedarfe individuell passend und vorausschauend gedeckt. Patientenbegleiter wirken darauf hin und aktivieren die geeigneten Dienstleister. Eine stabile Hypertonie-Einstellung sowie die optimale Behandlung von kardialer Komorbidität könnten bspw. die konsequent eingehaltenen Maßnahmen repräsentieren, die Entgleisungen und Folgeereignisse mit Hospitalisierungsbedarf verhindern. Die Studienergebnisse legen Vorteile nahe, sofern professionelle „Kümmere“ darauf achten, dass eine regelhafte Nachsorge etabliert wird und Zielwerte gemäß Behandlungsleitlinien tatsächlich erreicht werden. Ob sich eine Qualitätsverbesserung auch durch ein erweitertes, ärztliches Zeitbudget ergibt, wurde in diesem Kontext nicht untersucht. Dies müssten erst noch tiefergehende Studien zur selektivvertraglichen Zusammenarbeit nachweisen.

Da Gesundheitskosten nicht alleine durch medizinische Faktoren determiniert werden, dürften auch die frühzeitige und sachverständige Versorgung im pflegerischen und sozialen Aufgabenbereich erheblichen Anteil an den vermiedenen Krankenhausfällen haben. Um auch Versorgungsbedarfe zu decken, die den Gesundheitszustand mit beeinflussen ohne unmittelbar medizinischer Natur zu sein, werden eine Fülle sozialer und versicherungsrechtlicher Leistungen abgerufen, die zunächst eine Investition darstellen. Dadurch kann eine stabilere und verbesserte Situation in sozialer und gesundheitlicher Hinsicht erzielt werden, so dass sich die Investition insgesamt rechnet.

Scientific evaluation study of a contractual cooperation model between doctor's practice and statutory health insurance

Patients' assistance causes higher expenditure initially ($p < 0.05$). But this is only a snap-shot: in the developing course cases without management amount to higher overall costs ($p < 0.05$). Lower costs in managed cases are mainly due to a lower rate of hospital admissions ($p < 0.01$). Patients' assistance of Bosch BKK results in high contentedness in both patients and medical profession. Case management was predominantly considered as indicated by the attending physicians and brought about work relief to them. Conclusions: Case management presents as an investment. Economies are effected and resources are used more efficiently by well-thought-out measurements of cooperation.

Keywords

Case Management, Patients assistance, Bosch BKK

Als weitere Wirkfaktoren erweisen sich ein früher Interventionszeitpunkt und der Einstieg in den dialogischen Prozess zwischen Patientenbegleiter, Patienten und Ärzten als erfolgsentscheidend. Eine fachliche Expertise für Versorgungsmanagement kombiniert mit Empathie schafft ein konstruktives Spannungsfeld, das Compliance und Empowerment, wie es die empirischen Befunde zeigen, optimal unterstützen kann.

Die kooperative Fallsteuerung manifestiert sich als wegweisend, Lücken in der Gesundheitsversorgung effektiv zu füllen und dabei die Versorgungsqualität zu optimieren. Die für die gesetzliche Krankenversicherung interessanteste Perspektive dabei ist, dass sich die damit einhergehenden Kosteneffekte weder durch Ausgabenkürzungen noch durch Einnahmesteigerungen, sondern durch die Effizienzsteigerung der Versorgung selbst ergeben. <<

Literatur

- Dörpinghaus, S., Grützmaier, S., Werbke, S., Weidner, F. (2004): Überleitung und Case Management in der Pflege, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH Hannover
- Emmert, M. (2008) Pay for Performance (P4P) im Gesundheitswesen: Ein Ansatz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung? Schriften zur Gesundheitsökonomie 14, HERZ, Burgdorf
- Ewers, M., Schaeffer, Doris (2005): Case Management in Theorie und Praxis. Verlag Hans Huber, Göttingen
- Kleve, H., Haye, B., Hampe-Grosser, A., Müller, M. (2006): Systemisches Case Management Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit. Carl-Auer-Verlag, Heidelberg
- Löcherbach, P., Hermsen, T., Macsenaere, M., Arnold, J., Klein, J. (2010): Evaluationsstudie zur Patientenbegleitung der Bosch BKK. Abschlussbericht. Mainz: KfH. In: http://www.kfh-mainz.de/ifib/pdf/Evaluationsstudie_BKK.pdf (abgerufen 16.11.2010)
- Reinarz, S. (2008) Qualitätswettbewerb bei medizinischen Dienstleistungen: Wege zu mehr Effizienz und Qualität im Gesundheitswesen, VDM Verlag
- Simon, M. (2009): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Huber, Bern
- Van Riet, N., Wouters, H. (2002) Case Management: Lehr- und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial- und Gesundheitswesen. Interact Verlag für soziales und Kulturelles, Luzern
- Wendt, Wolf-Rainer (2007): Zu einigen Aspekten sozialer Interaktion im Case Management, In: Case Management 1, S. 15-19
- Wimmer, K., Breuer, S., Sutterer, D. (2007): „Light“-Faden Patientenbegleitung. Ziele, Ablauf und Standards in der Patientenbegleitung der Bosch BKK (1. Aufl.) (bei Autoren)

Dr. med. Katja Wimmer, MPH

ist Fachärztin für Innere Medizin, MPH und Abteilungsleiterin Versorgungsmanagement und Fallsteuerung.

Ihre medizinische Erfahrung, Studienaufenthalte in USA und Großbritannien und ein Aufbau-studium in Public Health mit gesundheitsökonomischem Schwerpunkt gaben die Impulse, sich auf innovativen und kreativen Wegen für mehr Effizienz im Gesundheitswesen zu engagieren.

Kontakt: Katja.Wimmer@bosch-bkk.de



Prof. Dr. Peter Löcherbach

Effektivität und Effizienz von Case Management sind belegt

Der Handlungsansatz Case Management (CM) ist ein derzeit viel diskutiertes Fortschrittsprogramm im humandienstlichen Bereich. Kann der selbstgewählte Anspruch, dass der Ansatz nicht nur Effektivität sondern Effizienz verspricht und dass er auch von ganz unterschiedlichen Professionen genutzt werden kann, eingelöst werden? Am Beispiel der von der KFH-Mainz und dem Centrum für Wirkungsforschung (CAW) Mainz durchgeführten Studie der Bosch BKK wird die Umsetzung von CM untersucht (Löcherbach et al. 2010): Effekte der Patientenbegleitung werden auf der Fallebene (effects and impacts), der Organisationsebene (Kosten) und der Netzwerkebene (Ärzte, Krankenhaussozialdienstes) auf der Grundlage der Daten von 1064 Patienten und mehr als 300 Kooperationspartnern untersucht. Um die Wirkungen von CM nachzuweisen wurde ein quasi-experimentelles Kontrollgruppendesign gewählt und Verlaufs- und Ergebnisdaten über einen längeren Zeitraum (bis 14 Monate nach Abschluss der Intervention) verglichen.

>> Warum der Ansatz CM? Mit Case Management gibt es in Deutschland im Sozial-, Gesundheits- und Versicherungswesen seit über 15 Jahren Erfahrung: CM, so die Theorie, hilft, sektor- und disziplinübergreifend eine individuell passende und rational vertretbare humandienstliche Versorgung in die Wege zu leiten. Politisch wird das Handlungskonzept in Reformprozessen für Lösungen einer zielgerichteten, koordinierten und integrierten, rechenschafts- und abrechnungsfähigen und auf Partizipation von Nutzern ausgerichteten Versorgung empfohlen. Deshalb fand es in neue gesetzliche Regelungen der einzelnen Leistungsbereiche des SGB Eingang – von der Grundsicherung über die gesetzliche Krankenversicherung und die Rehabilitation bei Behinderung bis in die Pflegeversicherung. Insbesondere im Gesundheitswesen spielt CM als Verfahrensweise eine Schlüsselrolle in einer gesteuerten Versorgung („managed care“), weil

- es fallbezogen und fallgruppenbezogen für ein koordiniertes krankheits- bzw. patientenbezogenes Vorgehen steht (service integration)
- für wechselseitige Abstimmung von Versorgungshandeln und gesundheits-/krankheits- und pflegebezogenes Patientenverhalten sorgt
- in der Fallführung ein integriertes Vorgehen systemseitig (continuum of care) insbesondere in der Chronikerversorgung ermöglicht.

Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (gegründet 2005) hat die Kernpunkte des CM zusammengefasst (DGCC 2008). Zu ihnen gehören: Case Management ist eine spezielle Management-Aufgabe, die als kooperativer Prozess angelegt und verstanden wird. Sie ist immer dann angebracht, wenn eine komplexe

Abstract

Der Ansatz Case Management verspricht Effektivität und Effizienz. In einer Studie bei einer Krankenkasse (BoschBKK) wurden Effekte (effects and impacts) und Kosten einer Patientenbegleitung durch ein quasiexperimentelles Kontrollgruppendesign evaluiert. 1.064 Patienten und mehr als 300 Kooperationspartner (Ärzte und Sozialarbeiter) konnten in die Studie integriert werden. Die Ergebnisse zeigen, dass eine bessere Versorgungsqualität durch Case Management erreicht wird und sich mittelfristig positive Kosten-Nutzeneffekte ergeben.

Keywords

Case Management, Patientenbegleitung, Gesundheitswesen, Bosch BKK, Evaluationsstudie

zeitlich andauernde Problembewältigung zu managen ist, für die sich mehrere Akteure, zum Teil aus sehr unterschiedlichen Versorgungssystemen, abstimmen müssen. Dazu werden Dienstleistungsangebote mit Behandlungs-, Therapie- und sonstigen Dienstleistungen erhoben, geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert, um so den individuellen Versorgungsbedarf eines Adressaten mittels Kommunikation und verfügbarer Ressourcen abzudecken. Die Steuerung auf individueller Ebene erfolgt

- im Zugang, das heißt in einer theoriegeleiteten und auf Daten und Erfahrung basierenden Fallauswahl
- in der Breite des Assessments, unter Einbeziehung medizinischen, pflegerischen, sozialen und (sozial-)rechtlichen Diagnosen und Bedarfsfeststellungen
- in der Versorgungsplanung und –vereinbarung, die koordinierend die verschiedenen Leistungsangebote und Dienstleister erschließt
- im Monitoring, das eine Leistungssteuerung durch Rückmeldesysteme umfasst

Als den Disziplinen gegenüber neutrale Gestaltungsweise lässt es sich fachgebiets- und sektorübergreifend in der Ablauforganisation von Versorgung einsetzen. Und zwar sowohl im stationären Kontext, als auch beim Hausarzt und in Kontexten ambulanter und häuslicher Pflege.

Das Modell der Patientenbegleitung

Patientenbegleitung in einer Krankenkasse (wie z.B. Bosch BKK) ist eine spezifische Form der Umsetzung von CM.

1. Fallebene: Die operative Ebene des Case Managements, in der BoschBKK als Patientenbegleitung bezeichnet, bezieht sich auf den Aufbau und die Steuerung von Unterstützungsnetzen und auf die Zusammenarbeit mit Patienten im Einzelfall. Sie erfolgt in der praxisorientierten und flexibel auf die jeweilige Situation angepassten Anwendung des Verfahrens mit den oben definierten Prozessschritten zur Deckung des individuell festgestellten Bedarfs. Case Managerinnen gewährleisten Kontinuität der Intervention und tragen die fachliche Verantwortung gegenüber den einzelnen Patienten. Auf der operativen Ebene wird das fallbezogene, individuelle Case Management durchgeführt. Zumindest hier ist die Annahme der Hilfe stark abhängig von der professionellen Beziehung zwischen Case Manager und Patient/Angehörigen. Wie die Studie belegt, ist die Patientenbegleitung umso erfolgreicher, je besser das Aushandeln von durch Experten definierten Bedarfen (z.B. Behandlungsnotwendigkeiten, die Spezialisten definieren) und den jeweiligen Vorstellungen und Wünschen des Patienten gelingt. Die Passung (das Ausbalancieren) von Patientenbedürfnissen und Versorgungsbedarfen ist ein zentraler Wirkmechanismus: Es muss jemand da sein, der hilft, die Dinge auf die Reihe zu bringen, der sich Zeit nimmt, zur Versorgungssituation (Care) zu beraten, abzuwägen,

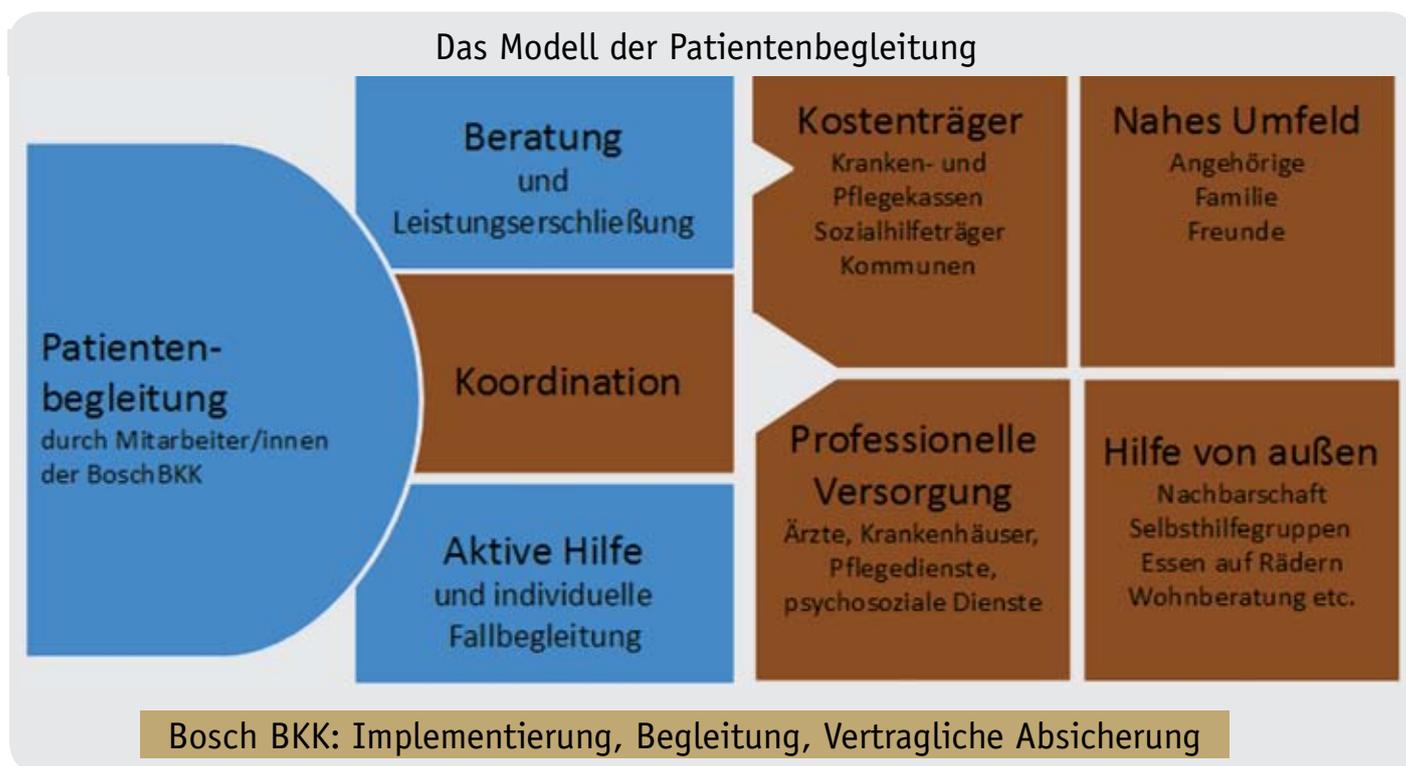


Abb 1: Das Modell der Patientenbegleitung

abzustimmen, der dafür Sorge trägt, dass Patienten die Dinge und Prozesse soweit verstehen, dass sie sich nicht ausgenutzt oder benutzt fühlen. Diese besondere Form wird im CM „Care Counselling“ genannt und umfasst neben einer umfassenden Beratung auch das Aufgreifen von Befürchtungen und Ängsten, die Erörterung von Widersprüchen und auch die Ermunterung, Rechte als Patient wahrzunehmen. Dies bedeutet auch, Hilfestellung zu geben, um sich mit schwierigen Entscheidungen abzufinden oder auch die eigenen Möglichkeiten zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens verstärkt nutzen zu können. Das braucht Zeit, profundes Wissen und vor allem Beratungskompetenz. Insbesondere dann, wenn die Behandlungsmaßnahmen zur dauerhaften Sicherung eine Umsetzung in den Alltag und eine Integration in die Lebenswirklichkeit der Patienten verlangen. Die Studie belegt zudem, dass eine solche Patientenbegleitung (durchgeführt von Mitarbeitern der Krankenkasse), andere Berufsgruppen entlastet: Ärzte und Sozialarbeiter (im Krankenhaussozialdienst – KSD) sehen größte Vorteile in Bürokratieabbau, der effektiveren Abstimmung zwischen Hilfeberechtigten und besserem Informationsstand der Patienten. Ärzte sehen zudem eine spürbare Entlastung bei der psychosozialen Betreuung der Patienten.

2. Organisationsebene: CM verlangt eine entsprechende Organisationsentwicklung (intra muros oder extra muros). Während im individuellen Case Management geklärt wird, was der Fall ist und über die Fallführung entschieden wird (in Abstimmung mit dem Patienten, im Assessment) und der Fall so Gegenstand gemeinsamer Bearbeitung ist, befasst sich das Case Management auf der Ebene der Organisation mit allen Fällen der Einrichtung (management of cases). Das Management aller Fälle einer Organisation (ob Krankenhaus, Pflegedienst oder Krankenkasse) erfolgt mit Methoden der Prozesssteuerung und -lenkung. Die Organisation sichert die gleichzeitige Versorgung aller Patienten innerhalb des Versorgungsbereiches entsprechend ihrer medizinischen, sozialen, pflegerischen und (sozial-) rechtlichen Erfordernisse. Dazu bedient sich die Organisation ihrer „Standardprogramme“. Jede Organi-

sation hat neben den Standardfällen (Problemkonstellationen, die mit den vorhandenen Programmen gelöst und im Ablaufschema gut abzubilden sind) immer auch mit besonderen Problematiken, eben „speziellen Fällen“ zu tun. Diese sind gekennzeichnet durch Besonderheiten, die in den „Pfad“ bzw. den im Organisationskonzept hinterlegten standardisierten Vorgehensweisen nur unzureichend abgebildet und daher oft nicht optimal versorgt werden können. Das Management der „besonderen Fälle“ setzt nun voraus, diese identifizieren und für das individuelle Case Management rekrutieren und dann begleitend steuern zu können. Die Bosch BKK hat CM als „handlungsleitendes Prinzip“ eingeführt. Dies bedeutet, dass die Steuerung von Maßnahmen und die Ablauforganisation dem CM-Konzept folgen: Es findet ein Screening zur Fallauswahl statt. Die dann folgenden Prozesse sind beschrieben (Handbuch), die Mitarbeiter sind qualifiziert, die fachliche Begleitung der Patientenbegleitung ist gesichert, die strukturelle Verankerung in der Organisation ist erfolgt und die erforderlichen Instrumente zur Fallbearbeitung werden standardisiert und größtenteils EDV-unterstützt bereitgestellt. Eine fall- und fallgruppenbezogene Auswertung ist prinzipiell möglich. Das Management im Einzelfall (die Patientenbegleitung) bedarf zur Fallauswahl (Case Finding) eine strukturelle und prozessuale Einbettung (Zugangsteuerung). Durch das Screening vor Beginn der Behandlung, sollen Patienten, die eine intensive und sektorübergreifende Fallbegleitung benötigen, erkannt und diese durch die Delegation bestimmte Case Management Funktionen erhalten. Ihre Einteilung ist nötig, damit der Betrieb der Versorgung seine „Produktionsfaktoren“ passend und nach den unterschiedlichen rechtlichen und tatsächlichen Ansprüchen von Nutzern einsetzen kann (Wendt 2009: 45). Screening bedeutet daher, zwischen CM-Fällen (also Patienten, für die eine Patientenbegleitung infrage kommt) und Nicht-CM-Fällen (Patienten, die die „Standardbetreuung“ erhalten) anhand bestimmter Kriterien zu unterscheiden. Allgemeines Kriterium für CM-Fälle sollte ein besonderer Unterstützungs- bzw. Hilfebedarf sein, der sich auszeichnet durch eine mehrdimensionale Problemkomplexität (krank-

heitsbezogene, persönliche und soziale Ebene), Probleme im Zugang zu Versorgungsangeboten, ggf. ökonomische Probleme und insbesondere hohe Akteursdichte (vgl. auch Cesta et al. 1998, zit. n. Ewers 2000, 74 f.). So können Datenanalysen die Erstellung von wenigen Screeningkriterien ermöglichen, die zur Identifizierung von Case Management-Fallkonstellationen führen. Wie relevant der Prozess für die Entwicklung eines fundierten Screenings ist, belegen die Erfahrungen der Bosch BKK: In der Studie wurden durch ein EDV-gestütztes Screeningverfahren vier Gruppen gebildet (Schlaganfall, Herz- und Krebserkrankung sowie Ü75): Drei der vier Untersuchungsgruppen wurden über relativ abgrenzbare Diagnosen bzw. Diagnosegruppen gebildet. In der vierten, der Ü75-Gruppe, wurden außer dem Alter (über 75 Jahre) noch zusätzliche Aufgreifkriterien angewendet (interne Auswahlkriterien, die mehrere Diagnosegruppen und externe, z.B. Kooperationsverpflichtungen, umfassten). Dies war für die Konzeption der Studie relevant. Es hat sich gezeigt, dass die Aufgreifkriterien der Ü75-Gruppe aufgrund der Heterogenität dieser Gruppe nicht hinreichend spezifisch für eine fachliche Zuordnung zur Patientenbegleitung waren. Dies erklärt das vergleichsweise schlechtere Abschneiden in der Ü75-Gruppe. Die übrigen drei Gruppen sind offensichtlich für die Patientenbegleitung eher geeignet. Durch die vorgelegten Auswertungen, ergänzt um die Erfahrungen der Patientenbegleiter und weitere (Daten-)Analysen, ist es der Bosch BKK künftig möglich, das Screening zu verfeinern und die Fallgruppen systematisch anzupassen. Es kann ggf. eine Erweiterung der bestehenden Auswahlgruppen (etwa um bestimmte chronische Erkrankungen mit Steuerungsbedarf, jüngere Versicherte, Angehörigenarbeit) erfolgen. Entscheidet sich eine Organisation für die Einführung von Case Management sind die Kernprozesse (Auskunft, Information, Beratung, Versorgungssteuerung, Krisenintervention, Öffentlichkeitsarbeit, Netzwerkaufbau- und -steuerung) und Produkte zu definieren. Die Auswahl der Patientengruppen, für die Case Management infrage kommt, hat zu erfolgen. Die organisatorische Verankerung und die Einbindung ins Qualitätsmanagement sind zu konkretisieren. So sind z.B. Anbindung, (Team- und Kommunikations-) Struktur, Entscheidungsbefugnisse und fachliche Kontrolle festzulegen. Der Entwicklung von institutsbezogenen und professionsübergreifenden „Räumen des gemeinsamen Lernens“ (z.B. Teams, kollegiale Beratungsgruppen, Qualitätszirkel, Supervision) kommt dabei eine wesentliche Funktion zu.

Es mag überraschen, aber die professionspolitische Personalfrage (wer ist Case Manager oder wirkt im CM mit?) ist nachrangig. Entschei-

dend im CM-Prozess bleibt, dass unterschiedliche Fachkräfte beteiligt und unterschiedliche Qualifizierungsprofile notwendig sind. Dies verlangt konzeptionelle Arbeit – das „Spezialistentum“ soll nicht bekämpft werden, denn Spezialisten sind ja gerade bei komplexen Fallkonstellationen vonnöten: Es geht um komplexe Probleme, bei denen nicht erwartet werden kann, dass eine allein handelnde Profession oder (wie später aufgezeigt wird: eine allein handelnde Organisation/-einheit) sie löst, sondern dass die Problemlösung in Abstimmung durch die koordinierende Kompetenz des CM erfolgt. Das CM in der Organisation verlangt eine Vernetzung nach innen und nach außen. Diese beiden Prozesse können durchaus von unterschiedlichen Mitarbeitern wahrgenommen werden, wie das Beispiel der Bosch BKK zeigt: Die Kompetenzen zwischen Patientenbegleiter (Schwerpunkt: Patientenarbeit) und Gebietsbevollmächtigten (Schwerpunkt: Netzwerkarbeit) sind definiert.

Auf der Ebene der Organisation stellt sich die Frage, welche Auswirkungen das CM auf das (betriebs-)wirtschaftliche Ergebnis hat. In der Studie wurden dazu die verfügbaren Kostendaten (alle ausweisbaren Kosten der Patienten mit Ausnahme der Leistungsausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung) der 1.064 Patienten ausgewertet. Es zeigt sich, dass das Modell zunächst mit Mehrkosten in Form von Aufwendungen für Patientenbegleitungen und Kosten für eine optimierte Versorgung verbunden ist, diese sich spätestens nach ca. einem Jahr in positive Kosteneffekte auf die Leistungsausgaben verändern. Insgesamt wurden ca. ein Jahr nach Beendigung der Patientenbegleitungen signifikante Einsparungen von durchschnittlich 21,5 Prozent ermittelt. Eine konservative „Hochrechnung“ zeigt: Bei einem Mittel von 2.300 Euro liegen mit 95 %iger Sicherheit die Einsparungen im Bereich zwischen ca. 900 Euro und 3.700 Euro und mit 99 %iger Sicherheit zwischen 450 Euro und 4.150 Euro. Den Aufwendungen für die ärztlichen Vertragspartner, für den Verzicht auf die Praxisgebühr für die eingeschriebenen Patienten und für die internen Kosten für die Patientenbegleitung stehen die Einsparungen gegenüber und führen zu dem Ergebnis: Die Verbesserung der Versorgung ist laut Aussagen der Bosch BKK nicht mit Mehrkosten verbunden. Selbst wenn, z.B. im Sinne einer Vollkostenrechnung (unter Beachtung aller Investitionen und direkten und indirekten Kosten) Mehrkosten verbleiben, ergibt sich durch die Einführung einer Patientenbegleitung für die Krankenkasse eine bessere Versorgung und Versorgungsstruktur (Primärziel Qualität vor Sekundärziel Kosteneinsparung) und damit ein angemessenes Kosten-Nutzenverhältnis (Effizienz), das durchaus vertretbar ist.

Literatur

- DGCC – Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (Hrsg.) (2008): Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management. Heidelberg/München: Economica
- Ewers, M./Schaffer, D. (Hrsg.) (2000): Case Management in Theorie und Praxis. Göttingen: Huber.
- Löcherbach, P./Hermsen, T./ Macsenaere M./ Arnold J./ Klein J. (2010): Evaluationsstudie zur Patientenbegleitung der Bosch BKK. Abschlussbericht. Mainz: KfH. In: http://www.kfh-mainz.de/ifib/pdf/Evaluationsstudie_BKK.pdf (abgerufen: 09.11.2010)
- Porz, F./ Erhardt, H./ Podeswik, A (2009): Case Management in der Sozialpädiatrie. Das Augsburger Nachsorgemodell. In: Löcherbach et al. (Hrsg.): Case Management – Fall- und Systemmanagement in der Sozialen Arbeit: S. 90 – 113
- Mueser, K.T/ Bond, Q.R/ Drake, R.E/ Resnick, S.Q (1998): Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management. Schizophrenia Bulletin, Vol. 24, No.1, 1998: 37-74
- Schleunig, G./Welschehold, A. (2001): Psychiatrisches Case Management. Modellprojekt Psychiatrisches Casemanagement. Band 133 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos
- Schmid, M./ Kuhn, S./ Schu, M./ Vogt, I./ Simmedinger, R./ Schlanstedt, G. (2007): Psychosoziale Interventionen in der Heroinstudie: Implementierung, Durchführung und Wirkung. Sozialmagazin 32, 3, 2007: 16-20
- Schmid, M./ Schu, M (2006): Forschung zu Case Management: Stand und Perspektiven. In: Wendt, W.R./Löcherbach, P. (Hrsg.): Standards und Fachlichkeit im Case Management. München: Economics: 285-298.
- Thorenz, A. (2006): Case Management zur Optimierung der sektorenübergreifenden Versorgung im Gesundheitswesen. Frankfurt: Lang.
- Wendt, WR. (2009): Wo stehen wir im Case Management und wie entwickelt es sich weiter ? In: Wendt, WR./Löcherbach, P. (Hrsg.) Standards und Fachlichkeit im Case Management. Heidelberg/München: Economica: 1-52
- Wendt, WR./ Löcherbach, P. (Hrsg.) (2006): Case Management in der Entwicklung - Stand und Perspektiven in der Praxis. Heidelberg/München: Economica

3. Die Einbindung der Case-Management-Organisation in das regionale Hilfesystem: Die Einbindung koppelt das Management der systeminternen Prozesse mit der systemexternen Versorgung. Diese ist für die fall- und institutionsübergreifende Steuerung und Netzwerkbildung erforderlich. Konzeptionelle Fragen der Initiierung von Netzwerken, die Auswahl der Netzwerkpartner und die vertragliche Gestaltung der Kooperation sind zu klären, damit sie dem Ziel der Optimierung der Vernetzung dienlich sind. Hier zeigt sich, wie voraussetzungsvoll die Einbindung von Netzwerkpartnern ist: Auf welcher Basis und mit welchem Benefit lassen sich die Partner überhaupt einbinden? Welche Anreize gibt es für eine Vernetzung? Initiatoren sind gut beraten, diese Fragen im Vorfeld zu klären. Im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen können hier künftig Selektivverträge eine gewichtige Rolle spielen. In der Bosch-BKK-Studie ist die Patientenbegleitung Bestandteil von Verträgen nach §§ 73 und 140 SGB V mit regionalen Ärzteverbänden. Entscheidend ist, dass Ärzte so über das Modell informiert sind, einen finanziellen Anreiz zur Kooperation erhalten und zur Mitarbeit verpflichtet werden. Damit ist eine wesentliche Grundlage für die Vernetzung wichtiger Kooperationspartner gebildet. Das System befindet sich noch in der Erprobungsphase und bedarf der Anpassung. Das Anreizsystem kann noch stärker an nachweisbare Leistungen (z. B. Beratungsleistungen, Kooperationsleistungen im Fall, Kooperationsleistungen im Verbund) gebunden werden. Darüber hinaus kann eine vertragliche Bindung mit anderen (Gesundheits-) Anbietern oder Dienstleistern (z. B. Krankenhaussozialdienst) erfolgen. Eine systematische Vernetzung mit angrenzenden und ergänzenden (sozialen) Hilfen sowie mit vorhandenen Netzwerken in der jeweiligen Region wäre der nächste Schritt. Die Patientenbegleitung könnte künftig z. B. sinnvoll mit Pflegestützpunkten kooperieren (wenn diese implementiert sind).

Folgerungen für die Versorgung

Care Counselling im Case Management verbindet die individuelle Bedarfsdeckung mit der Versorgung. CM kann sowohl von einer personalisierten Vorgehensweise von der Seite des Leistungsträgers (Versicherung) her als auch von der Seite des Gesundheitsdienstleisters her dienen oder intermediär eingesetzt werden

- zur Koordination in einem Ärztenetz,
- bei einem Rehabilitationsmanagement
- im nachgehenden Versorgungsmanagement (§ 11 SGB V)
- im Pflegestützpunkt (hier in Ausprägung eines Care Managements).

CM sollte nicht als isolierte Leistung, sondern als einer Komplexleistung zugehörig betrachtet werden. Ein komplexer Hilfebedarf erfordert vom Versorgungssystem ein entsprechend vielfältiges Angebot. Case Management, und hier schließt sich der Kreis, hat die Aufgabe, fallbezogen integrierte Versorgung zu leisten, indem es eine Schnittstellenfunktion ausübt: von der stationären in die ambulante Versorgung; von der Akutversorgung in die Rehabilitation; von formaler Versorgung in informelle Sorgearbeit unter Nutzung der sonst getrennt voneinander agierenden Behandler und Dienstleister. Die Vernetzung im konkreten Fall ist dabei die eine Sache (die des individuellen Case Managements), die Vernetzung zur fallübergreifenden Angebotssteuerung eine andere (die des Care Managements).

Die fallübergreifende System- und Versorgungssteuerung soll die strukturellen Voraussetzungen im Gemeinwesen für eine bestimmte Adressatengruppe schaffen, um Angebote und Strategien bspw. für die Versorgung der Menschen und ihrer Angehörigen, aber auch in der offenen Arbeit, abzustimmen. Der Übergang zum Care Management (Per-

Überblick über die Evaluationsergebnisse

Inhalt	Befund	Zusammenfassung
Versicherte: • Lebensqualität • Problemabbau • Ressourcenaufbau	+	Deutlich positive Veränderungen bzgl. gesundheitszustandsbezogener Ängste und Befürchtungen. Keine bzw. geringe Auswirkungen bei unmittelbarer körperlicher Gesundheitssituation und subjektivem Befinden. Es gelingt, Problemlagen abzubauen und Ressourcen zu fördern. Die Effekte werden von Versicherten, Ärzten, KH-Sozialdiensten und Patientenbegleitern ähnlich positiv eingeschätzt. Speziell stärkere Aktivierung in Bezug auf das Gesundheitsverhalten.
Partner: „Sekundäreffekte“	++	Höhere Entlastung und Verbesserung der Zusammenarbeit aller an der Behandlung beteiligten Personen und Institutionen.
Versicherte: Zufriedenheit	++	Zufriedenheit mit der Krankenkasse deutlich erhöht (insbes. hinsichtlich Beratungskompetenz, Vertrauensverhältnis und Einfühlungsvermögen)
Partner: Zufriedenheit	++	Höhere Zufriedenheit bei Ärzten (und entsprechend den vorliegenden Daten auch bei den Krankenhaussozialdiensten).
Effekte bei Fallzahlen	+	siehe Leistungsausgaben
Effekte bei Falldauern	+	siehe Leistungsausgaben
Leistungsausgaben (Kosten)	+	PB führt kurzfristig zu Mehrkosten. Die Befunde zeigen, dass sich dies mit Zeitverzögerung (spätestens nach einem Jahr) in einen positiven Kosteneffekt umkehrt, der v. a. im Krankenhausbereich anzusiedeln ist. Aufgrund des starken Zusammenhangs mit den Leistungsausgaben sind ähnliche Effekte auch im Bereich von Fallzahlen und Falldauern zu erwarten
Wirkfaktoren	++	Die entscheidenden Erfolgsfaktoren: „Passung“ zw. Bedürfnislage und Versorgungsbedarf des Patienten herstellen Sonstige: umfangreiche, gezielte Interventionen mittlerer Dauer, frühzeitige Einleitung der Patientenbegleitung, Atmosphäre und „Intensität“ der Kontakte, hohe „Kooperativität“ aller Beteiligten u.v.m. Ausbaufähig ist bspw. noch der persönliche Kontakt der Patientenbegleiter zu den behandelnden (Haus-)Ärzten.
Legende: ++ positiv; + tendenziell positiv		

spektive von Versorgung, die über die regionale Perspektive hinaus geht) wird deutlich: Fehlversorgung, Unterversorgung und Überversorgung können vermieden werden. Das Modell der Bosch BKK zeigt hier für die medizinisch/pflegerische Versorgung vorbildliche Ansätze.

Case Management ist gewollt und wird politisch unterstützt. Während auf der operativen Ebene das Programm durchaus überzeugt, besteht auf der strategischen und normativen Ebene weiterer Entwicklungsbedarf. Case Management verspricht Effektivität, Effizienz und Qualität. Darauf wird sich gern bezogen. Doch der Ansatz geht davon aus, dass dies in und durch Koordination und Kooperation – konsensuell – erfolgt. Demgegenüber begünstigen finanzielle Anreize (Budgetierungen oder Finanzierungen von Behandlungsleistungen) nach wie

vor Einzelinteressen, Konkurrenzdenken und kurzfristige Einsparungen im Quasimarkt des Gesundheitswesens. Dieser, wie der folgende Widerspruch, bedarf der Bearbeitung: Politik (normative Ebene) bezieht sich gern auf das Case Management, leistet aber wenig zur Überwindung der strukturellen Barrieren, indem sie zwar Vernetzung fordert, für deren Ausgestaltung wenig Anreize setzt. Das aktuelle Beispiel der Pflegestützpunkte (SGB XI) zeigt, dass Gesetzesvorgaben nicht unbedingt dazu führen, das neue Versorgungsangebot flächendeckend vergleichbar zu implementieren, die Länderunterschiede lassen erst gar nicht zu, dass Pflegestützpunkte überhaupt in der Bevölkerung wahrgenommen werden.

Dabei untermauern aktuelle Ergebnisse aus Modellprojekten und Forschungsvorhaben in Deutschland (und auch in den Mutterländern des CM – USA und Großbritannien) folgende Tendenz: Je mehr (qualitative) Case-Management-Elemente auf der Einzelfall-, Organisations- u. Systemebene implementiert sind, desto besser fallen die Ergebnisse aus (vgl. Schmid/Schu 2006, Mueser et al. 1998, Schleuning 2001, Thorenz 2006, Schmid et al. 2007, Porz et al. 2009). Es bleibt dennoch derzeit häufig den Protagonisten überlassen, in ihrem Zuständigkeitsbereich Wirkungen und Wirtschaftlichkeit von CM zu belegen: Die Bosch-BKK-Studie zeigt, dass eine Optimierung der Patientenversorgung nicht notwendigerweise mit Mehrkosten verbunden ist sondern dass sich der Mehraufwand für das CM, zumindest für die Krankenkasse, nach einem Jahr amortisiert – aufgrund von Effizienzsteigerung. Die Ergebnisse zeigen insgesamt, dass durch das Modell der Patientenbegleitung weitestgehend vier Ziele erreicht werden konnten:

1. Kundenzufriedenheit
2. Effektivität u. Qualitätssteigerung
3. Effizienzsteigerung
4. Imagegewinn und bessere Systemakzeptanz

Effectiveness and efficiency has been proved

The case management approach promises effectiveness and efficiency. A scientific evaluation study about patients' assistance offered by a health insurance company (Bosch BKK) demonstrated the effects and impacts of this form of personalized support. The study included 1064 patients and more as 300 physicians and social workers as partners in cooperation. The results turn out that Case Management brings about a better quality of care and positive economic efficiency.

Keywords

Case Management, Patients assistance, public health system, Bosch BKK, Scientific evaluation study

Die Bosch BKK zeigt, wie die Implementierung einer Patientenbegleitung gelingen sowie die Patientenversorgung optimiert werden kann und setzt auf mittel- und langfristige finanzielle Effekte. Die Untersuchungsergebnisse bestätigen die eingeschlagene Richtung und geben Hinweise für die Weiterentwicklung, sowohl krankenkassenintern als auch hinsichtlich der Neuorganisation des Patientenversorgungssystems im Allgemeinen. Gesundheitspolitik bleibt aufgefordert, durch Gesetze deutlichere Anreize zu setzen sowie diese und andere integrierte Versorgungsformen wirksam zu unterstützen. <<

Prof. Dr. Peter Löcherbach

ist Professor für Sozialarbeitswissenschaft im Fachbereich Soziale Arbeit an der Kath. Fachhochschule Mainz und stellv. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC). Forschungs- und Veröffentlichungsschwerpunkte: Case Management (Ausbildung, Anwendung und Wirkungsforschung)
Kontakt: loecherbach@kfh-mainz.de



Jens Naumann Dipl.-Ing. (TU)

Die IT-Umsetzung von Selektivverträgen

Die Selektivverträge gemäß §73b, c SGB V haben zum Ziel, die Qualität der ambulanten Versorgung zu verbessern und zugleich Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen. Der Gesetzgeber verfolgte mit der Schaffung der Möglichkeit, Selektivverträge abzuschließen, das Ziel, Direktverhandlungen zwischen Kassen und Ärztegruppen zur Vereinbarung besonderer Qualitätsziele in Versorgung und Wirtschaftlichkeit zu ermöglichen. Um dies zu erreichen, sind Veränderungen in den Arbeitsweisen der Praxen erforderlich. Diese Veränderungen können nur wirksam und ohne Beeinträchtigung des Praxisalltages umgesetzt werden, wenn entsprechende Werkzeuge Ärzte und medizinisches Fachpersonal dabei aktiv unterstützen. Nur mittels einer die Vertragsziele abbildenden und tief in die Praxisabläufe integrierten Praxis-EDV sind die Vertragsärzte in der Lage, die Vereinbarungen zu erfüllen und damit den Anspruch auf eine angemessenere Vergütung ihrer Leistungen zu rechtfertigen. Dieser Erkenntnis folgend, haben sich die Vertragsparteien der bisher abgeschlossenen HzV- und FaV-Verträge verabredet, die Anforderungen an eine Vertragssoftware konkret zu definieren und die Anwendung einer Vertragssoftware als Teilnahmebedingung zu deklarieren. Mittlerweile konnten auf Basis der abgeschlossenen Selektivverträge (insbesondere der Verträge der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft eG und des MEDI-Verbundes) erste Erfahrungen gesammelt werden, über die nachfolgend berichtet wird.

>> Mit der Einführung der KVK 1994 begann die flächendeckendere Ausstattung der Arztpraxen mit IT. Im Jahr 2000 verfügten über 90 Prozent aller niedergelassenen Ärzte über ein von der KBV zugelassenes Praxis-EDV-System, oft auch „Praxissoftware“ oder „Arztinformationssystem“ genannt. Die Angebotsseite für diese Systeme unterliegt dem freien Markt; die KBV regelt den Zugang zu diesem Markt durch Zertifizierungsvorgaben, die ein Anbieter erfüllen muss, damit sein System für die Abrechnung kassenärztlicher Leistungen genutzt werden kann. Derzeit sind im AIS-Markt gemäß KBV-Statistik über 180 Systeme zugelassen. Diese Zahl ist seit Mitte der 90er Jahre relativ konstant. Bei genauerer Betrachtung ist festzustellen, dass die CompuGroup Medical AG inkl. der ihr zuzurechnenden TurboMed EDV GmbH (35,76% Marktanteil) und die medatiXX - Medizinische Informationssysteme GmbH & Co. KG (18,03%) die größten Anbieter darstellen. Auch die Ambulanzmodule Klinischer Informationssysteme sind aufgrund der Relevanz der KV-Abrechnung aus den Krankenhäusern in den Zulassungsstatistiken vertreten.

Entwicklung des Leistungsumfangs der Arztinformationssysteme

Zu Beginn der Entwicklung von IT-Systemen für die Arztpraxis beschränkten sich die Programme auf Funktionalitäten zum Formulardruck, zur Abrechnung sowie zur Dokumentation von Basisdaten und Statistiken. Heute stellen Arztinformationssysteme komplexe Lösungen

Abstract

Die bestehenden Selektivverträge verdeutlichen, dass die Art der Umsetzung der Vertragsinhalte in der Praxissoftware über den Erfolg der Verträge wesentlich mitentscheidet. Im Vordergrund der neuen Vertragsformen steht eine Steigerung der Behandlungsqualität bei gleichzeitiger Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven. Je ergonomischer und schneller neue Anforderungen in die Arztinformationssysteme implementiert werden, desto kostengünstiger und akzeptierter wird die IT-Unterstützung für die an den Verträgen teilnehmenden Ärzte. Eine einheitliche Spezifikation für die Vertragssoftware ist ein wesentlicher Faktor zur Sicherstellung von mehr Wirtschaftlichkeit und verbesserter Behandlungsqualität im Rahmen der Verträge. Darüber hinaus trägt auch hier die Beibehaltung des freien Wettbewerbs der Arztinformationssystem-Anbieter zu mehr Qualität und sinkenden Kosten für den Anwender bei.

Keywords

Selektivverträge, Hausarztzentrierte Versorgung (HzV), Facharztzentrierte Versorgung (FaV), neue Vertragsformen, Telematikinfrastruktur, native IT-Umsetzung, Arztinformationssysteme (AIS), Software-Spezifikation, Praxissoftware

zur Unterstützung der Abläufe in der Praxis dar und bieten einen wesentlich über die Pflichtvorgaben der KBV hinausgehenden Leistungsumfang. Funktionen zur Behandlung und Abrechnung von Privat- und BG-Patienten sind ebenso integriert wie umfangreiche Arzneimittelinformationssysteme, ausführliche Statistiken und Module zur strukturierten medizinischen Dokumentation. Aus den anfänglichen „Abrechnungs- und Formulardrucksystemen“ entstanden Programme, die sich zu komplexen „ERP-Lösungen“ für ambulante Einrichtungen entwickelten. Die geplante Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und, damit einhergehend, die Etablierung einer Telematikinfrastruktur sowie die stetig steigende Zahl von Ärztenetzen, Medizinischen Versorgungszentren und großen Praxisverbänden erfordern jetzt und zukünftig eine noch umfassendere IT-Unterstützung.

Hierbei stehen neben der Umsetzung der Datenschutzerfordernungen der elektronische Austausch von Behandlungsdaten, das Management der Abrechnungen sowie die strukturierte Dokumentation, die einen reibungslosen Datenaustausch ermöglicht, an vorderster Stelle. Insbesondere bei Ärztenetzen gibt es je Ärztenetz individuelle Anforderungen: Ärztenetze, die sich gerade gründen, legen in der Regel zunächst den Schwerpunkt auf den Austausch der Behandlungsdaten. Je intensiver die Ärztenetze arbeiten, desto umfangreicher wird auch deren Leistungs- und damit IT-Anforderungskatalog. Schließen Ärztenetze Verträge mit Kassen, so gilt es für die IT-Hersteller, die Einschreib-, Abrechnungs-, Verordnungs-, Statistik- und Dokumentationsvorgaben des jeweiligen Vertrages umzusetzen.

Die Vielfalt der Angebote des AIS-Marktes (regional, fachrichtungsspezifisch, Speziallösungen für Großpraxen und MVZs, Ambulanzlösungen etc.) und der starke Wettbewerb garantieren den Ärzten ein

Telematikinfrastruktur

Definition „Telematikinfrastruktur“ der gematik:

Der Begriff „Telematik“ ist eine Kombination der Wörter „Telekommunikation“ und „Informatik“. Es handelt sich hierbei um die Vernetzung verschiedener IT-Systeme und daraus resultierend um die Möglichkeit, Informationen aus unterschiedlichen Quellen miteinander zu verknüpfen. Die Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen verbindet die IT-Systeme aus Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäusern und Krankenkassen miteinander und ermöglicht so einen systemübergreifenden Austausch von Informationen.

Sie ist ein geschlossenes Netzwerk aus vertrauenswürdigen Teilnehmern - Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern, Apotheken - zu dem man nur mit Heilberufsausweis und Gesundheitskarte Zutritt bekommt. Die Telematikinfrastruktur ist so konzipiert, dass sie bestehende Informationsgrenzen im Gesundheitswesen überwindet. Die ärztliche Schweigepflicht und das Recht auf informationelle Selbstbestimmung bleiben jederzeit gewahrt.“ (www.gematik.de)

Zu den Zielen der Telematikinfrastruktur siehe auch: „Gesundheitskarte: Telematikinfrastruktur für einen sicheren Datenaustausch“, Information des Bundesministeriums für Gesundheit vom 8. Juni 2010 (www.bmg.bund.de).

breites Spektrum an Angeboten, aus denen er nach seinen individuellen Bedürfnissen frei wählen kann.

Inhalte der Selektivvertragsfunktionen

Mit dem Start neuer Versorgungsformen – ob DMP, Integrierte Versorgung, Ärztenetze oder Selektivverträge – entstanden neue Anforderungen an den Leistungsumfang der Systeme. Der Logik der schrittweisen Einführung der HzV-Verträge folgend, stieg und steigt der Leistungsumfang der Vertragssoftware kontinuierlich an. Zu Beginn eines jeden Selektivvertrages werden die Funktionen „Praxiseinschreibung“, „Patienteneinschreibung“ sowie Funktionen für die Abrechnung der Leistungspauschalen und deren Regelprüfung gefordert. Ein weiteres wesentliches Element sind die Funktionalitäten für eine wirtschaftliche Arzneimitteltherapie: Hier wird bei jeder Verordnung geprüft, ob das vom Arzt ausgewählte Medikament den Vereinbarungen der Vertragsparteien entspricht. Ist dies nicht der Fall, erfolgt durch die Vertragssoftware der Vorschlag eines alternativen Medikamentes. Eine weitere Funktion ist die Erstellung einer Abrechnungsdatei für das Rechenzentrum, die entweder online (AOK Baden-Württemberg) oder zum Beispiel per CD (AOK Bayern) übersandt wird.

Den aktuellen Vorgaben für bereits länger laufende Selektivverträge sind weitergehende Anforderungen an die Vertragssoftware zu entnehmen. Diese sollen sicherstellen, dass die vereinbarten qualitativen und wirtschaftlichen Ziele der Behandlung der HzV-Patienten durch die Praxis ohne größeren Aufwand erkennbar sind und eingehalten werden können. Dabei sind – je Vertrag unterschiedlich priorisiert – Funktionen für eine wirtschaftlichere Heilmittelverordnung, eine Unterstützung bei der differenzierten Kodierung von Diagnosen und zusätzliche Erfassungsmasken, zum Beispiel für einen speziellen „Gesundheitsstatus“ des Patienten, zu implementieren. Perspektivisch sind Implementierungen von Leitlinien und weiterführenden Entscheidungsunterstützungs- und Versorgungssteuerungssystemen angedacht, die den Arzt bei seiner Diagnostik und bei seiner Entscheidung für eine qualitativ hochwertige und zugleich wirtschaftliche Therapie unterstützen sollen.

Hier sind Parallelen zu den aktuellen Bestrebungen der KBV zu erkennen, die auch im kollektivvertraglichen Bereich derzeit eine Erweiterung des Anforderungskataloges an für die kollektivvertragliche Versorgung zugelassene Software erörtert.

IT-Umsetzung neuer Vertragsformen

Für die IT-Umsetzung der neuen Vertragsformen gibt es verschiedene Möglichkeiten:

a) Native Implementierung im gewohnten Arztinformationssystem

Da die AIS-Branche die bei den neuen Vertragsformen geforderten Funktionalitäten bereits zumindest teilweise in anderen Bereichen umsetzt und sie schon aus rein wettbewerblichen Gründen auf die Anforderungen ihrer Kunden reagiert, ist es folgerichtig, die Umsetzung der Vertragsfunktionen den Anbietern selbst und unter Nutzung der Kräfte eines wettbewerblich organisierten Marktes zu ermöglichen. Wie in jedem freien Markt folgen auch hier die Anbieter der Entwicklung der Ansprüche ihrer Kunden, die möglichst in gewohnter Ergonomie und Optik auch die neuen Vertragsformen managen möchten.

b) Einsatz einer eigenen, zusätzlichen Vertragssoftware

Eine andere Variante ist der Einsatz einer komplett eigenstän-

digen Vertragssoftware mit eigener Bedienoberfläche. Diese Option verlangt den Ärzten die Auseinandersetzung mit einer zusätzlichen Software ab, die neben dem gewohnten Arztinformationssystem zum Einsatz kommt. Patienten, die sowohl kollektivvertraglich – z.B. im Notdienst – als auch im Selektivvertrag behandelt werden, sind dann doppelt zu erfassen.

Die HÄVG eG entschied sich bei ihrem ersten großen HzV-Vertrag, dem Vertrag mit der AOK Baden-Württemberg, mit Vertragsbeginn dafür, eine eigene, parallel zur etablierten Praxissoftware zu installierende Vertragssoftware zur verpflichtenden Bedingung für die Teilnahme am Vertrag zu deklarieren. Dafür gründete die HÄVG gemeinsam mit dem Unternehmen InterComponentWare AG die HÄVG Software GmbH, die die Software „Hausarzt+“ entwickelte und in den Markt einführte. Den etablierten AIS-Anbietern war die Umsetzung der Vertragsfunktionen somit verwehrt. Nach Protesten aus der Ärzteschaft und eines wettbewerbsrechtlichen einstweiligen Verfügungsverfahrens gegen den Marktausschluss der gesamten AIS-Branche gab die HÄVG diese Position auf und ermöglichte allen AIS-Anbietern, unter bestimmten Bedingungen die Vertragsfunktionen auch in den etablierten Systemen umzusetzen.

c) Integration einer externen Softwarekomponente in das gewohnte AIS

Hierbei wird von den Selektivvertragspartnern eine zur Umsetzung des Selektivvertrages verpflichtend einzusetzende Softwarekomponente („gekapselter Kern“) – ohne eine eigene Oberfläche – angeboten, die die AIS-Branche in ihre jeweilige Software implementiert. Dieses Softwaremodul beinhaltet die vertragspezifischen Regelungen insbesondere im Bereich der wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie. Der gekapselte Kern erzeugt Substitutionsvorschläge für vom Arzt ursprünglich ausgewählte Medikamente aus der zwischen den Vertragsparteien vereinbarten Arzneimittelregelung. In Baden-Württemberg, wo die Abrechnung des HzV-Vertrages online mit dem HÄVG-Rechenzentrum erfolgt, übernimmt der gekapselte Kern weiterhin die Kommunikation mit dem Konnektor, einer Hardwarekomponente zur sicheren Online-Übertragung. Zusätzlich überprüft der gekapselte Kern im Sinne eines Prüfmodules die Abrechnungsdateien auf strukturelle und logische Korrektheit. Bis auf die Ausnahme der HzV-Verträge für Bayern (z.B. AOK Bayern) sind die Verwendung des gekapselten Kerns von der HÄVG Software GmbH verpflichtend für die Implementierung der Vertragsfunktionen aus HÄVG-HzV-Verträgen in die bestehenden Programme. Der Vertragsarzt bezahlt zusätzlich zur Lizenz- und Pflegegebühr des HzV-Moduls seines AIS-Anbieters an die HÄVG Software GmbH eine laufende Pflegegebühr für die Verwendung des gekapselten Kerns im Untergrund seines Systems.

In der AIS-Branche besteht Einigkeit darüber, dass die native Implementierung der Vertragsfunktionen gemäß a) grundsätzlich eine schnellere, ergonomischere und damit kostengünstigere Umsetzung ermöglicht. Teilweise existieren in den bestehenden Systemen bereits die von den Vertragsparteien geforderten Funktionen; diese sind bei einer verpflichtenden Verwendung des gekapselten Kerns jedoch abzuschalten und durch Funktionen aus dem gekapselten Kern zu ersetzen. Dies erhöht unnötig den Entwicklungs-, Abstimmungs- und Testaufwand der Vertragssoftware. Gleiche Erfahrungen gelten für den Support der laufenden Vertragssoftware in den Arztpraxen. Immer wieder treten in den Hotlines der AIS-Anbieter Fragen insbesondere zu Installations- und Geschwindigkeitsproblemen im Zusammenhang mit dem gekapselten Kern auf; sie sind jedoch nur begrenzt in der Lage, die Funktionen der „Black Box gekapselter Kern“ zu beeinflussen oder zu erläutern.

Ein sinnvoller Lösungsansatz ist, die heute verpflichtende Verwendung des gekapselten Kerns – die insbesondere für kleinere Systemanbieter mit geringeren Teilnehmerzahlen je Vertrag durchaus eine Möglichkeit mit Kompromissen darstellt, die vielzähligen Verträge in ihren Systemen überhaupt abbilden zu können – in eine optionale Nutzung umzuwandeln und den Unternehmen, die diese Funktionen nativ implementieren wollen, eine vollständige Spezifikation auch der Kernfunktionen zu überlassen. Dies würde zu einer Beschleunigung der Entwicklungsprozesse, einer Reduktion des Entwicklungs- und Supportaufwandes und letztlich zu sinkenden Gebühren bei den niedergelassenen Ärzten führen. Erste Erfahrungen mit Vertragsumsetzungen außerhalb des HÄVG-Umfeldes bestätigen dies bereits heute.

Die Besonderheit bei den HzV- und FaV-Verträgen bestand und besteht darin, dass zumindest theoretisch eine große Vielzahl von Vertragspartner-Konstellationen entstehen kann und somit die normative Kraft einer per Gesetzesauftrag bestimmten vereinheitlichten Spezifikationseinrichtung nicht existiert. Frühzeitig nahm die AIS-Branche deshalb durch direkte Firmenkontakte durch ihre Verbände (VHitG, VDAP, Mittelstands-Initiative Praxis-EDV) Kontakt zu den Vertragsparteien auf mit dem Ziel, möglichst einheitliche und praxistaugliche Vorgaben für die Vertragsfunktionen gemeinsam zu definieren und ihre Erfahrungen miteinzubringen.

Seitens der AIS-Industrie besteht das Bestreben, die Vorgaben für gleiche Funktionen einheitlich zu gestalten und unterschiedliche Vorgehensweisen zu vermeiden. Nur dann wird es gelingen, dass die niedergelassenen Ärzte durch das von ihnen frei gewählte Arzteinformationssystem auch zukünftig eine wirksame Unterstützung in ihrer täglichen Arbeit erfahren und so eine medizinisch hochwertige und zugleich wirtschaftliche ambulante Versorgung gewährleistet werden kann.

Mittlerweile sind eine Reihe von HzV-Verträgen der HÄVG und ein erster FaV-Vertrag des MEDI-Verbundes³, der ebenfalls über die IT-Strukturen der HÄVG abgewickelt wird, in IT-Funktionen umgesetzt. Die HÄVG hat mit aktiver Unterstützung der AIS-Branche standardisierte

Literatur

- Hermann, C./Mehl, E./Schütz, J./Rose, J./Conrad, W./Dietsche, B./Baumgärtner, W. (2008): Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 73 b SGB V idF. des GKV-WSG, Berlin, den 8. Mai 2008 in der redaktionell veränderten Fassung vom 30. Juni 2008
- Hermann, C./Conrad, W./Haerer, W./Smetak, N./Kuhn, B./Seyfferth, T./Baumgärtner, W. (2009): Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet der Kardiologie in Baden-Württemberg gemäß § 73 c SGB V. In: <http://www.medi-verbund.de/datei.php?id=2240> (abgerufen am 8.11.2010)
- Grätzel von Grätz, P. (2008): Einigung kurz vor Toresschluss. In: *ArztOnline*, 3.9.2008. In: <http://www.aerztezeitung.de> (abgerufen am 8.11.2010)
- Grätzel von Grätz, P. (2008): Streit um Vertragssoftware beigelegt. In: *Ärzte Zeitung*, 28.8.2008 <http://www.aerztezeitung.de> (abgerufen am 8.11.2010)
- Platzer, H./Hoppenthaler, W./Mehl, E./Schütz, J./Rose, J.: Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V, gültig ab 01.04.2009, in der Fassung der 1. Änderungsvereinbarung vom 03.09.2009, In: http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/by/arztundpraxis/hzv/by_ap_hzv_vertrag.pdf (abgerufen am 8.11.2010)

Jens Naumann Dipl.-Ing. (TU)

ist Mitglied der Geschäftsführung der medatiXX Medizinische Informationssysteme GmbH & Co.KG; des Zusammenschlusses der Arzteinformationssystem-Anbieter DOCexpert Computer GmbH und MCS Arzt- und Ambulanzsysteme GmbH. Seit 2004 ist Herr Naumann Mitglied des Vorstandes des VHitG e.V.

Kontakt: j.naumann@medatixx.de



IT for selective contracts

The current selective contracts clarify that the way of implementation of the contract contents into the practice management software is decisive for the success of the contract. Major focus is put on improving therapeutic quality and concurrent use of profitability reserves. The more ergonomically and faster new requests are implemented in the practice management software, the more cost effective and accepted the contracts will be for the participating practitioners. A key success factor to ensure cost-effectiveness and improving therapeutic quality within the contracts is a uniform specification for the software. Furthermore, the perpetuation of free competition in the sector of practice management software contributes to an improving quality and decreasing costs for the user.

Keywords

Selective contracts, GP-centered care, specialist physician centered care, new contractual forms, telematics infrastructure, native IT-implementation, physician information system, software specification, practice management software (PMS)

Rahmenbedingungen und Verfahrenswege für die Umsetzung dieser Funktionen etabliert. Hier besteht die besondere Herausforderung sowohl für die HÄVG als spezifizierende Stelle als auch für die AIS-Anbieter darin, die als Vertragstext vorliegenden Vereinbarungen in eindeutige IT-Spezifikationen umzuwandeln. Dies erfordert auf beiden Seiten eine hohe Flexibilität und einen permanenten engen Abstimmungsprozess, der sich durch regelmäßige Treffen und strukturierte Dokumente zunehmend besser etabliert. Eine Aufhebung der Verpflichtung zur Verwendung des gekapselten Kerns würde diesen Prozess positiv beeinflussen.

Erkennbar ist derzeit, dass Vertragsparteien außerhalb der HÄVG und des MEDI-Verbunds eigene Überlegungen zur IT-seitigen Umsetzung der Verträge anstellen und sich somit die Gefahr einer heterogenen Landschaft von Spezifikationen erhöht, deren gleichzeitige Umsetzung unnötig hohe Aufwendungen und damit letztlich eine unübersichtliche Funktionsvielfalt in den Systemen entsteht, die die Akzeptanz der Verträge bei den Ärzten senken wird. Dem ist durch eine Harmonisierung und damit einhergehende „Entpolitisierung“ der Spezifikationen vorzubeugen.

Fazit und Ausblick

Die Einführung von Selektivverträgen geht einher mit einer intensiveren IT-Unterstützung zur Erfüllung der durch den Arzt eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen. Dadurch werden sich die Arzteinformationssysteme in Richtung medizinischer Entscheidungsunterstützungs- und Versorgungssteuerungssysteme weiterentwickeln. Diese weltweit erkennbare Entwicklung wird in Deutschland nur gelingen, wenn einheitliche und an Ergonomie und Praxistauglichkeit orientierte Spezifikationen vorliegen und diese sich unabhängig von der jeweiligen politischen Position der Vertragspartner gleichmäßig und flächendeckend etablieren können. Nur dann wird seitens der Ärzte eine tatsächliche Akzeptanz für die neuen Vertragsformen entstehen können. <<

Vera Gács
 Hannah Komjati
 Helmut Farbmacher
 Dr. med. Axel Neumann
 Dr. med. Axel Munte
 Prof. Dr. Joachim Winter

Ambulante Operationen: Der Patient steht im Mittelpunkt

Ein großer Teil der am häufigsten durchgeführten vollstationären Operationen in Deutschland kann ohne Nachteile für den Patienten ambulant durchgeführt werden. Vorteile würden dabei für den Patienten, den Arzt und für die Kostenträger entstehen. Der Patient würde von einem vollständigen Behandlungsverlauf beim gleichen Arzt seines Vertrauens, von kürzeren Ausfallzeiten und von einer Genesung zu Hause profitieren. Der Arzt könnte sich auf bestimmte ambulante Operationen spezialisieren und sich somit Wettbewerbsvorteile verschaffen. Die Krankenkassen hätten die Möglichkeit, Kosteneinsparungen zu erzielen, da ambulante Operationen wesentlich günstiger als Operationen im stationären Bereich sind. So entstehen für eine gesetzliche Krankenkasse beispielsweise für eine stationär durchgeführte Leistenhernien-Operation Kosten von circa 2.252 Euro, ambulant durchgeführt kostet die gleiche Operation weniger als die Hälfte (etwa 1.069 Euro). Die Kosten für eine Katarakt-Operation betragen stationär etwa 1.458 Euro, ambulant nur etwa 903 Euro. Eine Studie von Oberender und Partner aus dem Jahr 2010 zeigt Einsparungspotenziale im Bereich ambulanter Operationen von 25 Mio. bis zu 515 Mio. Euro in Deutschland auf. Kosteneinsparungen dieser Größenordnung sollten gerade bei der derzeitigen dramatischen Finanzlage der Krankenkassen von der Politik berücksichtigt werden.

>> Trotz dieser klaren Vorteile ist die Quote ambulanter Operationen in Deutschland im internationalen Vergleich verhältnismäßig niedrig. Bezogen auf alle Operationen liegt sie mit einem Anteil von 37% weit unter dem internationalen Durchschnitt (siehe Abb. 1). Industrieländer wie Kanada (87%), Dänemark, Schweden und Norwegen (55%, 50% bzw. 48%) sowie Australien (41%) und Schottland (39%) weisen weit höhere Anteile ambulanter Operationen auf. Mögliche Faktoren hierfür könnten eine mangelnde Information der Patienten und mangelnde Transparenz über die Qualität der ambulant angebotenen Leistungen sein.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) hat deshalb in Kooperation mit der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) sowie dem Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V. (BAO) eine wissenschaftliche Evaluation zur Prozess- und Ergebnisqualität ausgewählter ambulanter Operationen erstellt. Ziel des Vorhabens war, Transparenz bezüglich der Versorgungsqualität ambulanter Operationen sowie eine

Abstract

Die Qualitätsmaßnahme „Ambulante Operationen“ der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) untersucht die Versorgungsqualität ausgewählter ambulanter Operationen anhand der Qualitätsindikatoren Patientenzufriedenheit und postoperativer Patientenverlauf. Der Aspekt der Patientenzufriedenheit wurde mit einer kombinierten Arzt- und Patientenbefragung des Instituts für Qualitätssicherungssysteme medicaltex untersucht. Der postoperative Patientenverlauf wurde anhand ambulanter und stationärer Abrechnungsdaten analysiert. Die Ergebnisse deuten auf eine hohe Prozess- und Ergebnisqualität der ausgewählten ambulanten Operationen hin. Des Weiteren scheint die Kombination der genannten beiden untersuchten Aspekte eine sinnvolle und ganzheitliche Vorgehensweise zur Schaffung von Transparenz hinsichtlich der Versorgungsqualität ambulanter Operationen.

Keywords

Qualitätssicherung, Patientenzufriedenheit, ambulante Operationen, Versorgungsqualität, postoperativer Patientenverlauf, Abrechnungsdaten, Ergebnisqualität, unerwünschte Ereignisse

Quote der ambulanten Operationen bezogen auf alle Operationen im internationalen Vergleich

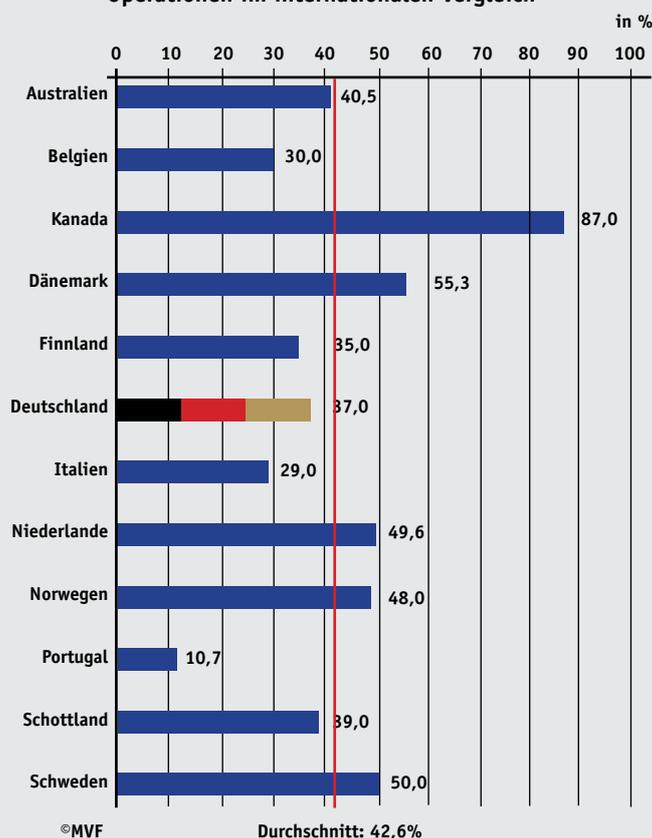


Abb 1: Quote der ambulanten Operationen bezogen auf alle Operationen im internationalen Vergleich; Quelle: Toftgard, C. und Parmentier, G. (2006)

ausagekräftige Datenbasis für weitere Projekte zu schaffen. Dabei wurden zwei Themenblöcke analysiert: die Patientenzufriedenheit und der postoperative Patientenverlauf.

Methodenbeschreibung Patientenzufriedenheit

Die Untersuchung der Patientenzufriedenheit stützte sich auf das Qualitätssicherungsinstrument AQS1 des Instituts für Qualitätssicherungssysteme medicaltex und wurde für vier ausgewählte ambulante

Operationen im Rahmen einer Pilotstudie durchgeführt:

- Verschluss einer Hernia inguinalis (Leistenhernie)
- Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums (Nasenseptum)
- Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus (Myom an der Gebärmutter)
- Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenks (Schultergelenk)

Diese ambulanten Operationen wurden mit einem Fachexpertenteam anhand folgender Kriterien ausgewählt:

- die Leistungen fallen unter so genannte stationersetzende Leistungen der Kategorie 2 Leistungen gemäß dem Katalog ambulant durchführbarer Operationen nach §115b SGB V
- die Leistungen weisen gegenüber dem stationären Bereich hohe Einsparungen auf
- die Leistungen sollten durch möglichst viele Fachgruppen erbracht werden können

Im Mittelpunkt des Qualitätssicherungsinstruments AQS1 stand eine Patientenbefragung, bei der Patienten freiwillig die Prozesse in der Praxis sowie aufgetretene postoperative Komplikationen bewerten. Viele in der Literatur erwähnte Dimensionen der Patientenzufriedenheit (Neugebauer/Porst 2001) wurden auch in diesem Patientenfragebogen abgefragt, so zum Beispiel die Bewertung der ärztlichen Betreuung, die Höflichkeit der den Patienten umgebenden Personen, die Ablauforganisation und Verwaltung, die Bewertung der Information und Aufklärung sowie die Gesamtzufriedenheit.

Die Pilotstudie wurde im Zeitraum 01.07.2008 bis 31.12.2008 durchgeführt. Teilnahmeberechtigt waren alle ambulanten Operateure in Bayern, die eine oder mehrere der vier ausgewählten ambulanten Operationen durchführten. Die ärztliche Teilnahmequote, also der Anteil der teilnehmenden Ärzte an den potenziell teilnehmenden Ärzten, lag bei 45,3%.

Der Patientenfragebogen wurde dem Patienten inklusive eines adressierten Freiumschlages mit der Bitte ausgehändigt, ihn innerhalb der ersten zwei Wochen postoperativ auszufüllen und im beiliegenden Freiumschlag direkt an medicaltex zu schicken. Zusätzlich dokumentierten der Anästhesist und der Operateur ihre intraoperative und unmittelbare postoperative Leistung auf dem Arztfragebogen.

Patientenzufriedenheit

Im Untersuchungszeitraum wurden 1.910 Patienten zu den vier ausgewählten ambulanten Operationen befragt. Das durchschnittliche Alter lag bei 46,9 Jahren; von den 1.910 Patienten waren 1.073 Patienten männlich und 834 weiblich. Die Rücklaufquote der Patientenfragebögen lag bei 43,1%.

Gesamtzufriedenheit mit der ambulanten Operation:

Insgesamt haben 97,5% der Patienten den Eingriff als „sehr gut“ oder „gut“ bewertet. Die Gesamtbewertung des Eingriffs erhielt eine Note von 1,4 bei einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (sehr schlecht).

Befragt nach der Aufklärung durch den Operateur, gaben 90,8% der Patienten an, dass sie die Aufklärung über Risiken sowie Vorteile durch den operativen Eingriff „sehr gut“ oder „gut“ fanden. Auch konnte nach Angaben der Patienten bei 88,9% der Patienten die Angst vor der Anästhesie „sehr gut“ oder „gut“ durch den Anästhesisten zerstreut werden.

Des Weiteren bewerteten 87,7% der Patienten die Information über die weitere Behandlung nach der Operation mit „sehr gut“ oder „gut“ (Abb. 2 und 3).

Beim Themenblock Praxisausstattung und Service (siehe Abbildung 4) bewerteten 93,9% der Patienten die Organisation und Terminplanung, 95,3% die Ausstattung der Praxis und 97,2% die Freundlichkeit und

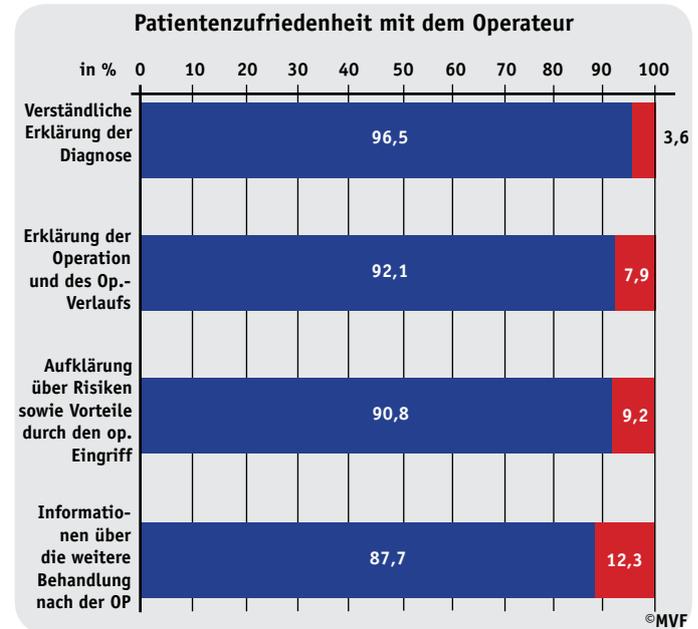


Abb 2: Patientenzufriedenheit mit dem Operateur

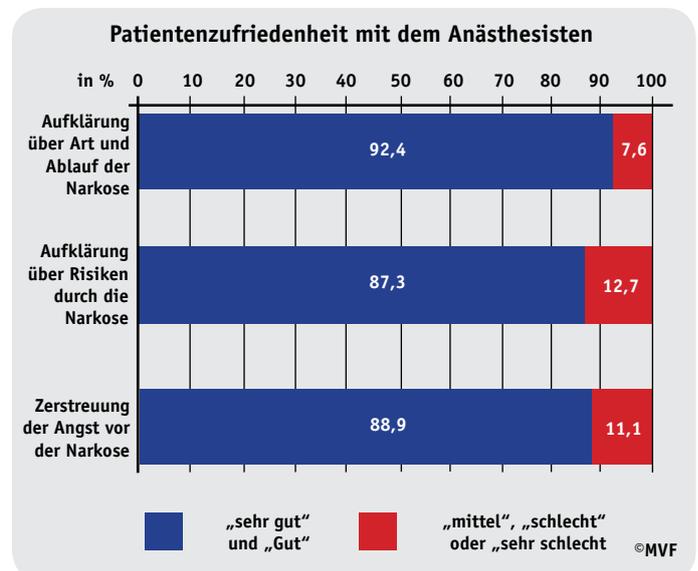


Abb 3: Patientenzufriedenheit mit dem Anästhesist; Legende für Abb 2 bis 4; Quelle: Eigene Berechnungen

Hilfsbereitschaft von Praxis und Praxisteam mit „sehr gut“ oder „gut“.

95,5% der Patienten, 93,5% der Patienten über 65 Jahren und 95,5% der alleinstehenden Patienten würden sich – falls notwendig – erneut einer ambulanten Operation unterziehen. Somit gibt es keine bedeutenden Unterschiede in der Bereitschaft zu einer erneuten ambulanten Operation in Abhängigkeit davon, ob der Patient alleinstehend oder älter als 65 Jahre ist oder nicht.

Beschwerden/postoperative unerwünschte Ereignisse:

Neben der Gesamtzufriedenheit wurden mit Hilfe der Arzt- und

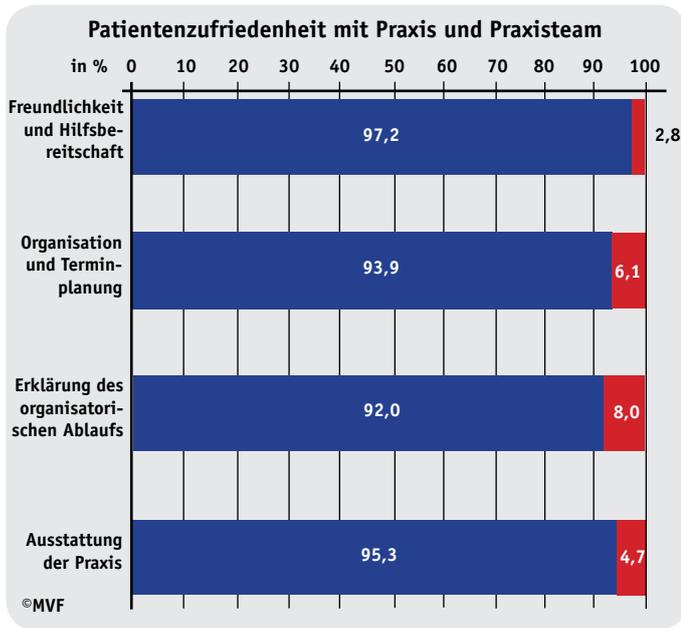


Abb 4: Patientenzufriedenheit mit Praxis und Praxisteam; Quelle: Eigene Berechnungen

Patientenfragebögen mögliche unerwünschte Ereignisse während der Operation, Beschwerden im Aufwachraum sowie Beschwerden zu Hause erfasst.

Bei den dokumentierten ambulanten Operationen traten wenig intraoperative unerwünschte Ereignisse auf. Wie in Tabelle 1 ersichtlich, musste eine Erweiterung der geplanten Operation in 1,0% der Fälle durchgeführt werden; bei 0,9% der ambulanten Operationen trat eine Blutung auf. Nervenläsionen, technisch/instrumentelle Komplikationen, sonstige Komplikationen oder ein Abbruch der OP traten in jeweils 0,2% der ambulanten Operationen auf.

Die drei häufigsten festgestellten Beschwerden im Aufwachraum

Ereignis	Unerwünschte Ereignisse während der Operation	
	nicht aufgetreten	aufgetreten
Blutung	99,1%	0,9%
Nervenläsion	99,8%	0,2%
Gewebläsion	99,9%	0,1%
Technisch/Instrumentell	99,8%	0,2%
Abbruch der geplanten OP	99,8%	0,2%
Erweiterung der geplanten OP	99,0%	1,0%
Sonstiges	99,8%	0,2%

Tab. 1: Unerwünschte Ereignisse während der Operation; Quelle: Eigene Berechnungen

waren Herz-Kreislauf-Beschwerden bei 6,4% der dokumentierten ambulanten Operationen, Beschwerden des Respirationstraktes (2,3%) und technische Probleme (2,2%). Diese Beschwerden im Aufwachraum umfassen nur den Schweregrad 1 bis 2 und werden somit als nicht schwerwiegend eingestuft (Tab. 2).

Des Weiteren bewerteten die Patienten auch die zu Hause even-

Beschwerdeart	keine Komplikationen	Schweregrad 1-2	Schweregrad 3-4
Herz-Kreislauf	93,6%	6,4%	0,1%
Respirationstrakt	97,6%	2,3%	0,1%
Aspiration	98,1%	1,9%	0,0%
Medikamente	97,9%	2,1%	0,0%
Technische Probleme	97,8%	2,2%	0,0%
Sonstiges	98,1%	1,9%	0,0%

Tab. 2: Beschwerden im Aufwachraum; Quelle: Eigene Berechnungen

tuell aufgetretenen Beschwerden auf einer 11-stufigen Skala (siehe Abbildung 5). Der Großteil (durchschnittlich 81,2%) der möglichen Beschwerden wurde dabei mit der Bezeichnung „überhaupt nicht“ bis „wenig“ bewertet. „Mittel“ bis „unerträglich“ waren zu 13,9% die Wundschmerzen bis zum 3. Tag nach der OP, Schlafprobleme (9,1%) Kreislaufprobleme (7,7%) sowie Wundschmerzen nach dem 3. Tag nach der OP (7,6%).

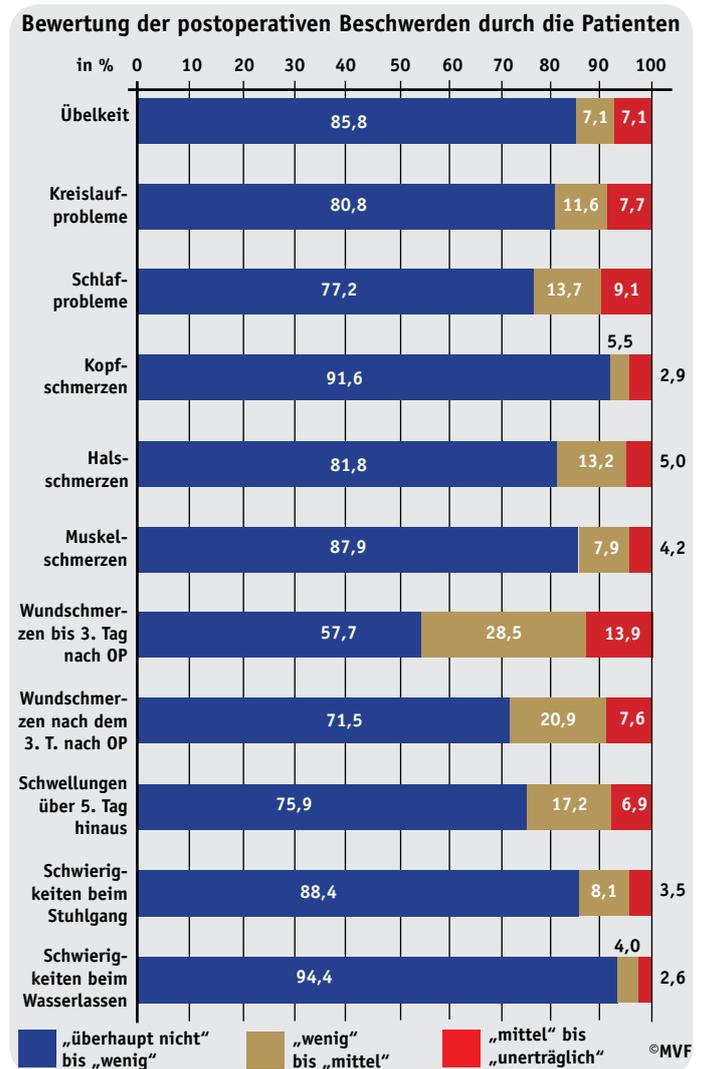


Abb 5: Bewertung der postoperativen Beschwerden durch die Patienten Quelle: Eigene Berechnungen

Versorgung zu Hause:

Ein weiterer für den Patienten wichtiger Aspekt ist die ausreichende Versorgung zu Hause. Hier ist nicht nur die Betreuung zu Hause zu verstehen, sondern auch die Versorgung mit Medikamenten oder die Möglichkeit, den Arzt anzurufen. Die Ergebnisse zeigen, dass 94,9% der befragten Patienten zu Hause nach der Operation das Gefühl hatten, dass ihr Operateur/Anästhesiearzt jederzeit für sie erreichbar war. 94,9% der Patienten insgesamt und 93,9% der Patienten über 65 Jahre gaben an, dass sie das Gefühl hatten, zu Hause ausreichend betreut zu werden. Insbesondere fühlten sich 97,5% der Patienten am OP-Tag und 96,9% der Patienten zu Hause ausreichend mit Medikamenten versorgt.

Postoperativer Patientenverlauf

Schätzungen der Beschwerde- bzw. Komplikationshäufigkeit, die auf Patientenangaben beruhen, können zu einer Unterschätzung von Beschwerden bzw. der Häufigkeit von Komplikationen führen. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass die Bereitschaft zur Teilnahme an der freiwilligen Befragung durch das Auftreten von starken Beschwerden und Komplikationen negativ beeinflusst wird. Deshalb wurden neben der Patientenzufriedenheit stationäre und ambulante Abrechnungsdaten untersucht, um mögliche postoperative unerwünschte Ereignisse zu eruieren und Angaben der Patienten zu Beschwerden zu validieren.

Methodenbeschreibung postoperativer Patientenverlauf:

Bei der Analyse des postoperativen Patientenverlaufes wurde die Kohorte jener Patienten berücksichtigt, an denen im Zeitraum 2008/03 und 2008/04 eine der ausgewählten ambulanten Operationen durchgeführt wurde. Zusätzlich wurden Daten aus den Quartalen 2007/03 und 2007/04 als Kontrollgruppe herangezogen. Für die Analyse konnten erstmals stationäre und ambulante Abrechnungsdaten zusammengeführt werden. Daten des stationären Bereichs wurden von den teilnehmenden Krankenkassen (AOK Bayern, Vereinigte IKK, BKK Audi, BKK Faber Castell, SBK, BKK mobil oil, mhplus BKK) zur Verfügung gestellt.

Für die Analyse der postoperativ durchgeführten Behandlungen wurde ein Team von Fachexperten gegründet. Die Fachexperten (Dr. med. Winfried Goertzen, Dr. med. Axel Neumann und Dr. med. Ulrich Schwiersch) sind ambulante Operateure aus den betroffenen Fachgebieten Allgemeinchirurgie, HNO-Heilkunde und Gynäkologie und führen die entsprechenden ausgewählten ambulanten Operationen regelmäßig durch. Die Fachexperten haben bei den ambulanten Daten jene Behandlungen analysiert, die 72 Stunden nach der ambulanten Operation durchgeführt wurden. Hier wurde zum einen berücksichtigt, dass die meisten operationsbedingten Komplikationen 72 Stunden nach einem Eingriff auftreten und zum anderen konnten durch den gewählten Zeitraum Ungenauigkeiten bei der Zuordnung von unerwünschten Ereignissen auf Basis der Gebührenordnungsposition (GOPs) eingeschränkt werden.

Bei den stationären Daten hat das Fachexpertenteam jene Behand-

Literatur

- Neugebauer, B./ Porst, R. (2001): Patientenzufriedenheit. Ein Literaturbericht, ZUMA-Methodenbericht Nr. 7/2001.
- Oberender et al (2010): Ökon. Betrachtung des ambulanten Operierens, 2010. Qualitätsmaßnahme Ambulante Operationen – Ergebnisse zur Patientenzufriedenheit und zum postoperativen Patientenverlauf bei ambulanten Operationen; Eine Studie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) in Kooperation mit dem Bundesverband Ambulantes Operieren e.V. (BAO) und der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU), 2010.
- Toftgard, C./ Parmentier, G. (2006): International Terminology in Ambulatory Surgery and its Worldwide Practice, in: Day Surgery – Development and Practice. International Association for Ambulatory Surgery 2006.

Postoperativer Patientenverlauf: Relative Häufigkeit postoperativer unerwünschter Ereignisse

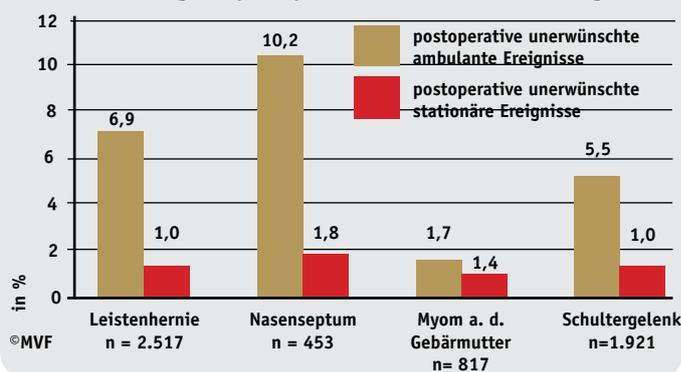


Abb. 6: Postoperativer Patientenverlauf: Relative Häufigkeit postoperativer unerwünschter Ereignisse; Quelle: Eigene Berechnungen

lungen untersucht, die 30 Tage nach der ambulanten Operation angefallen sind. Der Beobachtungszeitraum konnte hier deshalb verlängert werden, weil die taggenau erfassbaren ICD-10-Diagnosen genauen Aufschluss über die jeweilige Behandlung geben können. Aufgabe der Fachexpertenanalyse war es, jene Leistungen zu identifizieren, die auf ein postoperatives unerwünschtes Ereignis hindeuteten.

Ergebnisse postoperativer Patientenverlauf:

Die Ergebnisse zeigen geringe postoperative unerwünschte Ereignisse im stationären und im ambulanten Bereich auf. So trat im Durchschnitt in 5,9% der Fälle ein postoperatives unerwünschtes Ereignis auf, das 72 Stunden nach der ambulanten Operation zu einer ambulanten Behandlung geführt hat. Behandlungen, die im stationären Bereich in Zusammenhang mit einem unerwünschten Ereignis 30 Tage nach der ambulanten Operation stehen, waren in durchschnittlich 1,1% der Fälle notwendig. Abbildung 6 zeigt hierzu die relativen Häufigkeiten getrennt für die betrachteten ambulanten Operationen.

Fazit

In diesem Beitrag wurde die Patientenzufriedenheit und der postoperative Patientenverlauf bei ausgewählten ambulanten Operationen analysiert, wobei zum einen eine kombinierte Arzt- und Patientenbefragung zur Ermittlung der Behandlungsqualität und Patientenzufriedenheit durchgeführt und zum anderen ambulante und stationäre Abrechnungsdaten zusammengeführt und untersucht wurden.

Mit Hilfe von Patientenangaben wurde die Patientenzufriedenheit ohne unmittelbare Mitwirkung der Leistungserbringer gemessen. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse – zum Beispiel mittels quartalsweise erstellten Auswertungsberichten für die teilnehmenden Ärzte – führt zu konstruktiven Diskussionen in der Praxis und Qualitätsverbesserungen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements. Allerdings können Schätzungen, die auf Patientenangaben beruhen, zu einer Unterschätzung der Beschwerde- bzw. Komplikationshäufigkeit führen. Dies wäre der Fall, falls die Teilnahme an der Befragung durch das Auftreten von Beschwerden und Komplikationen negativ beeinflusst wäre. Bei der Untersuchung von Abrechnungsdaten müssen hingegen mögliche Datenprobleme berücksichtigt werden, insbesondere Ungenauigkeiten bei der Zuordnung von unerwünschten Ereignissen auf Basis von Gebührenordnungspositionen. Hier wäre – soweit möglich – eine prospektive Änderung der Datenstruktur wünschenswert.

Deshalb erscheint die Kombination beider Aspekte eine sinnvolle und ganzheitliche Herangehensweise zur Schaffung von Transparenz hinsichtlich der Versorgungsqualität ambulanter Operationen. Die Ergebnisse deuten auf eine hohe Prozess- und Ergebnisqualität ambulanter Operationen hin. <<

Ambulatory surgeries – the patient in focus

The quality assurance programme „ambulatory surgery“ of the Bavarian Association of Compulsory Health Insurance Physicians (KVB) investigates the quality of medical care for selected ambulatory surgeries by means of the quality indicators patient satisfaction and postoperative patient progress. Patient satisfaction was evaluated by means of a combined questionnaire for the surgeon, the anaesthetist and the patient developed by the Institute for Quality Systems medicaltex. Postoperative patient progress was investigated with the help of outpatient and inpatient billing data. The results showed high process and outcome quality for the four exemplarily selected ambulatory surgeries. Further, the combination of the two described aspects seems to be a reasonable and holistic approach for the creation of transparency in respect to the quality of ambulatory surgeries.

Keywords

quality assurance, patient satisfaction, ambulatory surgeries, quality of medical care, postoperative patient progress, billing data, outcome quality, adverse events

Vera Gács

Projektmanagerin bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Vera Gács studierte Volkswirtschaftslehre an der Universität Wien. 2005 bis 2008 Mitarbeiterin bei Statistik Austria (Gesundheitsausgabenrechnung). Seit April 2008 Entwicklung und Durchführung von Versorgungskonzepten und Qualitätsmaßnahmen sowie Begleitung wissenschaftlicher Evaluationen bei der KVB. Kontakt: vera.gacs@kvb.de



Hannah Komjati

Projektmanagerin bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Hannah Komjati studierte internationale Betriebswirtschaftslehre an der University of Applied Sciences IMC Krems in Österreich. Seit Dezember 2007 ist sie mit der Entwicklung und Durchführung von Versorgungskonzepten und Qualitätsmaßnahmen im Bereich der ambulanten Versorgung sowie der Begleitung wissenschaftlicher Evaluationen bei der KVB betraut. Kontakt: hannah.komjati@kvb.de



Helmut Farbmacher

Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der LMU München

Helmut Farbmacher studierte an der LMU München Volkswirtschaftslehre. Seit 2007 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter am Münchner Zentrum für Gesundheitswissenschaften (MC-Health) und Doktorand am Seminar für empirische Wirtschaftsforschung. Sein Forschungsschwerpunkt ist empirische Gesundheitsökonomik. Kontakt: helmut.farbmacher@lrz.uni-muenchen.de



Dr. med. Axel Neumann

ist Facharzt für Chirurgie, Hand- und Unfallchirurgie, er ist Mitglied der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, der deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, der deutschen Gesellschaft für Handchirurgie und Vorsitzender des Kommission ambulantes Operieren / Belegarztwesen der KV Bayerns sowie Präsident Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V.

Kontakt: Dr.Axel.Neumann@bao-praesidium.de



Dr. med. Axel Munte

Vorstandsvorsitzender Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Initiator des wohl ältesten kooperativen Ärztehauses in Deutschland (1978) und dort 28 Jahre als Internist und Gastroenterologe tätig. 1991 bis 1995 Mitglied des Vorstands der Bayer. Landesärztekammer. 2002 bis 2004 Mitglied des Vorstands der Kassenärztl. Bundesvereinigung. Seit Januar 2001 Vorstandsvorsitzender der KV Bayerns. Kontakt: axel.munte@kvb.de



Prof. Dr. Joachim Winter

ist Professor für Volkswirtschaftslehre an der LMU München.

Er studierte Wirtschaftswissenschaften in Augsburg und an der London School of Economics. Danach promovierte und habilitierte er an der Universität Mannheim. Seit 2004 leitet er das Seminar für Empirische Wirtschaftsforschung an der Ludwig-Maximilians-Universität.

Kontakt: winter@lmu.de



Nadine Pohontsch
Dr. phil. Ruth Deck

Überwindung von „Schnittstellenproblemen“ in der medizinischen Rehabilitation

Ein Pilotprojekt zur Optimierung der Zusammenarbeit von Reha-Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und ambulanter Versorgung*

Der Wunsch nach stärkerer Verzahnung von rehabilitativen Maßnahmen mit der ambulanten Versorgung ist nicht neu. Eine politische Umsetzung einer integrierten Rehabilitation wurde durch das SGB IX in Angriff genommen. Die praktische Umsetzung hingegen verläuft schleppend bzw. gar nicht (Braun 2009). Insbesondere die schon vor längerem beschriebenen Schnittstellenprobleme zwischen kassenärztlicher Versorgung und Rehabilitation, vor allem die Einbindung von niedergelassenen Hausärzten in das Rehabilitationsgeschehen (Brandt 1989; Barth et al. 1989; Schliffke 1999; Petermann et al. 1994; Krischke et al. 1997; Deck et al. 2000), haben nichts an ihrer Aktualität verloren. Neuere Versuche, das Problem in Angriff zu nehmen oder zu lösen, sind rar (Deck et al. 2009c; Muschalla et al. 2009; Träder 2007). Trotz vielfältiger Anstrengungen zur Überwindung dieser „Schnittstellen“ (vgl. Schliffke 1999; Deck et al. 2000; Träder 2007) in der medizinischen Rehabilitation ist eine optimale Verzahnung rehabilitativer Maßnahmen und ambulanter Versorgung noch nicht erreicht (Deck et al. 2009c). Verschiedene Faktoren können dafür verantwortlich gemacht werden, allen voran Kommunikations- und Informationsdefizite sowie institutionenspezifische Einstellungen und Vorurteile.

>> Zu allen Zeitpunkten, also vor, während und nach der Rehabilitation, können Schwachstellen identifiziert werden: Vor einer Reha stellt sich das Problem des frühzeitigen Erkennens eines Reha-Bedarfs, der Motivationslage von Arzt und Patient und daraus resultierend der Beantragung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Als kritische Schnittstellen sind hier die Kommunikation und Kooperation zwischen niedergelassenem (Haus-) Arzt und Reha-Kostenträger bekannt. Während und nach der Rehabilitation sind der Transfer der Reha-Inhalte und die nachfolgende Weiterbehandlung problematisch. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Schnittstelle Rehabilitation und ambulante Versorgung durch den Hausarzt. Er entscheidet in der Regel (mit), ob die Empfehlungen der Rehabilitation nach der Maßnahme vom Patienten umgesetzt werden. Aus hausärztlicher Sicht stellen sich mehrere Probleme: vor der Reha wird zum Beispiel der wahrgenommene vermeintliche Aufwand einer Reha-Antragstellung und fehlende Informationen über den Fortgang und das Ergebnis eines gestellten Antrags durch die Reha-Kostenträger kritisiert, nach der

Abstract

Die segmentierte Gesundheitsversorgung in Deutschland führt an verschiedenen Stellen zu Kooperations- und Koordinationsproblemen. Auch und besonders davon betroffen ist das System der medizinischen Rehabilitation. Mit Hilfe von Gruppengesprächen (Fokusgruppen) mit Vertretern der einzelnen Berufs- und Institutionengruppen und unter Berücksichtigung der Betroffenenperspektive werden die Barrieren einer effizienten und konfliktfreien Kooperation und Kommunikation sowie deren Ursachen identifiziert und Lösungsmöglichkeiten diskutiert. Aus einer schriftlichen Zusammenfassung der genannten Probleme und potentiellen Lösungsmöglichkeiten aus den verschiedenen Diskussionsrunden werden konkrete Handlungsempfehlungen für die zukünftige Zusammenarbeit abgeleitet.

Keywords

medizinische Rehabilitation – Schnittstellen – qualitative Forschung

Reha sind es nicht nachvollziehbare Therapieempfehlungen oder Therapieumstellungen, die eine positive Zusammenarbeit mit der Reha-Einrichtung erschweren (Träder 2007; Deck et al. 2009a; Deck et al. 2009b). Auf der Seite der Reha-Kostenträger wird den Hausärzten u. a. mangelndes Interesse und fehlende Kooperationsbereitschaft unterstellt, Reha-Einrichtungen beklagen ihrerseits die Ignoranz ihrer niedergelassenen Kollegen.

Bisherige Erfahrungen zeigen, dass es sich um ein bislang relativ undurchschaubares Geflecht aus vermuteten oder falschen Informationen, Meinungen, Einstellungen und nicht zuletzt Befindlichkeiten handelt, welches naht- und reibungslose Übergänge zwischen den unterschiedlichen Systemen erschwert. Leidtragende sind die Patienten bzw. Rehabilitanden.

Bereits 1993 zeigte eine eigene Studie, dass niedergelassene (Haus-) Ärzte in der Mehrzahl zwar eine positive Einstellung gegenüber medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen haben, dass die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure jedoch als optimierungsbedürftig betrachtet wird und dass eine stärkere Kooperation und Kommunikation mit den Kollegen aus den Reha-Einrichtungen gewünscht wird (Deck et al. 2000).

Zehn Jahre später, im Jahr 2003 konstituierte sich eine Arbeitsgruppe „Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Trägern der Rehabilitation in Schleswig-Holstein“ u. a. mit dem Ziel, den Zugang zur ambulanten / stationären Rehabilitation über den Hausarzt zu optimieren. Trotz positiver inhaltlicher Ergebnisse war die Beteiligung der niedergelassenen Ärzte enttäuschend gering. Dahinter liegende Gründe machen auf einige generelle Probleme und Vorurteile aufmerksam: zusätzlicher „Bürokratismus“, ein gewisses Negativ-Image von Rehabilitation und Kostenträgern, das sich insbesondere auf (immer noch) mangelnde Kommunikation beider Seiten zurückführen lässt. Erfahrungen einzelner Ärzte, dass es Differenzen zwischen den im Reha-Entlassungsbericht und den vom Patienten berichteten Therapien gibt und unbegründete Therapieumstellungen in der Reha-Einrichtung verstärken dieses noch. Defizitäres Wissen über Inhalte und Ziele der medizinischen Rehabilitation seitens der niedergelassenen Ärzte tun das Übrige (Deck et al. 2009a).

* Deck R, Träder J-M, Scherer M. Optimierung der Zusammenarbeit von Reha-Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und ambulanter Versorgung. Projekt 146, gefördert vom Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Schleswig-Holstein, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern (vffr).

Schnittstellenprobleme haben auch unerwünschte Folgen für die Patienten:

1. Patienten, die einer Reha bedürfen erreichen diese nicht, oder zu spät (Deck et al. 2009a).
2. Mangelnde Aufklärung und fehlende Informationen verhindern die Ausbildung von Reha-Motivation und Reha-Zielen seitens des Patienten mit möglichen Adhärenzproblemen als Folge (Deck 2003).
3. Die Umsetzung der Nachsorge ist gefährdet und dies kann zu einem Verlust eines länger anhaltenden Reha-Erfolgs führen (Deck et al. 2004).

Methode

Im Rahmen einer explorativen qualitativen Pilotstudie werden insgesamt 13 Fokusgruppen mit je 5-7 Vertretern verschiedener Institutionen (Hausärzte, niedergelassene Fachärzte, Kostenträger, leitende und Stationsärzte von Reha-Kliniken und Rehabilitanden) durchgeführt, drei davon mit einer interdisziplinären Zusammensetzung. Die offenen Diskussionen erfolgen leitfadengestützt. Die Fokusgruppen werden digital aufgezeichnet, die Aufnahmen transkribiert und die Transkripte inhaltsanalytisch (Mayring 2010) ausgewertet. Dabei soll ein möglichst umfassendes Bild der gegenwärtigen Probleme, aber auch der Ressourcen und Lösungsansätze gezeichnet werden. Es werden zunächst Informationsdefizite, Meinungen und Einstellungen sowie Vorurteile der einzelnen am Reha-Prozess beteiligten Institutionen und Personen erfasst. Bezugspunkt ist sowohl das System der Reha selbst als auch die jeweiligen beteiligten Institutionen. In einem zweiten Schritt sollen Strategien zur Überwindung der Schnittstellenprobleme thematisiert werden.

Resultierende Probleme und Lösungsvorschläge werden synoptisch aufbereitet, in einer institutionsübergreifenden Abschlusskonferenz, bei der Vertreter aller Bereiche beteiligt sind, vorgestellt und die Praktikabilität der einzelnen potentiellen Ansätze diskutiert. Hieraus werden konkrete Handlungsempfehlungen abgeleitet, die Machbarkeit in den verschiedenen Institutionen überprüft und Umsetzungspläne schriftlich festgelegt. Vorschläge zur Evaluation erfolgversprechender Strategien werden ausgearbeitet.

Erste Ergebnisse

Zum aktuellen Zeitpunkt sind die drei Fokusgruppen mit den Reha-Klinikern (N jeweils 5-7) abgeschlossen. Es wurden zwei Gruppen von Klinikern aus Reha-Einrichtungen mit dem Schwerpunkt auf der Behandlung von muskuloskelettalen Erkrankungen und eine Klinikergruppe aus einer psychosomatisch ausgerichteten Klinik befragt. Die Ergebnisse zeichnen ein heterogenes Bild von der Zusammenarbeit der Rehabilitationskliniken mit der ambulanten Versorgung und den Kostenträgern. Dies scheint zum einen an den verschiedenen Indikationen (Orthopädie vs. Psychosomatik) und den damit einhergehenden unterschiedlichen Zuweisungs-, Rehabilitations- und Nachsorgestrategien, zum anderen an den in den verschiedenen Kliniken bestehenden Strukturen zu liegen. In den folgenden Abschnitten sollen dennoch die Ergebnisse einer ersten Auswertung der Fokusgruppen für alle 3 Fokus-

Die Abkürzungen:

FG 1 steht für Fokusgruppe Nr. 1 (Orthopädie),
 FG 2 für Fokusgruppe Nr. 2 (Psychosomatik) und
 FG 3 für Fokusgruppe Nr. 3 (Orthopädie).

Probleme von Reha-Klinikern in der Zusammenarbeit mit ...

... niedergelassenen Ärzten	... Kostenträgern
Schwierigkeiten bei der Kontaktpflege (großes Einzugsgebiet, schlechte Erreichbarkeit)	(zu) lange Entlassbriefe wg. Qualitätssicherungsanforderungen
Kommunikation „per Brief“	intransparente Zuständigkeiten
unzureichende Befunde / Dokumentation von Vorbehandlungen	Formulare (Umfang / Darstellungsmöglichkeiten)
Formulare / Bürokratismus	(Fehl-) Zuweisung („falsche“ Indikationen / mangelnde Reha-Fähigkeit)
unzureichende Rezeption der Entlassbriefe	Therapiestandards
Verordnung der Nachsorge am niedergelassenen Arzt „vorbei“	zu wenig Reha-Berater

Tab 1: Probleme bei der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Kostenträgern

gruppen gemeinsam präsentiert werden, da sie das breite Spektrum der Probleme und möglichen Lösungsansätze gerade aufgrund ihrer Unterschiedlichkeit gut repräsentieren. Einen Überblick über die wichtigsten genannten Probleme bei der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Kostenträgern gibt Tabelle 1.

Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten

Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten scheitert aus der Sicht der Reha-Kliniker oft daran, dass zu wenig Zeit zur Verfügung steht, um (vor allem) telefonische Kontaktpflege zu betreiben, was auch an dem großem Einzugsgebiet der Kliniken und der schlechten Erreichbarkeit der Hausärzte liegt. Regelmäßige Kontakte mit den niedergelassenen Ärzten wären prinzipiell erwünscht, lassen sich aber aus der Sicht der Rehabilitationskliniker unter den momentan bestehenden Bedingungen kaum realisieren. Im Grunde würde die Kommunikation zwischen Rehabilitationsklinik und niedergelassenen Ärzten „eigentlich ausschließlich per Brief“ (FG 1) erfolgen. „Stammtische“ (FG 1) oder Weiterbildungsveranstaltungen werden als gute Gelegenheit zum Austausch mit niedergelassenen Kollegen gesehen, können aber nicht den Raum für die Zusammenarbeit bezüglich konkreter Patienten bieten.

Viele Probleme bei der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und der Rehabilitationsklinik haben ihre Ursache in den bürokratischen Zwängen, die die Rehabilitationskette prägen. Den niedergelassenen Ärzten wird vorgeworfen, oftmals nur unzureichende Befunde oder Dokumentationen über erfolgte Behandlungen und die aktuelle Medikation zu liefern. Dies wird von den Medizinischen Diensten der Krankenkassen und Rentenversicherungen auch nicht in ausreichendem Maß im Antragsprozess korrigiert. Als Ursache für die unzureichende Dokumentation von Vorbehandlungen werden unter anderem die vom niedergelassenen Arzt für den Rehabilitationsantrag auszufüllenden Formulare gesehen. Sie bieten offensichtlich nicht genug Raum und Anlass die Vorbehandlung des Patienten ausführlich zu beschreiben. In der Orthopädie erschöpft sich diese Beschreibung oft darin, dass die „ambulant konservative(n) Therapien erschöpft (seien)“ (FG 1). Die psychosomatischen Rehabilitationskliniker berichteten solche Probleme eher nicht.

Die Rehabilitationskliniker wiederum müssen, um den Qualitäts-sicherungsanforderungen der Kostenträger genüge zu tun, sehr aus-

fürliche Entlassungsbrieft schreiben, die sie erstens viel Zeit kosten, zweitens oft aus Textbausteinen zusammengesetzt seien und drittens für den niedergelassenen Arzt nur in Teilen (z. B. Empfehlungen) relevant sind. Im Grunde würde der niedergelassene Arzt nur einen kleinen Teil des sehr ausführlichen Entlassungsbrieft rezipieren (können), wobei wichtige Informationen (z. B. Gründe von Therapieumstellungen) Gefahr laufen unterzugehen.

Die niedergelassenen Ärzte werden von den Reha-Klinikern immer noch nicht zwingend als Ansprechpartner (des Rehabilitanden) für die Nachsorge angesehen. Die Nachsorge für die Zeit nach der Rehabilitation wird von den Reha-Klinikern verordnet bzw. im Fall der ambulanten psychosomatischen Weiterbehandlung angebahnt und der niedergelassene Arzt lediglich informiert, aber nicht eingebunden.

Auch hier gibt es systemimmanente Gründe: „[...] Also ich glaub, das ist eher ´n, ´n Systemfehler. Weil, weil das ja [...], am Hausarzt vorbeigeht. [...], der Hausarzt wird ja zu dem-eh-jenigen degradiert, der jetzt grad mal die Info kriegt, ne: Wir haben das und das gemacht. Ne. Aber, aber er sitzt nicht wirklich im Boot. [...] Der Kostenträger hat ´n Inten, Interesse dran, die Nachsorge zu forcieren, und die Reha-Klinik hat ´n Interesse quasi, eh, dieser Forderung, eh, nachzukommen, und, aber der, der Hausarzt ist erst mal außen vor.“ (FG 1). Eine Möglichkeit bzw. den Sinn einer stärkeren Einbindung des niedergelassenen Arztes in die Nachsorge können sich die meisten Rehabilitationskliniker nicht vorstellen: „Weil, der Hausarzt, oder insgesamt so der Hausarztstand ist in Deutschland, die sind so überlastet tatsächlich, dass, dass es glaub ich keine Aufgabe ist, des Hausarztes da weiter zu kontrollieren oder den Patienten, was das angeht zu begleiten. Übergangsweise, bis ´n ambulanter Therapieplatz da ist.“ (FG 2).

Zusammenarbeit mit Kostenträgern

Bei der Zusammenarbeit mit den Rehabilitationsträgern wünschen sich die Rehabilitationskliniker mehr Transparenz bezüglich der Zuständigkeiten einzelner Stellen beim Kostenträger. Die Fahndung nach zuständigen Abteilungen oder Empfängern von Formularen (z. B. zur Wiedereingliederung) kostet Zeit, die die Rehabilitationskliniker nicht

haben oder für Behandlungen besser einsetzen könnten. Dem könnte leicht dadurch Abhilfe geschaffen werden, dass die zuständigen Personen mit Kontaktdaten z. B. auf den Formularen bzw. in Listen oder einer Datenbank genannt werden. Auch an den Formularen selbst sehen Reha-Kliniker Überarbeitungsbedarf, z. B. sind diese wenig geeignet um die Beeinträchtigungen psychosomatischer Rehabilitanden angemessen darzustellen. Auch der Umfang der auszufüllenden Formulare und ihre Form wurden bemängelt und negative Folgen aufgezeigt: „[...] das da gerne das versucht wird, in den Hausarzt, Hausarztbereich, zu verschieben, das Formulare ausfüllen, auch die, die stufenweise Wiedereingliederung, oder so etwas, das ja alles Formularwesen, was laufen muss. Ehm. Und es ist sicherlich denk ich nicht sinnvoll, das in den, in den ambulanten Bereich zu verschieben, weil ´s eben eigentlich nur dann ein Verschieben eines Problems ist, da sind wir nicht so für. Sondern dann wär ´s eben genau die Frage ist, kann man das nicht verkürzen. Kann man da nicht weniger machen.“ (FG2)

In Hinblick auf die Zuweisung von Rehabilitanden zur Rehabilitation wurden u. a. strengere Bewilligungskriterien für Rehabilitationsmaßnahmen (z. B. starke sozialmedizinische Belastung) vorgeschlagen. Sie würden eine intensivere Beschäftigung mit dem Einzelfall erlauben, was zu einem besseren Outcome führen könnte. Der gesamte Rehabilitationsbetrieb würde dadurch entlastet. Auch die Zuweisung nicht-rehabfähiger Patienten stellt für die Orthopädie ein Problem dar. Eine Herausforderung für die Psychosomatik sind die Patienten, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung nicht für einen Rehaaufenthalt in Frage kommen, während die Orthopädie eher mit anscheinend austherapierten Patienten oder Patienten, die eher psychosomatisch behandelt werden müssten, zu kämpfen hat. Bei der letztgenannten Art der „Fehlzuweisung“ sind Verlegungen allerdings nicht immer konfliktfrei möglich. Des Weiteren werden Aufnahmen ohne Kostenzusagen und Zuweisungen mit Kostenzusagen für zu kurze Zeiträume beklagt.

Bezüglich der von der Deutschen Rentenversicherung vorgegebenen Therapiestandards gibt es aus den beiden Klinikerguppen der Orthopädie unterschiedliche Rückmeldungen. Während die einen die Therapiestandards als „entlastend“ und „hilfreich“ ansehen, weil sie eine

Literatur

- Barth, M. / Hoffmann-Markwald, A / Koch, U / Potreck-Rose, F / Wittmann, WW (1989): Die Inanspruchnahme medizinischer Maßnahmen zur Rehabilitation - Die Sichtweise der Experten. In: Deutsche Rentenversicherung 1989, 8-9: 514-529
- Brandt, C. (1989): Die medizinische Rehabilitation aus der Sicht des niedergelassenen Arztes. In: Rehabilitation 1989, 28: 67-73
- Braun, B. (2009): Die Rehabilitation im System des Sozialleistungsrechts aus sozialpolitischer Sicht unter besonderer Berücksichtigung der Probleme der trägerübergreifenden Kooperation und Koordination. In: Rehabilitation 2009, 48: 174-181
- Deck, R. / Heinrichs, K. / Koch, H. / Kohlmann, T. / Mittag, O. / Peschel, U. / Ratschko, K.W. / Welk, H. / Zimmermann, M. (2000): „Schnittstellenprobleme“ in der medizinischen Rehabilitation: die Entwicklung eines Kurzfragebogens zur Ermittlung des Informations- und Kommunikationsbedarfs bei Hausärzten. Gesundheitswesen 2000, 62: 431-436
- Deck, R. (2003): Welche Reha-Informationen erhalten Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen und welchen Einfluss haben diese auf die rehabilitationsbezogenen Erwartungen bzw. die Rehabilitationsergebnisse? DRV-Schriften 2003, 40: 359-361
- Deck, R. / Glaser-Möller, N. / Mittag, O. (Hrsg.) (2004): Rehabilitation und Nachsorge. Lage: Hans Jacobs
- Deck, R. / Träder, J.-M. / Raspe, H. (2009a): Identifikation von potenziellem Reha-Bedarf in der Hausarztpraxis: Idee und Wirklichkeit. Rehabilitation 2009, 48: 73-83.
- Deck, R. / Hüppe, A. / Arlt, A.C. (2009b): Optimierung der Rehabilitation nachsorge durch eine längerfristige Begleitung der Rehabilitanden - Ergebnisse einer Pilotstudie. Rehabilitation 2009, 48: 39 - 46
- Deck, R. / Glaser-Möller, N. / Remé, T. (Hrsg.) (2009c): Brücken bauen. Schnittstellenprobleme der medizinischen Rehabilitation. Lage: Hans Jacobs
- Krischke, N.R. / Schmidt, S. / Petermann, F. / Seger, W (1997): Einfluss niedergelassener Ärzte auf den Zugang zur medizinischen Rehabilitation. Münchner Medizinische Wochenschrift 1997, 139: 425-428
- Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Deutscher Studien Verlag
- Muschalla, B. / Vilain, M. / Lawall, C. / Lewerenz, M. / Linden, M. (2009): Berufliche und soziale Partizipationsstörungen bei Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung. Rehabilitation 2009, 48: 84-90
- Petermann F. / Pöschke A. / Deuchert M. / Vogel, H. / Seger, W. (1994): Verbesserung des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation. Prävention und Rehabilitation 1994, 6: 47 -55
- Schliffke, M. (1999): Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Rehabilitationskliniken. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 1999, 6: 8-10
- Träder, J.-M. (2007): Rehabedarf aus Hausarztsicht. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2007, 78: 184-186

„Struktur“ (alle FG 2) vermitteln, können die anderen zwar anerkennen, dass durch Therapiestandards die „Qualität hoch(ge)halten“ (FG 1) wird, bemängeln aber auch die Lücke, die zwischen den geforderten Therapieleistungen und der Vergütung klafft. Hier wird eine „saubere Kostenrechnung“ (FG 1) gefordert. In der Psychosomatik liegen außer einer Pilotversion für die Behandlung Depressiver Störungen noch keine Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung vor.

Hinsichtlich der Nachsorge wünscht sich vor allem die orthopädische Klinikerguppe (Patienten-) „Lotse(n)“ (FG 1) i. S. von Fallmanagern, die nicht nur die Nachsorge und die beruflichen Wiedereingliederung unterstützen, sondern auch insgesamt als Ansprechpartner für besonders betroffene Rehabilitanden in der Zeit nach der Rehabilitation (12 Monate oder länger) zur Verfügung steht. Eine ähnliche Funktion übernehmen die Rehabilitationsberater der DRV, deren regelmäßige und vor allem häufigere Präsenz in den Rehabilitationskliniken von den Klinikern stärker eingefordert wurde. „Und wenn’s so ´ne Sprechstunde vom Reha-Berater geben würde, fänd’ ich das super.“ (FG 2).

Diskussion

Ziel des Beitrags war es, einen ersten Überblick über Probleme bei der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren im Zusammenhang mit medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen zu geben. Im ersten Schritt wurden die Gruppe der Reha-Kliniker befragt. Ohne Kontrastierung und Ergänzung durch die Ergebnisse der weiteren Diskussionen mit niedergelassenen Ärzten, Kostenträgervertretern und Rehabilitanden ist das Bild noch unvollständig. Es zeichnet sich jedoch schon aus der Sicht der Reha-Kliniker ein facettenreiches Bild der bestehenden Schnittstellenprobleme ab. Uns begegnen dabei „alte Bekannte“, wie die mangelnde Einbindung des niedergelassenen Arztes in das Rehabilitationsgeschehen (Brandt 1989; Barth et al. 1989; Schliffke 1999; Petermann et al. 1994; Krischke et al. 1997; Deck et al. 2000), aber auch „neue Gesichter“ wie die Kritik an der Zuweisungssteuerung der Kostenträger, unzureichende Kostenübernahmezusagen oder der Wunsch nach Patientenlotsen und einer häufigeren Anwesenheit von Reha-Beratern in der Rehabilitationsklinik. Durch die Befragung von Experten aus drei Rehabilitationskliniken mit zwei verschiedenen Behandlungsschwerpunkten ließen sich Probleme und Lösungsvorschläge erkennen, die wahrscheinlich auch für Kliniken mit anderen Behandlungsschwerpunkten von Bedeutung sein werden. Diese gilt es nun

Overcoming interface problems in medical rehabilitation

Germany's segmentation of health care yields coordination and co-operation problems at different sites. This also and especially applies to the system of medical rehabilitation. By means of focus groups with members of different professions and institutions and with rehabilitation patients, barriers to an efficient and conflict-free cooperation and communication, possible reasons and solutions will be discussed. Recommendations for prospective co-operation will be derived from a written synopsis of all problems and possible solutions mentioned during the focus-groups.

Keywords

medical rehabilitation – interfaces – qualitative research

auch in den Fokusgruppen mit den Mitgliedern anderer Professionen und den Rehabilitanden sowie in den späteren interdisziplinären Gruppen aufzugreifen und zu diskutieren.

Ausblick

Wir erwarten, dass die institutionenübergreifende Problematik und Konkretisierung der Schnittstellenprobleme und die gemeinsame Erarbeitung von konkreten Handlungsstrategien zu einer Optimierung der formalen Abläufe, der inhaltlichen Transparenz und des praktischen Transfers führt. Auf dem Boden der unterschiedlichen Perspektiven der Akteure soll das Potential für ein gemeinsames Arbeitsbündnis ausgelotet werden („common ground“). Wesentlich hierfür wird die Etablierung neuer Begegnungs- und Kommunikationsformen sein. Hier könnten regelmäßige (z.B. einmal im Quartal stattfindende) hausärztlich-rehabilitative Kolloquien ein mögliches Format darstellen. Des Weiteren könnten im Nachgang des Projekts gezielt hausärztliche Qualitätszirkel kontaktiert und mit Klinikern aus dem Reha-Bereich zusammengebracht werden. Auf hausärztlichen Fortbildungsveranstaltungen könnten in regelmäßigen Zeitabständen Vertreter der Reha-Medizin zu einem Expertenreferat eingeladen werden. Ebenso sollten hausärztliche Experten bei reha-internen Veranstaltungen vertreten sein. Die Ausgestaltung und Auswahl der jeweiligen Begegnungs- und Kommunikationsformen ist ein wesentliches Produkt des geplanten Projekts. <<

Nadine Pohontsch

ist Psychologin und promoviert zurzeit zum Thema „Qualitative Analyse der Ursachen für Nicht-Übereinstimmungen bei indirekter und direkter Veränderungsmessung“.

Ihr Forschungsschwerpunkt ist qualitative Forschung in der medizinischen Rehabilitation.

Kontakt: nadine.pohontsch@uk-sh.de



Dr. phil. Ruth Deck

ist Soziologin und hat ihren Forschungsschwerpunkt im Bereich der Reha-Wissenschaft. Sie leitet das wissenschaftliche Sekretariat des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung (vffr) in Schleswig-Holstein, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern und ist Leiterin der Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein (QGmR).

Kontakt: ruth.deck@uk-sh.de



VERSORGUNGSFORSCHUNG TRIFFT VERSORGUNGSMANAGEMENT TRIFFT POLITIK

Jahresabonnement & iPod sichern!

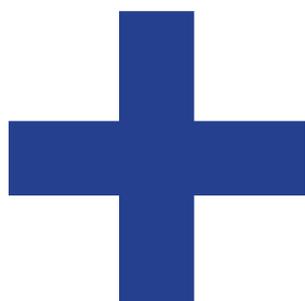


Foto © Matthieu Riegler, CC-BY, Wikimedia Commons

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: 0228-7 63 82 80-1
Monitor Versorgungsforschung - ein Medium der eRelation AG - content in health - Kölnstraße 119 - 53111 Bonn - Tel. 0228 - 7 63 82 80-0 - mail@m-vf.de