

Anforderungen an ein Schnittstellenmanagement in der GKV

Hans-Jürgen Müller/Anette Engelmeyer

	Rn.
1 Einführung und Problemstellung	1
2 Was verbirgt sich hinter dem Begriff Versorgungsmanagement?	2 – 8
3 Schnittstellen und ihre möglichen Problemfelder	9 – 12
4 Welche Anforderungen an ein Versorgungsmanagement bestehen aus Sicht der Versicherten?	13 – 19
5 Wo setzt Versorgungsmanagement an?	20 – 29
6 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung als Lösungsansatz zur Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker	30 – 35
7 Resümee	36 – 39
Literatur	

Autoren



Hans-Jürgen Müller

Jahrgang 1956, Gewerkschaftssekretär der IG Bau, Vorsitzender des Verwaltungsrats der IKK gesund plus und Vorstandsvorsitzender des IKK e.V., zuvor Vorsitzender des Verwaltungsrats des IKK-Bundesverbandes, zudem Vorsitzender des Verwaltungsrats des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Sachsen-Anhalt, Mitglied des Verwaltungsrats und der Mitgliederversammlung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., Gründungsmitglied des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes und Mitglied der Deutsch-Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik.



Anette Engelmeyer

Jahrgang 1972, Studium der Humanmedizin an der Freien Universität, Berlin; Klinischer Abschnitt am Campus Virchow-Klinikum, dann Humboldt-Universität; Abschluss 1999, seit 2012 Referentin beim IKK e. V. für Medizin/Public Health. Themenschwerpunkte: Weiterentwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, Umsetzung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, Versorgungsforschung.

Abstract: Gesetzlich Versicherte haben seit 2007 mit der Einführung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes einen Rechtsanspruch auf ein Versorgungsmanagement (§ 11 Abs. 4 SGB V), insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche.¹ Die Leistungserbringer sollen für die sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten sorgen und sich gegenseitig die erforderlichen Informationen übermitteln. Hierzu ist die Einwilligung des Versicherten notwendig. Die Leistungserbringer sind dabei von den Krankenkassen zu unterstützen. Die Kassen sind aus dieser eher passiven Rolle allerdings längst herausgewachsen. Sie übernehmen eigene gestalterische Verantwortung, wie schon früh im Rehabilitationsbereich mit dem Krankengeldfallmanagement, so zunehmend auch im übrigen Versorgungsmanagement.

Die Forderung, die Sektorengrenzen zu überwinden, ist nicht neu. Ihr liegen mehrere Gutachten bzw. Berichte zugrunde, wie etwa der Bericht der Enquetekommission des Deutschen Bundestages zur GKV-Strukturreform 1989 oder das Gutachten des Sachverständigenrates Gesundheit aus dem Jahr 2005. Die Erkenntnis, dass die desintegrierte Versorgung beispielsweise zu geringer Ergebnisqualität im klinischen Gesamtergebnis, aber auch bei der Patientenzufriedenheit sowie zu geringer Wirtschaftlichkeit führt, weckte den Wunsch nach Verbesserungsstrategien in der sektorenübergreifenden Versorgung.²

Problemfelder liegen dabei unter anderem in der Fortführung der Medikation in der Übergangphase von stationärer zu ambulanter Behandlung, in der Fragmentierung der Dokumentation, der Überleitung in anschließende Rehabilitationsmaßnahmen oder in die ambulante Weiterbehandlung. Aber auch in der Gestaltung der Versorgung chronisch Kranker und Versicherter mit Krankheiten mit besonders schwerem Verlauf zeigt sich, dass ein Neuanfang nötig ist.

Wo liegen die Defizite? Welche Maßnahmen führen im Sinne eines erfolgreichen Schnittstellenmanagements zu einer effektiven Versorgung? Wo gilt es, noch Verbesserungspotenziale zu heben? Wie kann der Versicherte in seiner Selbstkompetenz so gestärkt werden, dass er aktiv am Versorgungsgeschehen teilnehmen kann?

1 Einführung und Problemstellung

„Die in den politischen Auseinandersetzungen als ‚Schnittstellenprobleme‘ bezeichneten Schwierigkeiten an den Naht- und Berührungsstellen des gegliederten Sozialleistungssystems sind so alt wie das System selbst.“³ Zur Lösung der Probleme beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche wurde erstaunlicherweise aber erst 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ein Rechtsanspruch auf Versorgungsmanagement für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt, der auch die fachärztliche Anschlussversorgung umfasst (§ 11 SGB V Abs. 4). Der Rechtsanspruch des Versicherten richtet sich dabei in erster Linie gegen die Leistungserbringer. Den Krankenkassen kommt der Gesetzesformulierung gemäß (zunächst nur) eine unterstützende Rolle zu. Wenn dieser Anspruch aber sinnvoll eingefordert werden soll, so der Beck'sche Online-Kommentar Sozialrecht, wird man die Unterstützungsaufgabe der Krankenkassen sehr weit auszulegen haben. Und so wundert es auch nicht, dass für

1 Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht. 75. Akt. 2012.

2 Pfaff: Integrierte Versorgungsformen aus stationärer Perspektive. 2005.

3 Fuchs: Schnittstellenmanagement und Integrierte Versorgung aus rechtlicher und sozialpolitischer Sicht. 2009, S. 71.

acht von zehn gesetzlichen Krankenkassen das Versorgungsmanagement ein zentrales Zukunftsthema ist.⁴

2 Was verbirgt sich hinter dem Begriff Versorgungsmanagement?

- 2 Versorgungsmanagement bezeichnet die aktive Gestaltung des Versorgungsprozesses der Versicherten vor, parallel zur und nach der Leistungserbringung im Gesundheitswesen. Ziel ist es dabei, die Versorgungssituation zu verbessern, Kosten zu senken und Schnittstellenprobleme im sektorierten Gesundheitssystem zu lösen.⁵
- 3 Die zahlreichen Schnittstellen in unserem Gesundheitssystem stellen immer auch potenzielle Bruchstellen im Versorgungsprozess dar, egal ob es sich um interne (also die Abläufe innerhalb einer Einrichtung betreffende) oder externe (das Verhältnis zwischen verschiedenen Einrichtungen/Berufsgruppen bzw. zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern abbildende) Schnittstellen handelt. Das Ziel von Versorgungsmanagement ist es, möglichst nahtlose Übergänge zu schaffen. Dieses Vorhaben gewinnt nicht zuletzt auch durch die stetige Ausdifferenzierung der Gesundheitsversorgung und der damit verbundenen Zunahme der zu durchlaufenden Schnittstellen an Bedeutung. Wies die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin beispielsweise 1978 noch 19 unterschiedliche Facharztbezeichnungen aus, sind es in der aktuell gültigen Fassung (Weiterbildungsordnung 2004 inkl. 1. bis 9. Nachtrag) bereits 52. Allein diese Zahl macht deutlich, dass gleitende bzw. geregelte Übergänge zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen, und zwar nicht nur zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung, immer notwendiger werden.
- 4 Gleichzeitig steigt, bedingt durch die demografische Entwicklung, das Durchschnittsalter der Patienten und damit verbunden die Schwere und Komplexität ihrer gesundheitlichen Probleme. Nach Einführung des Fallpauschalensystems (DRGs) 2003 verlassen die Patienten das Krankenhaus nach kürzerer Verweildauer und das, obwohl sie einen tendenziell höheren Versorgungsbedarf haben. Die Vorbereitungen der Anschlussversorgung gestalten sich aufwendig und anspruchsvoll. Nach der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes stiegen vom Berichtsjahr 2003 zum Berichtsjahr 2009 die Behandlungsfälle von 20.030 auf 20.513 je 1000 Einwohner, das Durchschnittsalter der Patienten stieg von 52,7 auf 53,6 Jahre während die durchschnittliche Verweildauer von 90 auf 80 Tage sank.
- 5 Der Krankenhausreport von 2013, der auf Grundlage der Bevölkerungsentwicklungsprognosen unter Annahme gleichbleibender Rahmenbedingungen Krank-

4 Bröske: Versorgungsmanagement in der GKV. 2010.

5 www.versicherungsmagazin.de/lexikon, Suchbegriff „Versorgungsmanagement“.

Was verbirgt sich hinter dem Begriff Versorgungsmanagement?

heitsprävalenzen, Hospitalisierungsquoten und stationäre Fallzahlen bis zum Jahr 2013 prognostiziert, zeigt, dass sowohl Fallzahlen wie auch Hospitalisierungsquoten mit steigendem Alter deutlich zunehmen.⁶

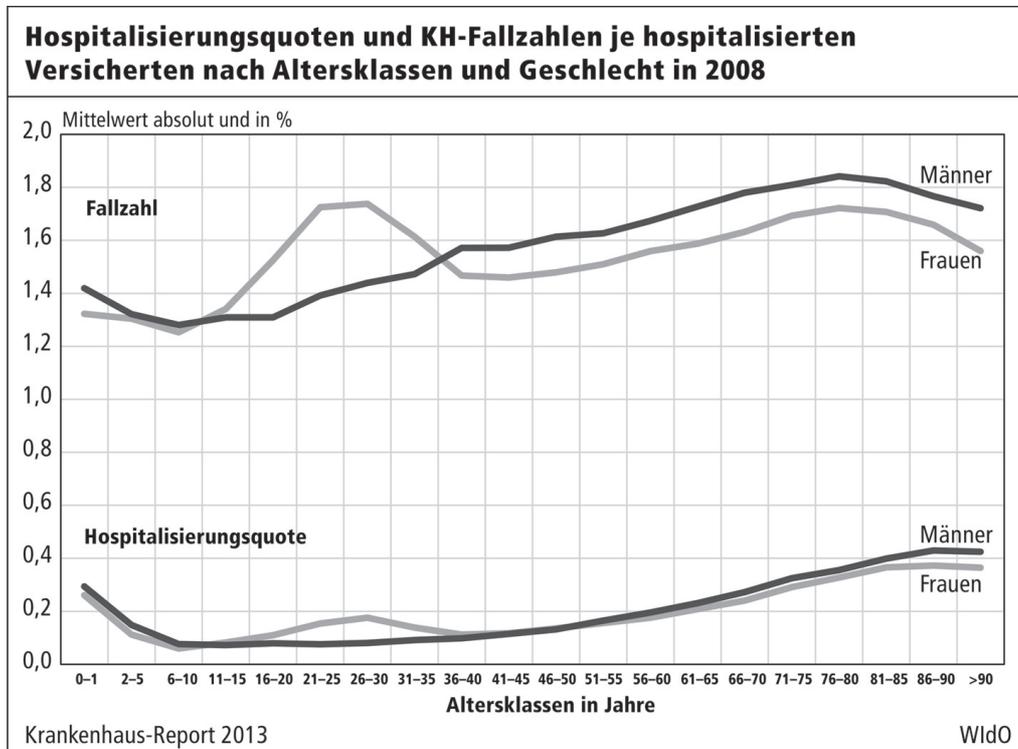


Abb. 1: Prognosen zur Hospitalisierungsquote und KH-Fallzahlen 2008

Quelle: Krankenhaus-Report 2013, WIdO

Tab. 1: Prognosen zur Hospitalisierungsquote und KH-Fallzahlen 2030

Quelle: Krankenhaus-Report 2013, WIdO

	2008	2030		
		Variante 1-W1	Variante 3-W2	Variante 6-W1
Hospitalisierungsquote	16,19 %	18,06 %	17,86 %	18,31 %
KH-Fallzahlen je Versicherten	0,259	0,293	0,289	0,298

Nach Einschätzung der Prävalenzentwicklung von 2008 bis 2030 wurden die zehn 6
Krankheiten der Morbi-RSA-Krankheitsliste ausgewiesen, die den größten Zu-
wachs der Prävalenz erwarten lassen. Bei Annahme der „mittleren“ Bevölkerungs-
prognose bewegen sich die prognostizierten Prävalenzanstiege zwischen 30,4 %
bei Hautulcera (Substanzdefekte der Haut) und 48,1 % bei den Demenzen.⁷

⁶ Lux: Demografie und Morbiditätsentwicklung. 2013, S. 78.

⁷ Lux: Demografie und Morbiditätsentwicklung. 2013, S. 73.

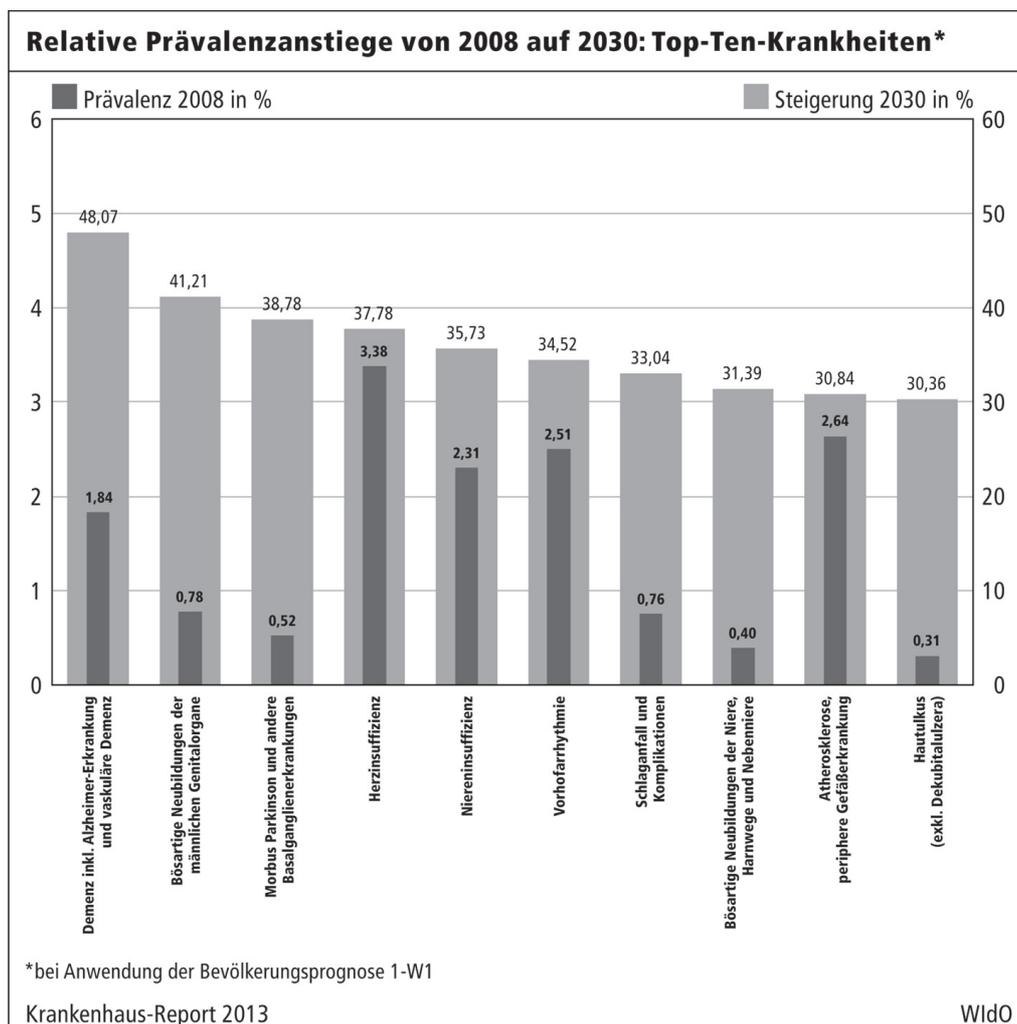


Abb. 2: Prognose zu Prävalenzen 2030
Quelle: Krankenhaus-Report 2013, WIdO

- 7 „Mittlere Bevölkerungsprognose“ entspricht Variante 1-W1 des Statistischen Bundesamtes mit einer Geburtenrate von 1,4 und einem jährlichen Migrationsplus von 100.000 Personen bei fortgeschriebenem Anstieg der Lebenserwartung der letzten 30 Jahre.
- 8 Die daraus erwachsenen Herausforderungen für das Gesundheitssystem lassen die Notwendigkeit der Optimierung der Versorgungssituation an den potenziellen Reibungsstellen deutlich erkennen.

3 Schnittstellen und ihre möglichen Problemfelder

Für Versorgungssteuerung besonders wichtig ist die Schnittstelle zwischen stationärem und ambulantem Bereich. Aber auch im Bereich der ambulanten Versorgung chronisch Kranker gibt es viele Problemfelder. **9**

Seit der Einführung der DRGs ist beispielsweise die durchschnittliche Verweildauer je Patient gesunken, und zwar von 7,77 Tage auf 7,47 Tage im Zeitraum von 2004 bis 2006⁸ bzw. von 7,02 Tagen im Datenjahr 2009 auf 6,69 Tage im Datenjahr 2011.⁹ Es prägte sich der Begriff der „blutigen Entlassungen“, der die Tatsache beschreibt, dass vermeintlich auch Versicherte nach Hause entlassen werden, die eigentlich einer weiteren Beobachtung bedürften, um den geschaffenen Heilungserfolg nicht zu gefährden. Ein individuell angepasstes Entlassungsmanagement für alle Patienten mit poststationärem Pflege- oder Hilfsbedarf kann Brüche in der Versorgung vermeiden, die Qualität der Behandlung sichern und „Drehtüreffekte“ verhindern.¹⁰ **10**

Ein weiteres Problem liegt in der mangelnden Abstimmung zur Weiterführung der Medikation beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung (aber auch umgekehrt). Hier kann es einerseits zu Compliance Problemen bei den Patienten (also sinkender Therapietreue), andererseits zu unerwünschten Neben- und Wechselwirkungen durch die damit verbundenen Arzneimittelumstellungen kommen. Die Tatsache, dass durch einen Krankenhausaufenthalt nahezu jeder Patient von einer Änderung des Medikamentenregimes betroffen ist, lässt das Potential dieser Schnittstelle erahnen.¹¹ **11**

Die Versorgung chronisch Kranker, Patienten mit seltenen Erkrankungen sowie von Patienten mit besonders schweren Krankheitsverläufen erfordert zur Diagnostik und Therapie besonderes Expertenwissen und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Auch die notwendige besondere Ausstattung der Praxen macht eine Fokussierung der Behandlung auf spezielle Zentren oder Praxen und eine ambulant-stationäre Zusammenarbeit sinnvoll und notwendig. Steigende Fallzahlen in diesem Bereich führen zu einem steigenden Bedarf an ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung und erfordern eine bessere auch intersektorale Kooperation und Vernetzung, um die Versicherten umfassend und über die Sektorengrenzen hinweg reibungslos qualitativ hochwertig versorgen zu können. **12**

8 IGES-Institut: Kurzbericht zur G-DRG-Begleitforschung. Online: www.gkv-spitzenverband.de, Suchbegriff „G-DRG Begleitforschung“.

9 www.g-drg.de, Suchbegriff „Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2013“.

10 Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG): Positionspapier Entlassungsmanagement. 2004.

11 Onay: Veränderung der Medikation durch Hausärzte nach Entlassung aus dem Krankenhaus. 2010.

4 Welche Anforderungen an ein Versorgungsmanagement bestehen aus Sicht der Versicherten?

- 13 Die Einschätzungen der Versicherten unterstreichen noch die Bewertung der Fachleute: Nach Erhebungen aus 2011 sehen 65 % der Bundesbürger den Grund für häufig ineffektive Behandlungswege in der mangelnden Abstimmung und Vernetzung der behandelnden Ärzte.¹² 27,5 % der Versicherten berichten beim Übergang von der stationären in eine nachstationäre ambulante Behandlung von vermeintlich überflüssigen Doppeluntersuchungen, 12,8 % erhielten keine Aufklärung über den Behandlungsverlauf, 10,4 % keine über die ihnen verordneten Medikamente und Einnahmeverordnungen, 10,1 % bekamen widersprüchliche Informationen zu ihren Heilungsaussichten und bei 12,2 % wurde die im Krankenhaus verordnete Therapie durch den Hausarzt verändert.¹³ Aber dezidierte Studien zur Versorgungssituation der Patienten an den intersektoralen Schnittstellen, über den gesamten Versorgungsverlauf hinweg, fehlen.
- 14 Die gesetzlich Versicherten sehen ihre Kassen nicht mehr nur als Leistungsträger oder Vermittler von Patienteninteressen, sondern wünschen sich von ihren Krankenkassen verstärkt aktive Beratung und Unterstützung, Leistungs- und Qualitätstransparenz und die Übernahme von Aufgaben im Versorgungsmanagement. Ziel dabei ist ein besserer Zugang zum und eine verlässliche Führung durch das Versorgungssystem bei optimierten Behandlungsabläufen.¹⁴
- 15 Der IGES Kompass Gesundheit hat 2010 vier Grundanforderungen an ein Versorgungsmanagement aus Sicht der Versicherten formuliert, die die Grundlage zur Akzeptanz solcher Steuerungsmaßnahmen darstellen aber auch das Erleben des GKV-Systems insgesamt beeinflussen.



Abb. 3: Grundanforderungen an Versorgungsmanagement aus Sicht der Versicherten.

Quelle: Siewert: Versorgungsmanagement aus Sicht der Versicherten, S. 26, 2011

12 TNS Infratest: Repräsentative deutschlandweite Umfrage. 2011.

13 Braun: Zur Bedeutung von Schnittstellen und Übergängen im deutschen Gesundheitssystem. 2011.

14 Zok: Erwartungen an die GKV nach Einführung des Gesundheitsfonds. 2009.

- Eine patientengerechte Darstellung der Möglichkeiten und Grenzen der jeweiligen medizinischen Maßnahmen, ermöglicht dem Versicherten die Einordnung und qualitative Bewertung der erhaltenen Versorgung. Sie dient der **Fassbarmachung der Versorgungsleistung**. 16
- Steuerungsmaßnahmen zur Kostenkontrolle zum Erhalt des solidarischen GKV-Systems stoßen bei den Versicherten zwar grundsätzlich auf Verständnis. Allerdings sollte gleichzeitig immer auch der Qualitätsanspruch kommuniziert werden, um das Vertrauen in die Leistungssicherheit (sog. „**beruhigende Funktionsgewährleistung**“) zu stärken. 17
- Wichtig für das Versorgungserleben ist auch der **Eindruck einer fühlbaren Gegenleistung** zu den geleisteten Beitragszahlungen. Hier kann eine proaktive Kommunikation zur stärkeren Sichtbarmachung des Engagements der Krankenkassen im Sinne einer optimierten Versorgung des Versicherten beitragen. 18
- Das Vertrauen in Maßnahmen zur Versorgungssteuerung hängt unmittelbar mit dem Vertrauen in die Akteure zusammen. Die offene Darlegung der sich durch die Maßnahmen ergebenden Vor- und Nachteile für jeden einzelnen Beteiligten, also den Versicherten, den Ärzten und den Krankenkassen, trägt zur **Vertrauensschaffung gegenüber den Leistungsträgern und -erbringern** bei. Idealerweise kann mit dem Eindruck einer Win-win-Situation und der Kooperation auch Vertrauen in Maßnahmen des Versorgungsmanagements geschaffen werden.¹⁵ 19

5 Wo setzt Versorgungsmanagement an?

- Das Versorgungsmanagement der Krankenkassen lässt sich beispielsweise in versicherten- und leistungserbringerbezogene Maßnahmen unterteilen. 20
- Dabei haben die versichertenbezogenen Maßnahmen im Sinne von „Empowerment“ den aktiven, mündigen Patienten zum Ziel, der in der Lage ist, seine Interessen eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten.¹⁶ Zu diesem Zweck bieten die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten Patientencoaching, Fallführung und Monitoring bei Versicherten mit besonderen Risiken, Zweitmeinungsangebote, Informations- und Bewertungsportale und andere Unterstützungsleistungen an. 21
- Ein konkretes Beispiel aus dem Bereich Arzneimittelmanagement ist das Programm „BIGmedcoach“ der BIG direkt gesund, mit dem Ziel, durch qualifizierte telefonische Beratung die Therapietreue in der medikamentösen Behandlung zu verbessern. 22
- Nach einer Umfrage des Marktforschungsinstituts forsa im Auftrag der Direktkrankenkasse BIG direkt gesund aus 2011 wünschen mehr als ein Viertel (27 %) 23

15 Siewert: Versorgungsmanagement aus Versichertensicht. 2011.

16 Kiss: Patienten-Empowerment. 2011.

aller Befragten, die regelmäßig Medikamente einnehmen, mehr Information und Beratung zu ihrer Arzneimitteltherapie. Von den 1000 Befragten haben 21 % schon einmal eine Arzneimitteltherapie ohne Rücksprache mit ihrem Arzt oder Apotheker eine Arzneimitteltherapie abgebrochen. Als Hauptgrund dafür wurden neben der Verbesserung der Gesundheit Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen genannt.¹⁷ Genau hier setzt das Beratungsprogramm „BIGmedcoach“ an, dass 2013 von der BIG in Kooperation mit der Medco International GmbH gestartet wurde. Es richtet sich an alle Versicherten mit Diabetes, chronischen Atemwegserkrankungen, Herzerkrankungen oder Multipler Sklerose. Neben der Beratung durch Apotheker oder pharmazeutisches Fachpersonal des Kooperationspartners zu allen Fragen rund um die Arzneimitteltherapie soll die Medikation auf mögliche Neben- und Wechselwirkungen hin überprüft werden, um das Risiko für Unverträglichkeiten zu reduzieren. „Der BIGmedcoach setzt an der Schnittstelle von Arzt, Apotheker und Versicherung an: Es geht darum, Beratungsprozesse effizienter und umfassender zu gestalten, um Neben- und Wechselwirkungen, Doppelverschreibungen, Versorgungslücken oder Fehler bei der Medikamenteneinnahme zu vermeiden und den Therapieerfolg für Patienten zu erhöhen.“¹⁸

- 24 Einen weiteren Ansatz bietet das Pilotprojekt „IKKproHerz“, das in das Versorgungsmanagement der IKK Nord eingebettet ist. Hier soll über den Weg „Wissen hilft heilen“ bei Hypertonikern mit Folgeerkrankungen unter anderem dem Problem der Non-Compliance begegnet werden.
- 25 Die leistungserbringerbezogenen Maßnahmen haben vornehmlich eine Stärkung der Vernetzung zum Ziel. Zum Einsatz kommen Disease Management Programme, Integrierte Versorgungsmodelle, Hausarztzentrierte Versorgung sowie zukünftig die in der Entwicklung begriffene ambulante spezialfachärztliche Versorgung.
- 26 In der Region Ostwestfalen-Lippe liegt mit OPTI-MuM ein gut evaluiertes Integriertes Versorgungsmodell vor. Entstanden ist dieses innovative Gesundheitsprojekt 2005 aus einer Kooperation des Ärztenetzes Medizin und Mehr (MuM) in Bünde, Kirchlengern und Rödinghausen, den örtlichen BKKen und (bis 2010) der Vereinigten IKK, um die Versorgung der Versicherten auch angesichts begrenzter Ressourcen bei wachsenden Herausforderungen des Gesundheitssystems sicherzustellen und zu verbessern. Beteiligte Partner vor Ort sind 72 Ärztinnen und Ärzte, Ernährungsberater, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, Apotheken und medizinische Trainingscenter in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Krankenhaus.
- 27 Über Koordination und Kommunikation führt OPTI-MuM die einzelnen Behandlungsschritte beim Arzt, der Klinik, im Reha-Zentrum oder Pflegeheim zu-

17 www.big-direkt.de, Suchbegriff „Umfrage zum Thema Arzneimitteltherapie“.

18 www.big-direkt.de, Suchbegriff „Mehr Beratung bei Arzneimitteltherapie gewünscht“.

sammen. So werden Doppeluntersuchungen vermieden, Wartezeiten verkürzt und die Therapie erleichtert. Als populationsorientiertes, „lernendes System“ konzipiert, entwickelte OPTI-MuM neue Managementmodelle für sektorenübergreifende und integrierte Behandlungsabläufe. So wurden für die großen Zivilisationskrankheiten (Diabetes, Übergewicht, Rückenschmerzen, Herzinsuffizienz und Osteoporose) neue Behandlungsstrategien entwickelt. Der modulare Aufbau beinhaltet ein Medikamenten- und Wundmanagement, Heil-, Hilfsmittel- sowie Inkontinenzversorgung und ein präventives Maßnahmenpaket. Zusätzlich zur Regelversorgung werden den Patienten Schulungsprogramme, Vorsorge- und Bewegungsangebote und den Ärzten regelmäßige Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen angeboten.¹⁹

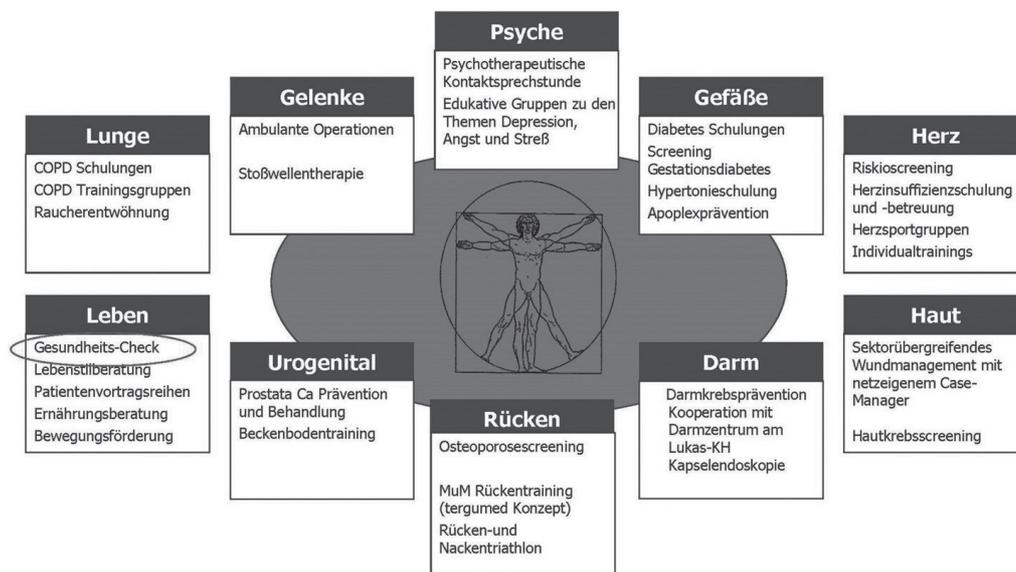


Abb. 4: Die Inhalte des OPTI-MuM Vertrages

Quelle: Beckmann: Gut versorgt in Ostwestfalen mit OPTI-MuM, Präsentation Berlin, Folie 7, 12.6.2012

Das OPTI-MuM Projekt wurde von der gesundheitswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bielefeld einmal unter dem Aspekt der qualitativen Auswirkungen der Integrierten Versorgung und einmal unter dem Aspekt der finanziellen Auswirkungen evaluiert. Die Ergebnisse dieser gesundheitsökonomischen Evaluation zeigen eine hohe Teilnehmerzufriedenheit, eine verbesserte Prävention und Krankheitsfrüherkennung sowie für die Module Rückenprävention und Ernährungsberatung eine Steigerung der Lebensqualität. Zusammengefasst zeigt sich also eine Verbesserung der Versorgungsqualität.²⁰

¹⁹ www.mum-buende.de, Suchbegriffe „Was OPTI-MuM ist“ und „Infos für Fachkreise“.

²⁰ Braun: Evaluation der Integrierten Versorgung OPTI-MuM. 2008.

- 29 Die ökonomische Analyse ergab für eingeschriebene Versicherte in allen Kategorien (außer Krankengeldzahlung) niedrigere oder geringfügig niedrigere Durchschnittskosten als für Nichtteilnehmer.²¹ Es konnte also hier das Ziel einer zugleich qualitativ hochwertigen wie auch ressourcenschonenden Versorgung umgesetzt werden.

6 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung als Lösungsansatz zur Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker

- 30 Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stellt im Jahr 2000 fest, dass das gegenwärtige Gesundheitssystem in vielen Fällen nur unzureichend an die Erfordernisse der Behandlung chronisch Kranker angepasst sei. Die erwünschte funktionale Durchdringung und Verzahnung unterschiedlicher Behandlungsansätze misslinge allzu oft im Versorgungsalltag chronisch Kranker. Auch Betroffenen-Organisationen übten vielfach Kritik an mangelnder Ganzheitlichkeit und fehlender Interdisziplinarität. Die notwendige multidimensionale Behandlung zerfalle in fragmentierte Einzelleistungen mit typischen Schnittstellenproblemen.²² In einer besseren sektorenübergreifenden Vernetzung der fachärztlichen Versorgung liegt ein entscheidendes Potential zur Optimierung der Versorgung.²³
- 31 Ein Lösungsansatz hierfür lautet: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung. Mit der Schaffung dieses gänzlich neuen Sektors soll die Expertise in interdisziplinärer, möglichst intersektoraler Kooperation unter einheitlichen Rahmenbedingungen an Qualitätsanforderungen und Vergütung gebündelt werden.
- 32 Dazu gilt seit Einführung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes 2013 § 116b SGB V:
- 1 Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. 2 Hierzu gehören... insbesondere folgende schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen...
- 33 Allerdings gab es zu dem Gesetzentwurf auch kritische Stimmen. Die Bundesärztekammer merkte an, dass konkrete Ansätze und Anreize zu einer tatsächlichen Förderung transsektoraler Verzahnung und Kooperation fehlen. Sie befürchtet,

21 Braun: Gesundheitsökonomische Evaluation der Integrierten Versorgung OPTI-MuM. 2010.

22 SVR Gutachten: „Über-, Unter- und Fehlversorgung chronisch Kranker“. 2000.

23 Stellungnahme der BÄK zum Regierungsentwurf GKV-VStG. 2011.

dass von der Schaffung einer neuen Versorgungssäule vielmehr kontraproduktive, der beabsichtigten besseren Verzahnung gegenläufige Effekte ausgehen.²⁴ Barbara Steffens, Gesundheitsministerin des Landes Nordrhein-Westfalen, äußerte sich ähnlich: „Wir haben an der ambulant-stationären Schnittstelle heute schon massive Probleme, die löse ich doch nicht damit, dass ich eine dritte Säule daneben stelle und noch neue Schnittstellen schaffe.“²⁵

Auch der offene Zugang zu der neuen Versorgungsform gibt Anlass zur Kritik. 34 Nicht jeder sieht in dem Prinzip „Jeder, der kann, darf!“ einen positiven Qualitätswettbewerb. Es könnte auch zu einem Wettbewerbswildwuchs zwischen Krankenhäusern und hochspezialisierten niedergelassenen Fachärzten kommen. Durch die geplante diagnosebezogene Pauschalvergütung könnte das Fehlversorgungsrisiko über eine Konzentration auf wirtschaftlich attraktive Diagnosen steigen.²⁶

Eine Art Anspruch auf Zulassung eines jeden Leistungserbringers unabhängig 35 vom Bedarf bedeutet vorprogrammierte Unwirtschaftlichkeit mit der Gefahr der Mengenausweitung bzw. Überversorgung. Ohne Bedarfsplanung und ohne ausreichende Zulassungsmechanismen würde ein lukrativer neuer Sektor vor allem für Ballungszentren entstehen, während im ländlichen Bereich eine weitere Ausdünnung der Versorgung zu befürchten wäre.²⁷

7 Resümee

Angesichts des ohne Zweifel vorhandenen Qualitäts- und Kostenpotenzials, das 36 durch ein Versorgungsmanagement gehoben werden könnte, sind alle beteiligten Akteure gefordert, mit innovativen Konzepten zur Nutzbarmachung dieser Effektivitätsreserven beizutragen, dies gerade auch im Sinne der Versicherten.

Wir stehen mit der Nutzung von Steuerungsmaßnahmen in der Gesundheitsver- 37 sorgung aber noch am Anfang. Viele vertrags-, abrechnungs- und datenschutzrechtliche Fragen sind noch nicht geklärt und bedürfen einer gemeinsamen Anstrengung von Leistungserbringern und Kostenträgern.

Die Weiterentwicklung von Versorgungsmanagement kann nur mit der Akzep- 38 tanz der Versicherten gelingen. Dazu ist eine transparente Kommunikation unerlässlich, die neben den Kostenaspekten vor allem den Qualitätsanspruch der Versorgung deutlich macht.

Zur Überwindung der historisch gewachsenen und tradierten Sektorengrenzen 39 und der Lösung der Schnittstellenproblematik sowohl zwischen dem stationären und ambulanten Bereich, wie auch in der ambulanten (spezial-)fachärztlichen

24 Stellungnahme der BÄK zum Regierungsentwurf GKV-VStG. 2011.

25 Steffens, B.: Redebeitrag Plattform Gesundheit. 2011.

26 Stellungnahme der BÄK zum Regierungsentwurf GKV-VStG, BT-Drs. 17/6906.

27 Stellungnahme des GKV-SV zum Regierungsentwurf GKV-VStG BT-Drs. 17/6906.

Versorgung selber, ist es noch ein weiter Weg. Erste Schritte sind mit der gesetzlichen Verankerung der ASV gemacht. Es bedarf aber des positiven Gestaltungswillens innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung, um zunächst in der Versorgung dieser eng abgegrenzten Patientengruppe zu einer Stärkung der intersektoralen Kooperation zu kommen.

Literatur

- Beckmann, Dr. H.-J.*: Gut versorgt in Ostwestfalen mit OPTI-MuM. Präsentation Berlin. Folie 7, 12.6.2012.
- Braun, B. u. a.* : Zur Bedeutung von Schnittstellen und Übergängen im deutschen Gesundheitssystem, Gesundheitsmonitor, Bertelsmann Stiftung und Barmer GEK. 3/2011, S. 7-8.
- Braun, S. u. a.* : Evaluation der Integrierten Versorgung OPTI-MuM, Endbericht (Unveröffentlichtlicher Bericht). 2008, S. 75.
- Braun, S. u. a.* : Gesundheitsökonomische Evaluation der Integrierten Versorgung OPTI-MuM, Das Gesundheitswesen 72/12. Stuttgart, New York 2010, S. 895-896.
- Bröske, T. u. a.* : Versorgungsmanagement in der GKV: Neue Wege gehen – ein Best Practice, Die Krankenversicherung 12/2010, S. 389.
- Dr. Fuchs, H.*: Schnittstellenmanagement und Integrierte Versorgung aus rechtlicher und sozialpolitischer Sicht. In: Welti, F. (Hrsg.): Das Rehabilitationsrecht in der Praxis der Sozialleistungsträger. Berlin 2009, S. 71.
- Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht. § 11 Abs. 4 SGB V, Rn. 23, 75. Akt. 2012.
- Kiss, A.*: Patienten-Empowerment, Universitätsspital Basel, Präsentation Luzern. Folie 5, 17.6.2011.
- Lux, G. u. a.* : Demografie und Morbiditätsentwicklung. In: Klauber, J. u. a. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2013. Mengendynamik: Mehr Menge, mehr Nutzen? Stuttgart 2013, S. 69-82.
- Pfaff, H. u. a.* : Integrierte Versorgungsformen aus stationärer Perspektive. In: Badura, B. & Iseringhausen, O (Hrsg.): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Bern 2005, S. 99-114.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: „Über-, Unter- und Fehlversorgung chronisch Kranker“. Band III des Gutachtens 2000/2001, Rn. 94, 115, 116, Bundestagsdrucksache 14/6871. 2001.
- Siewert, M. u. a.* : Versorgungsmanagement aus Versichertensicht. Anforderungen und Auswirkungen, Monitor Versorgungsforschung. 02/2011, S. 26.
- Steffens, B.*: Redebeitrag in „Plattform Gesundheit des IKK e. V.: GKV – zwischen Verstaatlichung und Kleinstaaterei“. Berlin 27.10.2011.
- Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“. Bundestagsdrucksache 17/6906. 13.10.2011, S. 4,14.
- Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz). Bundestagsdrucksache 17/6906.13.10.2011, S. 135.
- TNS Infratest*: Innovationsinitiative Chancenrepublik Deutschland, Repräsentative deutschlandweite Umfrage i.A. von Microsoft 2011. Online: www.microsoft.com, Suchbegriff „TNS Gesundheitsmanagement“ [abgerufen am 5.7.2013].
- Zok, K.*: Erwartungen an die GKV nach Einführung des Gesundheitsfonds, WiDo monitor, S. 7-8, 01/2009. Online: www.versicherungsmagazin.de/lexikon, Suchbegriff „Versorgungsmanagement“ [abgerufen am 20.6.2013].
- InEK Institut*: Online: www.g-drg.de, Suchbegriff „Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2013“ [abgerufen am 8.7.2013].
- IGES-Institut*: Kurzbericht zur G-DRG-Begleitforschung. Online: www.gkv-spitzenverband.de, Suchbegriff „G-DRG Begleitforschung“ [abgerufen am 8.7.2013].

- Oney, E.*: Veränderung der Medikation durch Hausärzte bei älteren und hochbetagten Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Dissertation Universität Erlangen. Online: www.opus.ub.uni-erlangen.de/opus/volltexte/2010/1814/.
- o.V.*: www.mum-buende.de, Suchbegriffe „Was OPTI-MuM ist“ und „Infos für Fachkreise“ [abgerufen am 3.5.2013].
- o.V.*: www.big-direkt.de, Suchbegriff „Umfrage zum Thema Arzneimitteltherapie“ und „Mehr Beratung bei Arzneimitteltherapie gewünscht“ [abgerufen am 9.7.2013].
- Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG)*: Positionspapier der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e. V. 2004. Online: <http://dvsg.org/uploads/media/Entlassungsmanagement-01.pdf> [abgerufen am 8.7.2013].