

Erfahrungen aus Deutschland

Deutsche Gesundheitsnetze bilden im Gegensatz zu Netzen in anderen Ländern keine Marke aus und lassen sich nur schwer mit den aus den USA oder der Schweiz bekannten Managed-Care-Organisationen vergleichen. Stattdessen sind sie stark assoziiert mit den Promotoren und den jeweilig beteiligten Kostenträgern.

**Johannes Thormählen,
Jan Güssow**

Mit der Reform der Rahmenbedingungen für die so genannte Integrierte Versorgung (§§ 140a-d SGB V) hat der Gesetzgeber gute Voraussetzungen für mehr Innovation und Wettbewerb im deutschen Gesundheitssystem geschaffen. Während bis 2004 die Zahl der aktiven Netzwerke relativ überschaubar blieb, sind seither

die Netzwerkwerkbildungen und -aktivitäten vor allem durch eine vorläufige Lösung der Vergütungsfragen infolge des Wegfalls der Budgetbereinigung¹ stark in Bewegung geraten. Mittlerweile sind über 2100 Verträge zur Integrierten Versorgung (IV) bei der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung registriert². Herrschte zunächst das Motto Masse statt Klasse vor, scheint sich nach einer zweijährigen Findungsphase auf Leistungserbringer- wie Kostenträgerseite die Auffassung durchzusetzen, dass auch im Bereich der Integrierten Versorgung mehr Klasse im Sinne von Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität vonnöten ist.

Organisation

Erfolgreiche Netzwerke wurden in Deutschland bislang praktisch ausschliesslich von einem oder wenigen Leistungserbringern, in der Regel einem niedergelassenen Arzt, initiiert, vorangetrieben und ehrenamtlich gemanagt. Deutsche Gesundheitsnetze bilden daher im Gegensatz zu Netzen in anderen Ländern keine Marke aus und lassen sich auch nur schwer den aus den USA oder auch der Schweiz bekannten Managed-Care-Organisationen und -Produkten in ihrer Reinform zuordnen. Anstelle dessen sind sie stark assoziiert mit dem oder den Promotoren und den jeweilig beteiligten Kostenträgern. Sie stellen deshalb meist solitäre Projekte dar, die von Leistungserbringern für spezifische regionale Versorgungsdefizite konzipiert wurden. Neben finanziellen Anreizen für die Leistungserbringer, zumeist in der Form von Sondereinzelleistungsvergütungen, waren dabei für die Kran-

kenkassen insbesondere der Aufbau von Erfahrungen und der Imagegewinn wichtig.

Es lassen sich in Deutschland zwei parallele Entwicklungen beobachten: eine starke Standardisierung von neuen Versorgungsstrukturen, die neben der IV in den letzten Jahren durch den Gesetzgeber initiiert wurden, unter anderem Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Disease-



Johannes Thormählen



Jan Güssow

¹ Da in der Vergangenheit Projekte zur Integrierten Versorgung meist an der Finanzierungsfrage scheiterten, wurde im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) eine Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung eingerichtet: jeweils 1% des Krankenhausbudgets und des Budgets der Ärztevergütung, das entspricht circa 660 Mio EUR pro Jahr. Diese war zunächst auf die Jahre 2004–2006 befristet, wird aber voraussichtlich bis mindestens Ende 2007 verlängert.

² Vgl. www.bqs.de: Ca. 3,2 Mio. Versicherte können diese speziellen Versorgungsangebote im Jahr 2006 wahrnehmen, denen insgesamt ein potenzielles Vergütungsvolumen von ca. 470 Mio. EUR zugrunde liegt. Dabei sind niedergelassene Ärzte zu 41%, Krankenhäuser zu 64% und Reha-Einrichtungen zu 31% als direkte Vertragspartner beteiligt.

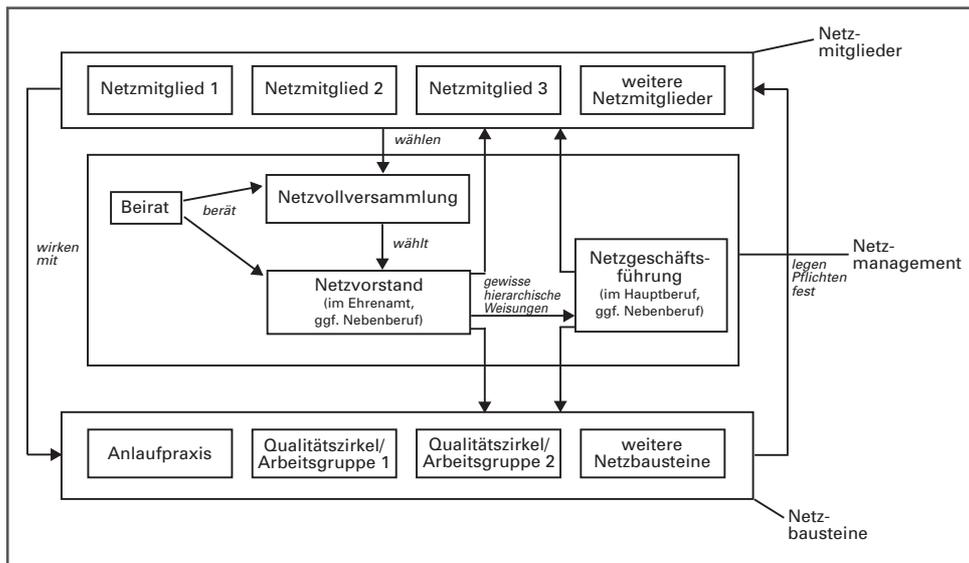


Abbildung: Die mögliche Stellung des Netzmanagements in der Aufbauorganisation eines polyzentrischen Gesundheitsnetzwerks (nach Braun und Güssow)

Management-Programme (DMPs) einerseits und – auf der Mikroebene – eine Landschaft von höchst unterschiedlichen Projekten andererseits. Diese sind teilweise primär durch den finanziellen Anreiz des Gesetzgebers getrieben, teilweise werden sie aber auch wirklich von der Idee einer besseren Versorgung getragen.

Gesundheitsnetzwerke zeichnen sich in Deutschland durch stark polyzentrisch geprägte Strukturen aus, das heisst, die Akteure agieren in diesen Strukturen formal und faktisch gleichberechtigt (siehe dazu *Abbildung*) [1]. Polyzentrische Systeme sind dadurch gekennzeichnet, dass sie nicht im streng dirigistischen Sinne steuerbar sind. Ein grosses Risiko besteht für deutsche Netze darin, dass ein autorisiertes Steuerungszen- trum (Geschäftsführer, Entscheidungsgremien etc.) seinen Führungsanspruch nicht einlösen kann. Leistungserbringer sind es bislang nicht gewohnt, in ihrer Entscheidungsfreiheit beschnitten und extern «controlled» beziehungsweise evaluiert zu werden. Die Implementierung von Weisungs- und Entscheidungshierarchien sowie «harter» Koordinationsmechanismen ist hierdurch stark erschwert³. Integrierte Versorgungsstrukturen sind fragile Organisationen. Die Schaffung eines «Mindestmasses an sozialer Organi-

siertheit» [2] ist zweifellos die zentrale Aufgabe eines Netzmanagements. Voraussetzung hierfür ist ein Konsens darüber, wie und in welchen Gremien Entscheidungen getroffen werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn Netzwerke bestrebt sind, neue (erfolgsorientierte) Vergütungsstrukturen einzuführen und Budgetverantwortung (capitation-Verträge) zu übernehmen, was gerade erfolgreiche deutsche Gesundheitsnetze der sogenannten zweiten Generation als zentrale Zielsetzung verfolgen.

Mittlerweile gibt es in Deutschland auch einige Best-Practice-Beispiele. Zu diesen gehören unter anderen die Genossenschaft Qualität und Effizienz (QuE) eG in Nürnberg, die Gesundheitsorganisation Region Ingolstadt (GoIn) und der Patient-Partner Verbund München. Diese Netze werden von einer Praxisnetzstudie der Universität Erlangen-Nürnberg [3] zu den fünf führenden Netzen hinsichtlich der Umsetzung eines Netzmanagement-Systems, des Aufbaus zielführender Prozesse und Strukturen sowie der Implementierung geeigneter Informations- und Kommunikationssysteme gezählt. Zu den etablierten Gesundheitsnetzen gehört zudem das Versorgungsmodell der Region Bünde, ferner das Netz beziehungsweise die Gesellschaft Gesundes Kinzigtal GmbH, die zurzeit eine erste populationsbe-

zogene integrierte Versorgung zwischen niedergelassenen Ärzten und einem Krankenhaus mit Budgetverantwortung entwickelt.

Instrumente und Planung

Leistungsgestaltung: Klassische Managed-Care-Instrumente haben in unterschiedlicher Weise und Ausmass Eingang in die medizinische Versorgung gefunden. Deutschland weist aktuell die Besonderheit auf, dass Disease-Management-Programme indikationsbezogen⁴ parallel zur Integrierten Versorgung als eigenständiges Element neuer Versorgungsformen umgesetzt werden. Netzwerke haben nicht zuletzt deshalb auch eigene, das Angebot komplementierende Disease-Management-Programme, zum Beispiel für Patienten mit Herzinsuffizienz oder psychischen Erkrankungen, entwickelt oder erbringen diese in Kooperation mit Gesundheitsdienstleistern. Denn idealerweise stellt Disease Management einen integrierten Bestandteil der Netzwerk-Versorgung dar.

Das Case-Management ist vorwiegend noch eine Domäne der Kostenträger, wenngleich seitens der Leistungserbringer Bemühungen erkennbar sind, neben der Koordination der medizinischen Behandlung auch die Rehabilitation und Pflege stärker miteinzubinden. Gatekeeping oder hausarztzentrierte Versorgung ist derzeit in Deutschland kein originäres Instrument von Netzwerken oder bereits bestehender Managed-Care-Strukturen, wird aber von diesen gerade auch im Rahmen der MVZ-Umsetzung zusehends eingesetzt. Auch die gesetzlichen Krankenkassen haben nach § 73 b SGB V seit 2004 den Auftrag, zur Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung Verträge mit besonders qualifizierten Hausärzten zu schliessen und den Versicherten Hausarztmodelle anzubieten.

³ Deshalb stellen auch die Neuerung der Musterberufsdornung und die Einführung von MVZ einen sehr weitreichenden systemverändernden Schritt im deutschen Gesundheitswesen dar, weil hierdurch erstmalig Leistungserbringer auch ins Angestelltenverhältnis übernommen werden können.

⁴ Strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V: Asthma/COPD, Brustkrebs, Diabetes mellitus, Koronare Herzkrankheit

Qualitätssteuerung: «Qualität und Transparenz werden zunehmend zu einem wichtigen Kriterium für die Patienten» [4]. Da die einzelnen Instrumente einer integrierten Versorgung in der Regel eine kostengünstigere Leistungserbringung zum Ziel haben, spielt für ein Netzwerk die Optimierung und Überwachung der Qualität eine ganz entscheidende Rolle. Ziel eines medizinischen Qualitätsmanagements ist, die Qualität der Leistungen zu verbessern und eine weitestgehende Strukturierung und Standardisierung der Leistungserbringung zu ermöglichen. Zahlreiche Anstrengungen werden in den Netzwerken – aber nicht nur hier – diesbezüglich unternommen. Sie reichen von evidenzbasierten Leitlinien und der verpflichtenden Mitwirkung an Qualitätszirkeln bis hin zur Implementierung kompletter Qualitätsmanagement-Systeme, die unter anderem eine Einhaltung der Netz-Spielregeln mit Bonus und Malus-Anreizen (auch finanzieller Art) verknüpfen. Die Installation von Behandlungspfaden oder das Arzneimittel-Management (Positivlisten) sind weitere Instrumente, die in den Netzwerken in unterschiedlicher Ausprägung bereits verwirklicht sind.

Vergütungssystem: Integrierte Versorgungsstrukturen der zweiten Generation zeichnen sich dadurch aus, dass sie über ein (virtuelles) Budget Verantwortung übernehmen (wollen), welches sektorübergreifend zumindest das Krankenhausbudget sowie das Budget für die Tätigkeiten niedergelassener Ärzte und das Arzneimittelbudget umfasst. Zentrales finanzwirtschaftliches Element ist die Berechnung der Kostenersparnis gegenüber einer Vergleichsgruppe. Für diese wird immer häufiger auf die Normkosten eines Patienten zurückgegriffen, der nach den Kriterien des Risikostrukturausgleichs klassifiziert wird. Zur internen Vergütung werden zunehmend erfolgs- und aktivitätsorientierte Vergütungssysteme eingesetzt.

Was vor einigen Jahren noch undenkbar erschien, ist mittlerweile Realität. Praktisch alle klassischen Managed-Care-Instrumente kom-

men seit 2004 auch in Deutschland zur Anwendung. Was bislang fehlt, ist die Verankerung der Versorgungsidee in einer in sich schlüssigen Gesamtkonzeption. Financiers werden dies in Zukunft auch in der Gesundheitsbranche verlangen. Die Erstellung und Weiterentwicklung eines professionellen Business-Plans werden daher unumgänglich. Krankenkassen haben schon jetzt damit begonnen, ihr Netzportfolio zu durchforsten und Verträge mit Netzen ohne erkennbares Weiterentwicklungspotenzial aufzukündigen.

Ausblick und Weiterentwicklung

An die Stelle der meisten aktuell noch zu beobachtenden indikationsbeschränkten IV-Verträge werden komplexe IV-Verträge treten, in denen die Vergütung erfolgsabhängig anhand von quantifizierbaren Qualitätskriterien erfolgt. Es ist auch nicht auszuschließen, dass die Versorgung in und über Netzwerke zukünftig einen wesentlichen Teil der Regelversorgung darstellen wird. Denn ein pauschaler Abschlag der aktuellen Regelversorgung zugunsten der Integrierten Versorgung ist längerfristig zumindest nicht haltbar. Kostenträger werden dann zunehmend versuchen, standardisierte Konzepte mit geringen Entwicklungs- und Koordinationskosten für Versorgungsstrukturen zu entwerfen, die auf regionale und bundesweite Versorgungsdefizite für segmentierte Patienten reagieren. Eine echte integrierte Versorgung wird jedoch nur gelingen, wenn alle Leistungserbringer (zum Beispiel auch die ambulante Pflege) einem Vergütungssystem unterliegen. Dies ist in Deutschland noch Zukunftsmusik und wird auch im Rahmen der IV nur äusserst selten umgesetzt, da hierfür das bisherige Verhältnis von Leistungserbringern und Gesetzgeber beziehungsweise Körperschaften nicht unerheblich verändert wird. Leistungserbringer, speziell solche in Netzwerken, sind jetzt gefordert, die Strukturen für ein effektives Personal-, Prozess- und Finanzmanagement aufzubauen, wohingegen sich der Gesetzgeber vermutlich zunehmend aus Vergütungs-

fragen zurückziehen⁵ und anstelle dessen Mindestanforderungen an die Behandlungsqualität statuieren wird⁶. In gleicher Hinsicht bedeutungsvoll für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens sind deshalb Veränderungen innerhalb der internen Strukturen von Institutionen wie den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Alle Akteure sind mit grossem Eifer daran, ihre Strukturen neu auszurichten, zukunftsfähige Strategien zu entwickeln und sich im Gesundheitsmarkt neu zu positionieren. Die nach aussen sichtbaren IV-Projekte sind hier nur die Spitze des Eisberges. ■

Autoren:

**Johannes Thormählen
und Jan Güssow**

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Johannes Thormählen

Mitglied der Geschäftsleitung

4sigma GmbH

Bajuwarenring 19

D-82041 Oberhaching

E-Mail:

johannes.thormaehlen@4sigma.de

Literatur:

1. Braun GE, Güssow J: Integrierte Versorgungsstrukturen und Gesundheitsnetzwerke als innovative Ansätze im deutschen Gesundheitswesen in: Braun G./Schulz-Nieswandt F. (Hrsg.): Liberalisierung im Gesundheitswesen – Einrichtungen des Gesundheitswesens zwischen Wettbewerb und Regulierung», S. 65–92, Baden Baden 2005.
2. Sydow J: Netzwerkorganisation. Interne und externe Restrukturierung von Unternehmungen. Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 24. Jg., S. 629–634, 1995.
3. Schicker G, Kohlbauer O, Bodendorf, F: Praxisnetz-Studie 2006. Status quo, Trends und Herausforderungen. Management, Prozesse Informationstechnologie, abrufbar unter: http://129.233.114.43/global/show_document.asp?se=c=98021ac700b3fda6bed115653a51e970&id=aaaaaaaaajpsc.
4. Wambach V, Frommelt M, Lindenthal J: Integrierte Versorgung – Zukunftssicherung für niedergelassene Ärzte (Hrsg. Hellmann W). ecomed Medizin, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm, Landsberg 2005.

⁵ In den §§ 140 ff. SGB V zur Integrierten Versorgung finden sich zur internen Vergütung der Leistungserbringer keine Vorschriften.

⁶ Eine der Aufgaben des nach dem Vorbild des britischen NICE Instituts in Deutschland eingerichteten Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit, <http://www.iqwig.de>