



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Einführung in das Versorgungsmanagement



Das Studienheft und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen ist nicht erlaubt und bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Rechteinhabers. Dies gilt insbesondere für das öffentliche Zugänglichmachen via Internet, die Vervielfältigung und Weitergabe. Zulässig ist das Speichern (und Ausdrucken) des Studienhefts für persönliche Zwecke.



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Barbara Birkner

**Einführung in das
Versorgungsmanagement**

VEMAM01



Dr. rer. pol. Barbara Birkner

ist Diplom-Volkswirtin und promovierte 1986 mit einem gesundheitsökonomischen Thema zum Dr. rer. pol. Sie arbeitete als wissenschaftliche Assistentin bei Prof. Dr. G. Neubauer an der Hochschule der Bundeswehr München. Ab 1992 war sie als freie Mitarbeiterin am Institut für Gesundheitsökonomie (Leitung Prof. Dr. G. Neubauer) in München tätig. Dort wirkte sie an zahlreichen Forschungsprojekten und Gutachten mit. 1998 übernahm sie als wissenschaftliche Angestellte an der Ludwig-Maximilians-Universität in München die gesundheitsökonomische Beratung des rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes in Bayern. Seit 2001 ist sie freiberufliche Dozentin und Fachbuchautorin. Sie unterrichtet Gesundheitsökonomie und Volkswirtschaftslehre an Hochschulen und erstellt Studienmaterial. Daneben ist sie in der beruflichen Weiterbildung für Fachwirte im Sozial- und Gesundheitswesen und der Ausbildung von Kaufleuten im Gesundheitswesen tätig und ist Mitglied der jeweiligen Prüfungskommissionen der IHK. 2006 veröffentlichte sie ein Lehrbuch für Gesundheitskaufleute, das in der siebten Auflage vorliegt. 2008 erschien ihr Lehrbuch zur Gesundheitspolitik für die Fortbildung von Angehörigen der Pflegeberufe.

Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

Falls wir in unseren Studienheften auf Seiten im Internet verweisen, haben wir diese nach sorgfältigen Erwägungen ausgewählt. Auf die zukünftige Gestaltung und den Inhalt der Seiten haben wir jedoch keinen Einfluss. Wir distanzieren uns daher ausdrücklich von diesen Seiten, soweit darin rechtswidrige, insbesondere jugendgefährdende oder verfassungsfeindliche Inhalte zutage treten sollten.

Einführung in das Versorgungsmanagement

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Versorgungsmanagement in der Gesundheitsversorgung	3
1.1 Was ist Versorgungsmanagement – einige grundsätzliche Anmerkungen	3
1.2 Health Maintenance Organisations als Keimzelle von Managementansätzen in der Gesundheitsversorgung	7
1.3 Vorherrschende Bereiche des Versorgungsmanagements und deren Methoden	11
1.3.1 Disease-Management	11
1.3.2 Case-Management	12
1.3.3 Komplementäre Programme	13
1.3.3.1 Leitlinien, Richtlinien	14
1.3.3.2 Behandlungspfade	16
1.3.4 Gatekeeping	19
1.4 Identifikation des Versorgungsmanagementbedarfs durch Versorgungsforschung	21
Zusammenfassung	23
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	23
2 Begründung der Notwendigkeit von Versorgungsmanagement	24
2.1 Demografie und verändertes Krankheitsspektrum	24
2.2 Intransparenz der Angebotslandschaft	25
2.3 Erhöhung der Effizienz	26
2.4 Qualitätswettbewerb der Krankenkassen	28
Zusammenfassung	30
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	30
3 Hemmnisse und Anreize für Versorgungsmanagement	31
3.1 Juristische, institutionelle und ökonomische Hemmnisse	31
3.1.1 Spezifische Freiheitsrechte im Gesundheitswesen	31
3.1.2 Traditionelles Berufsverständnis	33
3.1.3 Kollektivverträge vs. selektives Kontrahieren der Krankenkassen	36
3.2 Ausgestaltung ökonomischer Anreize für Anbieter und Nachfrager	38
3.2.1 Anreize für Versicherte	38
3.2.2 Anreize für Anbieter	39

3.2.2.1	Zusätzliches Einkommen und Wettbewerbsvorteile	39
3.2.2.2	Capitation	40
3.2.2.3	Pay for Performance	41
	Zusammenfassung	44
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung	45
4	Versorgungsansätze in Deutschland und deren kritische Würdigung	46
4.1	Variationsbreite der Versorgungsmanagementangebote	46
4.2	Case-Management – Hilfe beim Übergang in andere Versorgungsstufen	48
4.3	Strukturierte Behandlungsprogramme	49
4.3.1	Gründe für die Einführung	50
4.3.2	Auswahl der Erkrankungen – rechtliche Ausgestaltung	50
4.3.3	Kritikpunkte	52
4.4	Integrierte Versorgung	52
4.4.1	Anliegen	52
4.4.2	Arten der integrierten Versorgung	53
4.4.3	Rechtliche Ausgestaltung	55
4.4.4	Fazit und kritische Würdigung	56
4.5	Hausarztzentrierte Versorgung	58
4.5.1	Hausärztliche Versorgung nach SGB V	58
4.5.2	Stärkung der Rolle des Hausarztes durch das Hausarztmodell	59
4.5.3	Konfliktpotenzial, Verteilungsaueinandersetzungen	60
4.5.4	Zwischenfazit	61
4.6	Versorgungsmanagement in der Pflegeversicherung	61
4.6.1	Pflegestützpunkte	62
4.6.2	Exkurs: geriatrische Rehabilitation als Beispiel misslungener Integration und Kontinuität	65
4.6.3	Pflegeberatung – Verpflichtung auf Case-Management in der Pflege ...	66
4.6.4	Kritische Würdigung	67
4.7	Palliative Versorgung	68
4.7.1	Anforderungen	68
4.7.2	Stationäre Versorgungsformen	68
4.7.3	Ambulante Versorgungsformen	69
4.8	Individuelles Budget für behinderte Menschen	70
	Zusammenfassung	71
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung	72

Schlussbetrachtung 73

Anhang

A. Bearbeitungshinweise zu den Übungen 74
B. Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung 76
C. Abkürzungsverzeichnis 79
D. Glossar 80
E. Literaturverzeichnis 85
F. Abbildungsverzeichnis 89
G. Tabellenverzeichnis 90
H. Sachwortverzeichnis 91
I. Einsendeaufgabe 93

Einleitung

Seit vielen Jahren ist vom mündigen Patienten die Rede; er ist im Gesundheitswesen das Pendant zum souveränen Konsumenten. Er kennt einerseits seine Präferenzen und kann sie gegenüber dem Gesundheitssystem durchsetzen, er weiß Informationsquellen zu nutzen und verweigert sich mehr und mehr einem patriarchalischen Verständnis von medizinischer Versorgung. Seine Kommunikation mit Ärzten erfolgt auf Augenhöhe. Andererseits werden für die „Kunden“ im Gesundheitssystem zunehmend mehr Angebote des Versorgungsmanagements bereitgestellt. Der Patient erhält nicht nur medizinische Güter und Dienstleistungen, sondern zusätzlich professionelle Hilfestellung („Management“), um sie effizient in Anspruch nehmen zu können. Wie passen diese beiden Positionen zusammen?

Auf den ersten Blick stellt es einen Widerspruch dar und für viele Patienten wird es auch nicht infrage kommen, sich die eigene gesundheitliche Versorgung von anderen Personen zusammenstellen zu lassen. Sie werden nicht darauf verzichten, sich nach ihren eigenen Vorstellungen Leistungsbündel zu schnüren und nachzufragen. Allerdings muss Versorgungsmanagement kein Widerspruch zur Patientensouveränität sein, sondern kann sogar notwendigerweise mit ihr einhergehen. Als Beispiel sei ein Patient genannt, der sicherstellen möchte, dass seine Erkrankung nach wissenschaftlich fundierten Leitlinien behandelt wird. Überdies möchte er ein Team von Anbietern der ambulanten und stationären Versorgung, das die Kontinuität seiner Behandlung gewährleistet. Er schreibt sich deshalb in ein integriertes Versorgungsnetz von Leistungserbringern ein, die sich auf seine Erkrankung spezialisiert haben und sich somit koordiniert um seine gesamten therapeutischen Abläufe kümmern.

Auftrieb erhält das Thema Versorgungsmanagement auch durch folgende Entwicklungen: Die Angebotsvielfalt im Gesundheitswesen nimmt zu und das bedeutet, Patienten können auswählen, welche Versorgung sie wünschen. Voraussetzung dabei ist jedoch, dass die Patienten die Angebote kennen und wissen, was zu tun ist, um sie zu erhalten. Selbst für den Prototyp des mündigen Patienten dürfte es nicht leicht sein, sich Transparenz zu verschaffen. Die Komplexität der Arbeitsteilung schreitet fort, nicht nur im Gesundheitswesen, sondern auf vielen anderen Gebieten ebenso. Die Ausübung von Nachfrage wird damit anspruchsvoller und es ist eher wahrscheinlich, dass die Nachfrager bzw. Nutzer überfordert sind und der Hilfestellung von Experten bedürfen. „In einer segmentierten Versorgungslandschaft sind generalistisch ausgerichtete Berufsgruppen notwendig, die den Überblick über das Versorgungsgeschehen behalten (...)“ (Sachverständigenrat, 2007, S. 91)

Nicht selten ergibt sich ein Problem daraus, dass wissenschaftliche Erkenntnisse und mit ihr einhergehende bessere Arbeitsteilung zwar generell bekannt sind, aber nicht umgesetzt werden, sei es aufgrund institutioneller Hemmnisse, Trägheiten bestehender Behandlungsformen oder fehlender Kompetenz einzelner Anbieter.

Als Beispiel für die Notwendigkeit von Versorgungsmanagement sei die Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) angeführt, welcher der Sachverständigenrat in seinem Gutachten 2009 ein eigenes Kapitel widmete (vgl. SVR, 2009).

**Beispiel 0.1:**

ADHS ist eine Erkrankung, die in der frühen Kindheit erstmals auftritt. Die Symptome sind einerseits mangelnde Ausdauer, vor allem bei Tätigkeiten, die Konzentration erfordern und andererseits überschießende Aktivität. Für die betroffenen Kinder geht ADHS oft mit schwierigen oder gar gestörten sozialen Beziehungen, sei es zu Eltern, Geschwistern oder anderen Kindern einher. Die Prävalenzrate von ADHS steigt und mit ihr nehmen die Verordnungen von einschlägigen Medikamenten zu. ADHS wird überwiegend von niedergelassenen Ärzten diagnostiziert und therapiert, und das erste Mittel der Wahl der Ärzte ist ein Arzneimittel. (Seit 2012 ist die Verordnung der einschlägigen Wirkstoffe Spezialisten wie z.B. Neurologen, Psychiatern vorbehalten; nur in ländlichen Gebieten können auch Allgemeinärzte die Arzneimittel verschreiben.) Studien weisen jedoch darauf hin, dass die medikamentöse Therapie keineswegs generell die überlegene Strategie ist. Einiges spricht sogar für die psychologische Verhaltenstherapie als geeignetere Intervention (vgl. Sachverständigenrat, 2009, S. 331). Eine wissenschaftliche Leitlinie (vgl. Kapitel 1.3.3) empfiehlt ein multimodales Vorgehen, das neben den Eltern auch Erzieher bzw. Lehrer der betroffenen Kinder in die Therapie einbezieht.

Das Beispiel zeigt, dass Koordinationsbedarf sogar über das Gesundheitswesen hinaus angezeigt sein kann. Im Interesse der betroffenen Kinder und ihrer Familien läge es, auch die Institutionen wie Kita bzw. Schule einzubeziehen. In den meisten ADHS-Fällen jedoch gelingt es offenkundig nicht einmal, innerhalb des Gesundheitswesens die geeignete Behandlung – Verhaltenstherapie ggf. in Kombination mit Medikamentengabe – zu gewährleisten. Typisch ist der Beispielfall ADHS auch deshalb, weil sich in ihm die vom Sachverständigenrat oft beklagte Somatisierungstendenz des deutschen Gesundheitswesens zeigt. Zustände, deren Krankheitswert zweifelhaft ist, werden dennoch im Gesundheitssystem mit den dort vorherrschenden Interventionen – in aller Regel ärztliche Behandlung in Kombination mit Medikamenteneinsatz – behandelt. Ist der Krankheitswert nicht zweifelhaft, liegt also tatsächlich eine Diagnose vor, werden die üblichen kurativ-somatischen Therapien eingesetzt, auch wenn Verhaltensänderungen der Patienten, psychologische und psychosoziale Hilfestellung eher geeignet wären – oder wenn, im einfachsten Fall, Selbstheilungskräfte der Patienten genügen, um eine Besserung zu erreichen.

Insgesamt ist das Gesundheitswesen in Deutschland in mancher Hinsicht durch ein Nebeneinander von **Unter-, Über- und Fehlversorgung** gekennzeichnet (vgl. Gutachten des Sachverständigenrates 2000/2001). Das obige ADHS-Beispiel zeigt, dass für eine Erkrankung Über- und Unterversorgung gleichzeitig auftreten können. Einiges spricht dafür, dass betroffene Kinder häufig im Übermaß medikamentös behandelt werden **und gleichzeitig** Defizite bei der psychologischen Intervention und der Mitwirkung von Erziehern zu konstatieren sind. Versorgungsmanagement bietet hier einen Versuch, dem entgegenzuwirken und dafür geeignete Steuerungsinstrumente bereitzustellen. Inwieweit dies gelingt, hängt unter anderem davon ab, ob es möglich ist, Angebote des Versorgungsmanagements im Dickicht divergierender Interessen, insbesondere von Anbietergruppen, so zu platzieren, dass sie den Patienten auch tatsächlich nutzen.

1 Versorgungsmanagement in der Gesundheitsversorgung

Nach der Lektüre dieses Kapitels kennen Sie die Aspekte, unter denen Versorgungsmanagement diskutiert wird. Sie können die Begriffe Integration, Kontinuität und Arbeitsteilung interpretieren und lernen den Populationsbezug sowie die institutionelle Verankerung des Versorgungsmanagements kennen. Darüber hinaus werden Sie mit den wichtigsten Formen des Versorgungsmanagements und deren komplementären Programmen vertraut gemacht und Sie können den Beitrag der Versorgungsforschung zur Entwicklung von Programmen zum Versorgungsmanagement beurteilen. Die US-amerikanischen Health Maintenance Organizations werden Ihnen als Vorläufer des Versorgungsmanagements bekannt sein.

1.1 Was ist Versorgungsmanagement – einige grundsätzliche Anmerkungen

Definitionen und Definitionsversuche für Versorgungsmanagement (engl.: Care-Management) gibt es viele; mitunter wird der Begriff von seinem Ziel her definiert.

Ziel des Versorgungsmanagements ist die Integration und Kontinuität arbeitsteiliger Versorgung.



Integration der Versorgung ist dann gelungen, wenn Patienten nahtlos, also ohne Behandlungsbrüche, Versorgungssektoren durchlaufen. Je starrer die Grenzen der Versorgungssektoren – Prävention, ambulante und stationäre Kuration, Rehabilitation, Pflege, Palliativversorgung – sind, desto größere Anforderungen sind an die Integration zu stellen. Brüche und Reibungsverluste können durch unterschiedliche Behandlungsansätze in den Versorgungssektoren verursacht werden, z.B. durch Kommunikationsmängel oder durch zeitliche Verzögerungen. Das folgende Beispiel einer desintegrierten Versorgung kann die Defizite aufzeigen, die es durch Versorgungsmanagement zu überwinden gilt.

Beispiel 1.1:

Ein Patient mit Diabetes Typ II wird von seinem Hausarzt medikamentös behandelt. Bei einem stationären Aufenthalt wird die Medikation umgestellt und dem Patienten Rehabilitationsbedarf attestiert. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus dauert es zwei Monate, bis dem Patienten eine Rehabilitation bewilligt und ein Platz in einer Reha-Klinik zugewiesen wird. In dieser Zeit wird er von seinem Hausarzt mit der gleichen Medikation wie zuvor behandelt. Im Zentrum der Reha-Behandlung steht weniger die Medikamentengabe als die Änderung des Lebensstiles (Ernährung, körperliche Aktivitäten). Nach der Rehabilitation kehrt der Patient zu seinem alten Lebensstil zurück und erhält wie zuvor die Medikation seines Hausarztes.



Das Beispiel belegt zweierlei: Die Gesundheit des Patienten wurde nicht nachhaltig gebessert, gleichzeitig wurden Ressourcen des Gesundheitswesens ineffektiv, also verschwenderisch, eingesetzt.

Die Kontinuität der Versorgung, von der WHO seit der Konferenz von Alma-Ata als „Continuum of Care“ gefordert, betrachtet das Versorgungsgeschehen aus der Perspektive des Patienten und bezieht den zeitlichen Aspekt mit ein. Nicht Effizienzverluste stehen im Vordergrund, sondern die Lebensqualität chronisch kranker Menschen (vgl. Schaeffer, 2008). Beide Ziele, Effizienz und Lebensqualität, können in Konflikt miteinander geraten, wie die Debatte um Versorgungsintegration und Versorgungskontinuität belegt. Im Fokus der Integrationsbemühungen steht die Vermeidung kostentreibender Reibungsverluste im Lauf einer Behandlung mit dem Ziel der Effizienzverbesserung.

Wie muss Versorgung ausgestaltet sein, wenn Kontinuität im Interesse des Patienten gewahrt werden soll? Chronisch kranke Patienten bedürfen nicht einer Aneinanderreihung episodischer Interventionen, sondern einer langfristigen Sicherung der Versorgung, die auch ihre wechselnden Bedürfnislagen berücksichtigt. Allein mit einer den Status quo verbessernden Intervention kann ihnen nicht geholfen werden. Es reicht nicht aus, die reibungslose Integration verschiedener Angebote zu gewährleisten, wenn dabei vernachlässigt wird, dass die betroffenen Patienten ein multiprofessionelles Team von Helfern benötigen, zu dessen Mitgliedern möglichst stabile langfristige Vertrauensbeziehungen aufgebaut werden sollten.

Versorgungsmanagement, dessen Anliegen das Wohl des Patienten ist, erfordert deshalb neue Formen der Arbeitsteilung. Allen beteiligten Professionen ist ihrer Kompetenz gemäß ihre spezifische Aufgabe zuzuordnen. Bei allen Beteiligten setzt dies die Bereitschaft zur Kooperation voraus und die Anerkennung der jeweiligen beruflichen Kompetenz aller Mitwirkenden.



Versorgungsmanagement (oder Care-Management) setzt an der institutionellen bzw. organisatorischen Meso-Ebene an und ist ein Instrument zur disziplin- und sektorenübergreifenden Versorgungssteuerung und -koordination (vgl. Zander, 2005).

Dabei sind drei Prinzipien zu berücksichtigen (vgl. Michaels; Cohen, 2005):

- Care-Management ist eine gemeinschaftliche Anstrengung, für deren Erfolg die betroffenen Parteien (Patienten, Angehörige, Leistungsanbieter, Kostenträger) in einen kooperativen Prozess eingebunden werden müssen.
- Care-Management ist bevölkerungsorientiert und gruppiert die Patienten nach gemeinsamen Kriterien wie Wohnort/Region, Gesundheitsstatus, Krankheitsbild, soziale Lage.
- Care-Management sichert durch die Kooperation der Beteiligten den Behandlungserfolg.



Adressaten des Versorgungsmanagements sind Bevölkerungsgruppen, die nach ihrem jeweiligen Bedarf zu spezifizieren sind.

Zur Identifikation der Bevölkerungsgruppen werden Ergebnisse der Versorgungsforschung herangezogen. Als Institutionen, die Versorgungsmanagement auf der Meso-Ebene umsetzen, sind Gebietskörperschaften ebenso denkbar wie Krankenkassen. Abb. 1.1 skizziert eine mögliche Implementierung.

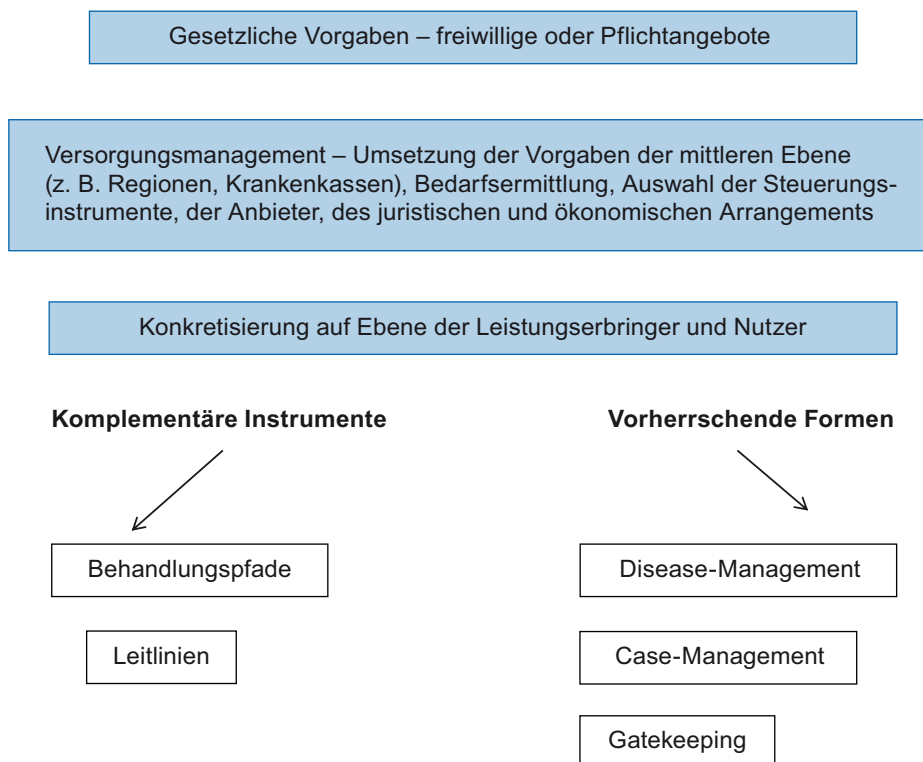


Abb. 1.1: Stufen der Implementierung von Programmen zum Versorgungsmanagement

In Deutschland haben sich seit etwa zehn Jahren einige Arten des Versorgungsmanagements etabliert, ohne jedoch bisher zur Regelversorgung zu werden (vgl. Kapitel 4). Die Möglichkeiten dazu werden, mit Ausnahme des Hausarztmodells (Variante des Gatekeeping, vgl. Kapitel 1.3.4), den Krankenkassen als freiwilliges Angebot per Gesetz vorgegeben. Akteure auf der Meso-Ebene in Deutschland sind neben den Kranken- und Pflegekassen auch Vereinigungen von Anbietern, Kommunen oder Institutionen, welche Qualitätsstandards vorgeben, wie der Gemeinsame Bundesausschuss von Kassen und Ärzten (G-BA) sowie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beschäftigt sich in seinem Gutachten 2007 mit dem Thema Managed Care¹ und merkt dazu an: „Für den Begriff ‚Managed Care‘ existiert in der Literatur zwar keine eindeutige und allgemein akzeptierte Definition, wohl aber eine Charakterisierung mit Hilfe ihrer zentralen bzw. wesentlichen Komponenten.“ (Sachverständigenrat, 2007, S. 109)

Als solche identifiziert der Rat u. a. folgende Kennzeichen:

- Es wird eine Patientensteuerung zu bestimmten Versorgungsformen vorgenommen, wobei die Patienten dabei zumeist auf die freie Arztwahl verzichten.
- In der Regel erfolgt Versorgungsmanagement sektorenübergreifend; häufig sind verschiedene Professionen beteiligt. Letztlich ist gerade der Übergang von einer Versorgungsstufe zur anderen Anlass für Managed-Care-Angebote, um Reibungsverluste zu vermeiden.

1. Der Sachverständigenrat spricht von Managed Care; damit ist das Gleiche gemeint wie mit dem oben verwendeten Begriff des Versorgungsmanagements bzw. Care-Management.

- Versorgungsmanagement ist oft verbunden mit qualitätssichernden Auflagen für die Anbieter, z.B. Fortbildungsnachweisen.
- Zumeist zeichnen sich Versorgungsmanagementangebote durch eine stärkere Stellung der Krankenkassen im Vergleich zur Regelversorgung aus. Häufig wird außerhalb der üblichen Kollektivverträge selektiv kontrahiert.
- Den Patienten, die sich für Versorgungsmanagement entscheiden, werden in aller Regel Anreize gesetzt, z.B. bevorzugte Terminvergabe, zusätzliche Vorsorgemöglichkeiten (vgl. Sachverständigenrat, 2007, S. 110).

Nicht jede Versorgungsform des Versorgungsmanagements weist alle genannten Kennzeichen auf. Gemeinsam dürfte ihnen jedoch das Bemühen sein, **Über-, Unter- oder Fehlversorgung zu vermeiden** und somit die **Effizienz der Versorgung zu erhöhen**. Ausdrücklich sei darauf verwiesen, dass im Folgenden der Begriff Versorgungsmanagement über die rein medizinische Sicht hinaus erweitert wird. Die Pflegereform von 2008 sieht den bisher ehrgeizigsten Versuch von individuellem Fallmanagement vor. Ebenso finden sich Ansätze des Managed Care in der Versorgung behinderter Menschen. Beide Aspekte sollen hier berücksichtigt werden, d.h. der Begriff wird auch auf Versorgungsformen angewandt, die nicht allein im SGB V zu finden sind. Ausschließlich *innerbetriebliche* Organisationsverbesserungen, z.B. Verkürzung oder Vermeidung von Wartezeiten im Krankenhaus, sind dagegen nicht Gegenstand des Studienheftes.

Sofern Versorgungsmanagement durch mehrere Therapeuten, also z.B. Anbieter verschiedener Versorgungssektoren und/oder verschiedener Professionen erfolgt – und dies ist in der Regel der Fall –, ist eine **rechtliche Voraussetzung** zu beachten. Kooperieren Therapeuten bei der Behandlung eines Patienten, so setzt dies Informationsaustausch zwischen ihnen voraus. Grundsätzlich bedarf die Übermittlung von persönlichen Daten der Zustimmung des jeweiligen Patienten. Der Patient muss deshalb die Ärzte untereinander von ihrer Schweigepflicht über seine medizinischen Belange entbinden. Andernfalls würde ein Verstoß gegen Art. 2 Grundgesetz (hier in der Ausprägung der informationellen Selbstbestimmung) und ebenso ein Verstoß gegen die ärztliche Berufsordnung vorliegen.

Da der **Effizienzbegriff** beim Versorgungsgeschehen im Zentrum steht, sei kurz auf seine Definition eingegangen: Effizient ist eine Maßnahme dann, wenn sie zielführend ist **und** nicht mit einer Verschwendung knapper Ressourcen einhergeht. Im Umkehrschluss: Eine Maßnahme kann als nicht effizient bezeichnet werden, wenn sie nicht zum Ziel führt, und sie ist nicht effizient, wenn sie sich zwar zielführend erweist, jedoch zu viele oder zu teure Ressourcen verbraucht.



Beispiel 1.2:

Angenommen, das Ziel einer medizinischen Intervention sei, eine Diagnose auszuschießen bzw. zu sichern. Dafür stünden zwei Methoden zur Verfügung, die beide gleich wirksam sind, jedoch sei Methode 1 kostengünstiger als Methode 2. Nicht effizient wäre unter den genannten Bedingungen

- keine Diagnostik vorzunehmen oder
- mit Methode 2 zu diagnostizieren.

Für das Gesundheitswesen beinhaltet der Begriff der Effizienz folglich eine wesentliche sozialpolitische Dimension. Jeder Euro kann nur einmal und für einen bestimmten Verwendungszweck verausgabt werden. Ist er verausgabt, so steht er für alternative Zwecke nicht mehr zur Verfügung. Werden etwa Ressourcen in obigem Beispiel für die kostspieligere, jedoch gleich wirksame Methode 2 eingesetzt, so sind sie für andere Zwecke verloren. Ein weiteres Beispiel wäre eine nicht notwendige Diagnostik, z. B. weil sie bereits andernorts durchgeführt wurde. Dies ist auch der Grund dafür, warum sozialpolitische Ziele, d. h. anderen zu helfen, nicht im Gegensatz zu ökonomischen Zielen stehen, also die Verschwendung knapper Mittel zu vermeiden. Das Gegenteil ist der Fall: Beide Ziele bedingen einander. Das deutsche Sozialrecht fordert eine gleichzeitige Realisierung von Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit (§ 70 SGB V). Sofern dies gelänge, könnte der oben diskutierte Widerspruch zwischen Integration und Kontinuität aufgelöst werden.

Übung 1.1:

Überlegen Sie, wie die Situation des Diabetes-Patienten des Beispiels 1.1 verbessert werden könnte. Denken Sie dabei an die Integration der Versorgungsstufen, an die Kontinuität der Behandlung seiner chronischen Erkrankung und beachten Sie die Effektivität des Vorgehens.



1.2 Health Maintenance Organisations als Keimzelle von Managementansätzen in der Gesundheitsversorgung

Health Maintenance Organisations (HMO) können als Prototyp des Versorgungsmanagements angesehen werden; ebenso erlauben sie, die damit verbundenen Vorzüge und Probleme exemplarisch darzustellen. Deshalb sollen im Folgenden ihre Entstehungsgeschichte und gegenwärtigen Entwicklungen skizziert werden (vgl. Breyer; Zweifel, 1997, S. 300 ff.).

HMO sind auf Mitgliederbasis organisierte Körperschaften. Jedes Mitglied zahlt eine monatliche Prämie und erhält dafür im Bedarfsfall Gesundheitsleistungen. Anders als gesetzliche Krankenkassen in Deutschland übernehmen HMO nicht nur die Finanzierung, sondern auch die Bereitstellung der Versorgung selbst. Gesetzliche Kassen in Deutschland schließen Verträge mit Anbietern, beschäftigen diese jedoch nicht als Mitarbeiter. Traditionelle private Krankenversicherungen unterscheiden sich von HMO insofern, als sie weder selbst Versorgung bereitstellen noch vertraglich an Anbieter gebunden sind; ihnen obliegt vielmehr ausschließlich die Finanzierung. Allerdings variiert die Bindung der Anbieter an die HMO je nach Ausgestaltung.



Die Health Maintenance Organisations (HMO) entstanden in den 1940er-Jahren in den USA. Bis heute ist das US-Gesundheitssystem zu großen Teilen auf dem Beschäftigungsverhältnis aufgebaut – in dieser Hinsicht nicht unähnlich der deutschen Sozialversicherung. Auch sie ist im Wesentlichen eine Institution für abhängig Beschäftigte. Der entscheidende Unterschied aber liegt in der Verpflichtung der Beschäftigten, sich zu versichern. Einen Arbeitsvertrag abzuschließen, setzt in der klassischen deutschen Sozialversicherung das Bestehen eines Versicherungsverhältnisses voraus. Zudem bleibt im Gegensatz zu den USA der Versicherungsschutz, erhalten, wenn das Arbeitsverhältnis

wegen Alters oder Arbeitslosigkeit gelöst wird. In den USA gilt für Arbeitnehmer grundsätzlich die Freiwilligkeit². Der Arbeitgeber kann als betriebliche Sozialleistung für seine Arbeitnehmer einen Krankenversicherungsschutz bereitstellen. Gemäß den Gesetzen des Wettbewerbs wird er dies tun, um Arbeitskräfte zu gewinnen und an sich zu binden. Arbeitgeber, die auf gut ausgebildete Arbeitskräfte angewiesen sind, bieten deshalb für ihre Mitarbeiter günstige Versicherungsbedingungen an. Sie selbst sind, vor allem wenn es sich um große Unternehmen handelt, an den Kosten beteiligt. Deshalb werden sie versuchen, diese niedrig zu halten. Eben dieses Motiv begünstigte die Entstehung von HMO als Keimzelle von Managed-Care-Organisationen; denn Arbeitgeber haben die Möglichkeit, auf den Leistungsumfang und damit die Kosten Einfluss zu nehmen.

1973 wurde in den USA der HMO-Act verabschiedet. Das Gesetz schreibt die Anforderungen an eine HMO vor und verpflichtet Arbeitgeber mit mehr als 25 Beschäftigten, ihren Mitarbeitern neben der traditionellen privaten Krankenversicherung eine HMO-Mitgliedschaft als Option anzubieten. Drei Voraussetzungen gelten für HMO:

1. Sie müssen allen Mitgliedern ein vorab definiertes Bündel an medizinischen Leistungen zur Verfügung stellen.
2. Für jedes Mitglied ist die monatliche Prämie gleich.
3. Jede HMO ist eine Non-Profit-Organisation.

Kennzeichnend für HMO ist, dass Versicherung und Leistungserbringung **in einer Institution** zusammenfallen – die HMO stellt beides bereit. Sie beschäftigt selbst medizinisches Personal oder schließt Versorgungsverträge mit Anbietern von Gesundheitsleistungen. Wer Mitglied einer HMO ist, also der Versicherte bzw. der potenzielle Patient, bezahlt eine fixe Prämie, die als Gruppentarif kalkuliert ist. Dafür erhält er medizinische Leistungen von den Vertragspartnern der HMO. Demgemäß ist für Patienten die **freie Arztwahl eingeschränkt**, denn sie verpflichten sich, nur HMO-Anbieter in Anspruch zu nehmen. Üblicherweise wählt der Versicherte einen Hausarzt (Primary Care Physician), den er zuerst aufsucht und dem die Koordination der weiteren Behandlung obliegt. Nach dem Gatekeeper-Prinzip (vgl. Kapitel 1.3.4) öffnet der Hausarzt dem Patienten die Tür in die verschiedenen Versorgungsbereiche und legt die Inanspruchnahme ergänzender Leistungen fest.

Die Anbieter sind auf die Einhaltung von Behandlungsrichtlinien (vgl. Kapitel 1.3.3.1) der HMO verpflichtet. Diese legen je Indikation iterativ Diagnostik und Therapie fest, wobei sie am medizinisch notwendigen Maß der Intervention orientiert sind. Je Stufe bzw. Ausprägung der Erkrankung sind dem behandelnden Arzt eigene Interventionen ebenso vorgegeben wie das Hinzuziehen ergänzender Versorgungsarten. Damit wird der Behandlungsablauf einerseits aus der Beliebigkeit der Entscheidung des einzelnen Arztes genommen, andererseits **schränken sie die Therapiefreiheit des Arztes ein**. Vor allem gestattet die Festlegung der Richtlinien durch die HMO eine straffe Kostensteuerung. Art und Menge der je Indikation einzusetzenden Leistungen werden von der Organisation vorgegeben. Damit wird die Kalkulation einer günstigen monatlichen Prä-

2. Nach der Gesundheitsreform von Präsident Obama wird sich dies ab 2014 ändern: Ab dann müssen sich die US-Bürger versichern, Versicherungen sind verpflichtet, auch Kunden mit Vorerkrankungen anzunehmen und Unternehmen mit mehr als 50 Beschäftigten müssen für jeden nicht versicherten Mitarbeiter Strafe bezahlen.

mie möglich. In HMO werden (etwa im Fall besonders teurer Behandlungen) auch strikte Formen der Kostenkontrolle, sogenannte Utilisation Reviews eingesetzt. Der Arzt muss in diesem Fall vorab eine Genehmigung der HMO für die Behandlung einholen.

HMO werden danach unterschieden, in welcher Form die Bindung der Anbieter an die Organisation ausgestaltet ist. Auch darin liegt Steuerungspotenzial für die HMO; denn je enger das Abhängigkeitsverhältnis ist, desto stärker können Restriktionen durchgesetzt werden.

Im sogenannten **Staff Model** arbeiten Ärzte im Angestelltenverhältnis. Ihr Arbeitgeber ist die HMO selbst und die Vergütung erfolgt durch ein monatliches Gehalt. Sie behandeln ausschließlich Patienten der HMO. Im **Group Model** werden Verträge zwischen der HMO und Ärzten, die in Gruppenpraxen zusammenarbeiten, geschlossen. Üblicherweise behandeln sie nur Patienten der HMO, an die sie vertraglich gebunden sind. Ihre Vergütung erfolgt durch Pauschalen pro Patient (differenziert nach Art der Erkrankung, Alter des Patienten etc.) oder durch Bezahlung der einzelnen Leistung (Fee for Service).

Einen noch höheren Freiheitsgrad für Ärzte bietet das Modell der **Independent Practice Association (IPA)**. Rechtlich unabhängige, einzelne Ärzte bilden miteinander eine Vereinigung und können ihrerseits mit weiteren unabhängigen Ärzten kooperieren. Die IPA schließt mit einer oder mehreren HMO einen Versorgungsvertrag für deren Mitglieder. Die HMO sind also nur eine Art von Kunde einer IPA unter mehreren möglichen. Die Ärzte behandeln auch Privatpatienten oder Patienten anderer Anbieter von Managed Care. Eine weitere ähnliche Form ist das **Network Model**: Die HMO schließt dabei Verträge mit einzelnen Ärzten, mit Gruppenpraxen oder IPA. Auch hier ist es den Ärzten möglich, Patienten anderer Organisationen und Privatpatienten zu behandeln. Die Vergütung in den beiden Modellen erfolgt nach Pauschalen oder Einzelleistung. Das Network Model ist die am weitesten verbreitete Form der HMO in den Vereinigten Staaten.

Letztlich lassen sich die Varianten nach den Freiheitsgraden abstufen, welche die Vertragsgestaltung zwischen HMO und Anbietern den beteiligten Ärzten erlauben. Ärzte in IPA oder im Network Model sind finanziell weniger abhängig von der HMO als in den beiden anderen Modellen, denn sie behandeln auch Patienten außerhalb der HMO. Mit sinkender finanzieller Abhängigkeit von der HMO sinkt tendenziell auch die Weisungsgebundenheit der Ärzte gegenüber der HMO.

Auch für die Mitglieder der HMO erhöhen sich die Wahlmöglichkeiten vom Staff Model über das Group Model bis zu den beiden letztgenannten Vertragsvarianten. Die monatliche Prämie erhöht sich allerdings mit dem Anstieg der Optionen, sei es auf Seiten der Ärzte, sei es auf Seiten der Patienten. Damit offenbart sich am Beispiel der HMO das Grunddilemma der Gesundheitsversorgung: Je höher die Freiheitsgrade für die Beteiligten sind, desto teurer wird die Versorgung.

1995 wurde der HMO-Act in der bisherigen Form aufgehoben: Unternehmen können ihren Mitarbeitern seitdem nicht mehr nur HMO oder eine traditionelle Privatversicherung vermitteln, sondern darüber hinaus auch andere Absicherungsformen. Von dieser Änderung wurden vor allem die Preferred Provider Organisations (PPO) begünstigt. Es handelt sich dabei um Managed-Care-Organisationen, die auf einer Zusammenarbeit von Versicherungsunternehmen und Anbietern von Gesundheitsleistungen – Ärzte, Krankenhäuser – basieren. Die Anbieter räumen dem Versicherungsunternehmen Rabatte, also günstigere Preise für Einzelleistungen und Krankenhausbehandlungen, ein. Wer sich als Versicherter in eine PPO einschreibt, erhält eine günstigere Versicherungs-

prämie als ein Privatversicherter ohne PPO-Teilnahme. Er nimmt im Krankheitsfall die Leistungen der Anbieter der PPO in Anspruch, kann jedoch gegen Zahlung eines Aufpreises auch andere Ärzte aufsuchen. Abb. 1.2 zeigt die Abstufung der verschiedenen Versicherungs-Varianten.

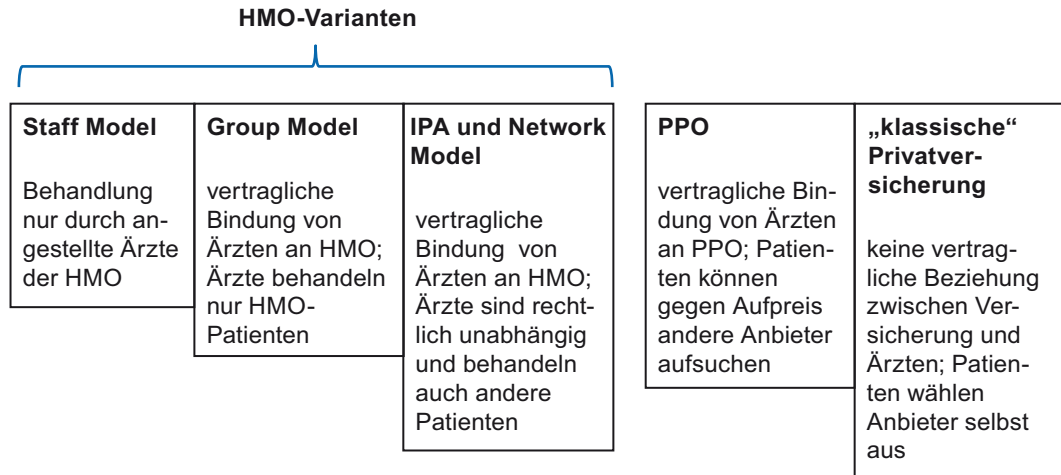


Abb. 1.2: Versicherungsvarianten in den USA von HMO bis zur Privatversicherung

In der Abbildung nimmt der Preis (Prämie, Beitrag) für die Versicherten von links nach rechts zu. Im Gegenzug sinkt die Bindung an vorgegebene Anbieter sowie deren Verpflichtung auf Behandlungsleitlinien.

Die Tendenz bei den Versicherten ging denn auch in Richtung teurerer, aber großzügiger Absicherungen, wie sie die PPO bieten. Der Marktanteil der HMO sank von 1996 bis 2006 von 31 Prozent auf 20 Prozent; im gleichen Zeitraum stieg der Marktanteil der PPOs von 28 Prozent auf 60 Prozent (vgl. Sachverständigenrat, 2007, S. 36) Auch HMO selbst entwickelten sich verstärkt in Richtung der teureren Modelle, die den Versicherten mehr Optionen bieten, wie IPA und Network Model.

Exemplarisch lassen sich an den HMO zwei mögliche Problembereiche des Versorgungsmanagements aufzeigen:

1. Gesteuerte Versorgung kann zum Januskopf werden: Einerseits vermag sie, sofern wissenschaftlich fundiert, der Versorgung ein arbiträres Element zu nehmen. Nicht mehr die beliebige Entscheidung eines einzelnen Leistungserbringers – möglicherweise monetär motiviert – bestimmt die Behandlung, sondern standardisierte Vorgaben. Andererseits kommt es entscheidend darauf an, wer – und auch hier wiederum – aus welchen Motiven die Standards definiert. Erfolgt die Definition im Sinne wissenschaftlich belegbarer (evidenzbasierter) Erkenntnisse oder dominieren nicht Effizienz, sondern allein Kostenaspekte?
2. Je mehr Freiheitsgrade für Behandler und Patienten vorhanden sind, desto teurer wird die Versorgung und mit ihr die Versicherung. Die Kosten steigen in den oben genannten Versicherungsarrangements beginnend vom Staff Model über die PPO bis hin zur kostspieligsten Variante, einer Privatversicherung, ohne jegliche Bindung an bestimmte Anbieter. Patienten können unter den letztgenannten Versicherungsbedingungen Anbieter frei wählen, gegebenenfalls nach dem Versuchs- und Irrtumsverfahren, bis sie den ihren Präferenzen entsprechenden Arzt gefunden haben. Die Anbieter selbst sind ebenfalls nicht an Vorgaben gebunden und können, sofern me-

dizinisch vertretbar, Diagnostik und Therapie ausweiten sowie verschiedene Behandlungsansätze testen. Managed Care, wie von HMO mit enger Bindung der Anbieter praktiziert, schränkt dagegen typischerweise die Anzahl der Optionen ein, sowohl auf Seiten der Patienten, die an bestimmte Anbieter gebunden sind, als auch bei den Anbietern selbst, die sich auf vorgegebene Behandlungsstrategien verpflichten.

1.3 Vorherrschende Bereiche des Versorgungsmanagements und deren Methoden

Üblicherweise werden zwei Grundtypen des Versorgungsmanagements definiert: Das Disease-Management und das Case-Management. Sie unterscheiden sich danach,

- ob es gilt, den Behandlungsablauf für eine Gruppe von Patienten mit der gleichen Erkrankung zu steuern (Disease-Management) oder
- ob der Versorgungsbedarf eines einzelnen Patienten zu koordinieren ist (Case-Management).

Komplementär zu Versorgungsmanagementprogrammen werden Behandlungspfade für Ärzte und sonstige an der Behandlung beteiligte Professionen oder wissenschaftlich definierte Leitlinien eingesetzt. Standardisierte Vorgaben sind, für Disease-Management unverzichtbar, können jedoch auch eingesetzt werden, um die Versorgungsabfolge von Case-Management zu steuern. Ziel ist es, Abläufe zu standardisieren. Zu unterscheiden sind die Vorgaben nach dem Grad der Verbindlichkeit. Auf Leitlinien verständigen sich die Beteiligten freiwillig, Richtlinien schreiben die Orientierung an Vorgaben vor. Verpflichtende Richtlinien werden für Programme des Disease-Managements eingesetzt.

Ein eigenständiges Versorgungsmanagementmodell, das in vielen Ländern bzw. Versicherungsarrangements eingesetzt wird, ist das Gatekeeping oder Hausarztmodell.

1.3.1 Disease-Management

Mit Disease-Management wird die Behandlung von Patienten gesteuert, die an einer häufig auftretenden, schweren chronischen Erkrankung leiden. Es müssen für die Behandlung wissenschaftlich fundierte Standards existieren, mit denen das Risiko von Komplikationen und Begleiterkrankungen vermindert werden kann. Disease-Management wird darum dann eingesetzt, wenn die bisherige Versorgung betroffener Patienten Defizite aufweist. Zudem verursachen Erkrankungen, für deren Therapie sich Disease-Management eignet (z. B. Diabetes), hohe Kosten. Sie erfordern eine komplexe, verschiedene Versorgungsstufen durchlaufende Behandlung (zur Definition vgl. z. B. Greiner, 2004, S. 30).

Disease-Management bezweckt die Steuerung der Versorgung für Patienten, die an einer häufig auftretenden und schweren Erkrankung leiden. Die Behandlung wird standardisiert anhand von wissenschaftlichen Leitlinien, die eingehalten werden müssen.



Es handelt sich also um Krankheiten, die einerseits wegen ihrer Häufigkeit aus ärztlicher Sicht Routinefälle sind, andererseits aber den Patienten schwere Krankheitslasten aufbürden. Routine kann zum einen immer wiederkehrende Abläufe erleichtern, zum anderen aber dazu verleiten, auch dann an ihr festzuhalten, wenn es nicht angezeigt ist. Disease-Management gibt in solchen Fällen dem Arzt bzw. dem Behandlungsteam Richtlinien an die Hand, auf deren Einhaltung sie sich untereinander verpflichten müssen (vgl. Beispiel 1.5 in Kapitel 1.3.3.1). Sie zeichnen die Schritte vor, die je nach Ausprägung der Erkrankung vorzunehmen sind und beinhalten ebenso die Arbeitsteilung verschiedener Disziplinen und Versorgungsstufen, die jeweils indiziert sind.

Disease-Management ist in der Regel gekoppelt mit Weiterbildungsvorgaben der Anbieter und treibt somit die Spezialisierung voran. Damit wird die Qualität der Behandlung verbessert und versucht, die Behandlung aus den alltäglichen Routinen der Praxen zu nehmen.

Disease-Management leitet sich aus den medizinischen Erfordernissen der jeweiligen Erkrankung ab. Anders als Case-Management bleibt es innerhalb des medizinisch orientierten Gesundheitssystems. In Kapitel 4.3 werden die in Deutschland von den gesetzlichen Krankenkassen angebotenen strukturierten Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme, DMP) dargestellt.

1.3.2 Case-Management

Case-Management, als großes Potenzial zur Realisierung von Versorgungskontinuität und einer patientenorientierten Versorgung angesehen, ist eindeutig am **einzelnen Patienten** ausgerichtet und nicht primär an dessen Erkrankung, wie es das Disease-Management vorsieht.

Individuelles Versorgungsmanagement ist vor allem dann notwendig, wenn der Patient selbst unzureichend oder nicht in der Lage ist, sich im Versorgungssystem zurechtzufinden. Dies kann z.B. daran liegen, dass er mit einer schweren Diagnose konfrontiert wird und weder er noch seine Angehörigen in der Lage sind, sich um organisatorische Abläufe seiner Erkrankung zu kümmern, oder auch vor einer anstehenden Entlassung aus dem Krankenhaus, wenn ein Patient weiteren Versorgungsbedarf, wie etwa Rehabilitation, Umschulung, Pflege o. Ä. benötigt und selbst nicht über die einschlägigen Informationen verfügt, geschweige denn den Koordinationsaufwand selbstständig bewältigen kann. Damit ist Case-Management nicht allein medizinisch ausgerichtet, sondern leistet auch Hilfestellung in angelagerten Versorgungsbereichen (vgl. Abb. 1.3), die für die weitere Versorgungsstrategie des Patienten relevant sind (z.B. sozialrechtliche oder sozialpädagogische Kompetenzen).



Case-Management dient der Koordinierung des Bedarfs eines einzelnen Patienten, unabhängig von der Art seiner Erkrankung. Dabei ist „Bedarf“ nicht allein auf das Gesundheitswesen zu beziehen, sondern kann auch angelagerte Bereiche mit einschließen.

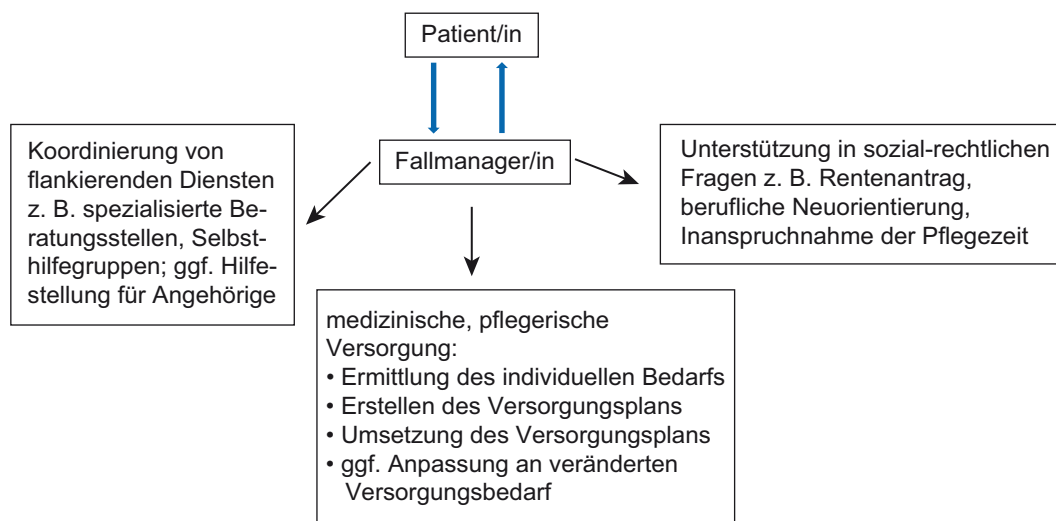


Abb. 1.3: Tätigkeitsfelder eines Fallmanagers

Der mittlere Kasten der Abb. 1.3 gibt den idealtypischen Ablauf von Case-Management wieder: Der Case- bzw. Fallmanager ermittelt aufgrund seiner Informationen über das jeweilige Krankheitsbild und der verfügbaren Angebote in der Gesundheitsversorgung den individuellen Bedarf des Patienten, fasst ihn in einem Ablaufplan zusammen, koordiniert und kontrolliert dessen Realisierung und passt ihn, falls notwendig, verändertem Versorgungsbedarf an. Die Abbildung verdeutlicht den zentralen Unterschied zum Disease-Management: Case-Management orientiert sich nicht ausschließlich an medizinischen Belangen, sondern bezieht insbesondere Aspekte der Pflegeversorgung, wenn erforderlich, mit ein. Zudem kann Case-Management auch über das Gesundheitswesen hinausgehen, etwa durch Hilfestellung in sozialrechtlichen Angelegenheiten des Patienten, wenn die Arbeit von Sozialdiensten hinzugezogen wird, oder durch andere flankierende Unterstützungsmöglichkeiten.

Case- bzw. Fallmanagement ist mittlerweile ein eigenständiges Berufsbild, wofür es spezifische Aus- bzw. Weiterbildungen gibt. Es eignet sich für Personen in Pflegeberufen, die aufgrund ihres beruflichen Hintergrundes a priori über Kenntnisse der Gesundheitsversorgung verfügen und zudem Erfahrungen im Umgang mit kranken Menschen besitzen (vgl. Kapitel 4.2).

1.3.3 Komplementäre Programme

Die beiden in den folgenden Unterkapiteln vorgestellten Konzepte – Leitlinien und Behandlungspfade – werden in Programmen der Managed Care begleitend eingesetzt. Denn eine koordinierte Behandlung, an der verschiedene Professionen mitwirken, setzt einen Konsens über das Vorgehen und die Methodik voraus. Beides kann am besten durch eine Verständigung aller auf wissenschaftlich gestützte Konzepte realisiert werden.

1.3.3.1 Leitlinien, Richtlinien

Leitlinien (engl. Guidelines) sind evidenzbasierte medizinische Empfehlungen für die behandelnden Ärzte und sonstige Therapeuten. Anders als Behandlungspfade geben sie keine konkreten Schritte vor, die einzeln abzuarbeiten sind. Sie sind klinischen Pfaden insofern vorgeschaltet, als es erst wissenschaftlich nachgewiesene optimale Behandlungsansätze erlauben, Pfade mit konkreten Abläufen zu erstellen.

In Deutschland werden Leitlinien von medizinischen Fachgesellschaften herausgegeben. Ärzte, die in der Praxis oder im Krankenhaus tätig sind, haben jederzeit Zugriff darauf und können die Empfehlungen umsetzen.

Zur Veranschaulichung sollen Auszüge aus der Leitlinie „Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter, Version 2009“ (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter, 2009, S. 11) herangezogen werden. Sie wurde von der Deutschen Adipositas-Gesellschaft und weiteren Fachgesellschaften erstellt. Zur Graduierung der Empfehlungen verwendet die Leitlinie folgende Einstufungen:

Tab. 1.1: Einstufung zur Graduierung der Empfehlungen zur Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter, 2009, S. 11)

Evidenzstärke	Empfehlung „pro“	Empfehlung „contra“	Beschreibung	Symbol
hoch	„soll“	„soll nicht“ „ist nicht indiziert“	starke Empfehlung	A
mäßig	„sollte“	„sollte nicht“	Empfehlung	B
schwach	„kann“	„kann verzichtet werden“	Empfehlung offen	0

In die Kategorie A wurde z.B. unter Hinweis auf eine wissenschaftliche Studie die Empfehlung eingestuft, allen Beteiligten (Eltern, Kindern/Jugendlichen) vor Behandlungsbeginn bewusst zu machen, dass eine langfristige Therapie nötig ist.

Evidenzbasierte Leitlinien haben in anderen Ländern eine längere Tradition als in Deutschland. In Großbritannien werden sie vom National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) erstellt und im Nationalen Gesundheitsdienst eingesetzt. Ärzte arbeiten in einem steuerfinanzierten staatlichen Gesundheitssystem in einem engen finanziellen Korsett und sind deshalb eher darauf angewiesen, die Behandlung von Beginn an auf Standards auszurichten. Patienten in Großbritannien bietet das NICE im Internet Informationen über die für die jeweilige Erkrankung verfügbare Leitlinie an. Dies zeigt, dass Leitlinien auch dazu genutzt werden können, die Transparenz des Leistungsgeschehens im Gesundheitswesen für Patienten zu erhöhen.



Übung 1.2:

Recherchieren Sie auf der Webseite des NICE nach der Leitlinie für akute Herzprobleme.

Grundsätzlich ist die Einhaltung von Leitlinien für Ärzte freiwillig. Es ist jedoch möglich, den Grad der Verbindlichkeit zu steigern. So können sich Behandlungsteams einrichtungsintern, etwa in einem Krankenhaus, auf Leitlinien verpflichten.

In straff geführten Case-Management-Organisationen in den USA ist durchaus ein Verfahren anzutreffen, das vor der Behandlung eine Genehmigung der Versicherung voraussetzt. Diese wiederum kann von der Einhaltung vorgegebener **Behandlungsrichtlinien** abhängig gemacht werden. Vor allem bei teuren Behandlungen bietet dies den Finanzierungsträgern Einsparpotenziale. Prospektive Genehmigungen sind in Deutschland in der Krankenhaus- und der ambulant-ärztlichen Behandlung nicht üblich, Rehabilitation muss i.d.R. von der Kranken- oder Rentenversicherung genehmigt werden. Retrospektiv jedoch werden vom medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Behandlungsarten im Krankenhaus geprüft. Geht die Behandlung über das empfohlene Maß hinaus, wird z.B. eine Operation stationär vorgenommen, die nach Ansicht der Krankenkasse auch ambulant hätte erfolgen können, so hält die Krankenkasse in der Regel die Bezahlung der Rechnung des Krankenhauses zurück.

In Deutschland wird der sogenannte Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung durch **Richtlinien** festgelegt. Sie werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erlassen und gelten **verbindlich** für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung und die Leistungserbringer, deren Leistung über die gesetzliche Krankenversicherung finanziert wird.

In der ambulanten Behandlung gilt nach den Richtlinien der Erlaubnisvorbehalt: Behandlungen oder Untersuchungen können dann nicht zulasten der gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden, wenn sie in der Richtlinie nicht ausdrücklich gestattet sind. Für stationäre Behandlungen gilt der Verbotsvorbehalt: Krankenhäuser dürfen jede Behandlung durchführen, es sei denn, eine Richtlinie untersagt sie. Der G-BA erlässt seine Richtlinien unter Anwendung der evidenzbasierten Medizin. Er bedient sich dabei der Dienste des mit Wissenschaftlern besetzten Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

Am bekanntesten bei Patienten dürften die **Richtlinien** für Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Schwangerenvorsorge oder Krebsfrüherkennung) sein.

Beispiel 1.3:

Als Beispiel sei die Mutterschafts-Richtlinie (Fassung vom Februar 2015) angeführt. Liegt eine normale Schwangerschaft (also keine Risikoschwangerschaft wie z.B. bei Mehrlingen vor), so kann zulasten der gesetzlichen Krankenkassen dreimal eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt werden, deren Einsatz für bestimmte Schwangerschaftswochen ebenfalls von der Richtlinie vorgeschrieben ist. Wünschen Versicherte mehr als drei Ultraschalluntersuchungen, so müssen sie diese selbst bezahlen.

Auch Vorgaben zur Akkupunktur wurden in die Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung eingearbeitet. Danach finanzieren die Kassen Akupunktur für zwei Indikationen: chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule oder eines Kniegelenkes. Für weitere Indikationen, z.B. Migräne, ließ sich eine empirische Evidenz nicht nachweisen. Aus diesem Grund können Krankenkassen, da sie dem medizinisch Notwendigem laut Gesetz verpflichtet sind, eine solche Leistung nicht finanzieren.



Für „Chronikerprogramme“ (also Disease-Management- bzw. strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137 f. SGB V) gelten ebenfalls verpflichtende Vorgaben. Der Gemeinsame Bundesausschuss formuliert die Anforderungen, nach denen Ärzte für die Behandlung von bestimmten chronischen Erkrankungen vorgehen müssen.



Beispiel 1.4:

Auszug aus den Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme (Brustkrebs):

„Die psychosoziale Betreuung ist an die individuelle Situation (Krankheitsphase, Therapieverfahren etc.) anzupassen. Hierfür ist im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen ein strukturiertes Unterstützungs- und Beratungsangebot vorzusehen. Dieses kann insbesondere Maßnahmen zur Information, Beratung sowie – bei entsprechender Indikation – psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen umfassen.

Die psychosoziale Betreuung erfordert kommunikative Kompetenzen und eine erhöhte diagnostische Aufmerksamkeit gegenüber psychischen Belastungsreaktionen und psychischen Störungen bei den Patientinnen und deren Angehörigen. Es ist zu prüfen, ob die Patientin einer weitergehenden Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer bedarf.“ (G-BA, 2015, S. 5 f.)



Leitlinien sind wissenschaftlich fundierte Handlungsempfehlungen, deren Einhaltung freiwillig erfolgt. Richtlinien dagegen sind verpflichtend für die Anbieter; Kosten von Leistungen, die über die Vorgabe der Richtlinie hinausgehen, werden von den Versicherungen nicht erstattet.

1.3.3.2 Behandlungspfade

Clinical Pathways (Behandlungspfade) wurden Anfang der 1990er-Jahre in den USA und in Großbritannien entwickelt und setzen sich mittlerweile auch in anderen Ländern durch. Typischerweise basieren Behandlungspfade auf einer evidenzbasierten Leitlinie und geben somit den gegenwärtigen „state of the art“ wieder. Mit Pfaden werden die Vorgaben der Leitlinie in eine chronologische Steuerung der Behandlung umgesetzt, indem auf jeder Stufe bzw. zu jedem Zeitpunkt der Diagnostik/Therapie/Nachsorge die Arbeitsschritte vorgezeichnet werden. Dabei sind nicht allein ärztliche Tätigkeiten, sondern auch pflegerische und z.B. physiotherapeutische Schritte vorgegeben. Behandlungspfade bilden den üblichen Ablauf für eine bestimmte Diagnose oder Prozedur bezogen auf eine bestimmte Patientengruppe ab (z.B. definiert nach Alter oder Co-Morbidität). Sie basieren auf einem Konsens aller an der Behandlung Beteiligten und werden demgemäß von allen an der Behandlung beteiligten Professionen modelliert und eingeführt. Diese Voraussetzung muss erfüllt sein, um die Akzeptanz zu sichern und damit die Einhaltung des Pfades zu gewährleisten.

Ebenso wie Leitlinien werden Behandlungspfade als komplementäres Steuerungsinstrument in Programmen des Versorgungsmanagements eingesetzt. In aller Regel werden sie in Krankenhäusern genutzt. In Deutschland wurde ihre Verwendung durch die Einführung der Vergütung mit Fallpauschalen ([I]DRG) gefördert (vgl. Vogel; Wilke, 2004,

S. 231 ff.). DRG bringen eine Senkung der Verweildauer mit sich, die für Ärzte und Pflegekräfte zu einer Leistungsverdichtung führt. Die Pfade erlauben es, Behandlungen zu standardisieren und folglich Leistungen ressourcenschonend zu erbringen.

Die folgende Abbildung zeigt eine einfache Verallgemeinerung von Pfaden unabhängig von der Indikation und der Art der Intervention mithilfe eines Flussdiagrammes.

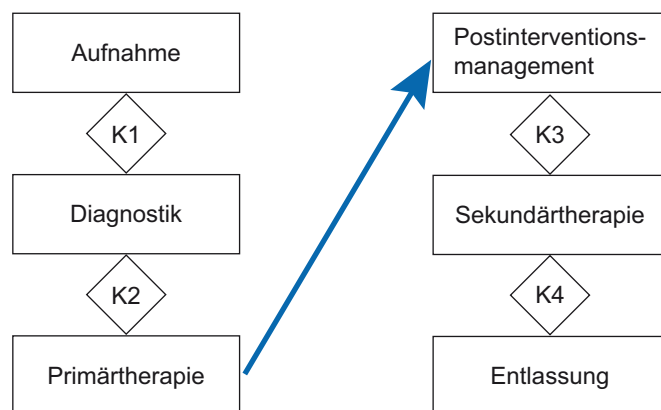


Abb. 1.4: Ablaufmodell eines Behandlungspfades (Seyfarth-Metzger; Vogel, 2002, S. 30)

Die einzelnen Prozessschritte werden als Rechteck dargestellt. Für jede Stufe werden detaillierte Vorgaben gemacht, die sich je nach Befund verzweigen können. Zwischen einzelnen Schritten sind Entscheidungen geschaltet, wie in Abb. 1.5, die kriterienbezogen zu fällen sind. In der Abbildung werden sie mit einer Raute gekennzeichnet. Die mit „K1“ bezeichnete Entscheidungsstation gibt diejenigen Diagnosekriterien (z.B. Schweregrad) vor, welche die Entscheidung für oder gegen eine stationäre Aufnahme leiten.

Abb. 1.5 gibt als Auszug aus einem Behandlungspfad ein einfaches Beispiel einer Verzweigung wieder. In obiger Darstellung des Modells (vgl. Abb. 1.4) wäre der Auszug dem Postinterventionsmanagement zuzuordnen.

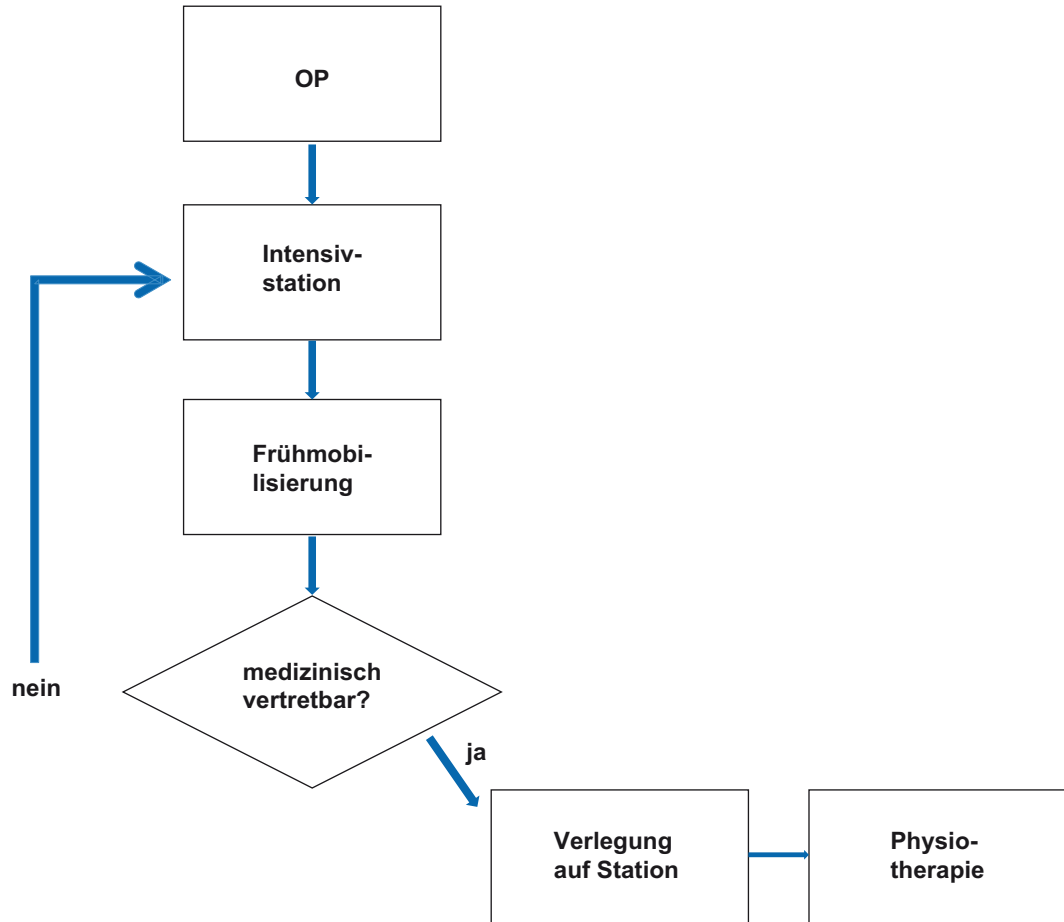


Abb. 1.5: Beispiel – Auszug aus einem Behandlungspfad

Weicht ein Arzt vom vorgegebenen Pfad ab, z.B. weil sich eine unvorhersehbare Situation einstellt, so ist dies im Sinne der ärztlichen Therapiefreiheit grundsätzlich möglich, es bedarf jedoch einer dokumentierten Begründung.

Clinical Pathways werden vor allem im Krankenhaus zur Standardisierung von Behandlungsabläufen eingesetzt, müssen jedoch nicht auf diese beschränkt bleiben. Sie können auch in die ambulante oder rehabilitative Phase verlängert werden. So kann etwa festgelegt werden, welche Anforderungen je Indikation zunächst an die Frührehabilitation im Krankenhaus, danach an die ambulante oder stationäre Rehabilitation im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt zu stellen sind und welche Ausschlusskriterien jeweils gelten.

Pfaddarstellungen können auch genutzt werden, um die Schrittabfolge bei der Krankenhausentlassung für den Fallmanager zu strukturieren. Dies soll anhand eines Pfadauszuges gezeigt werden.

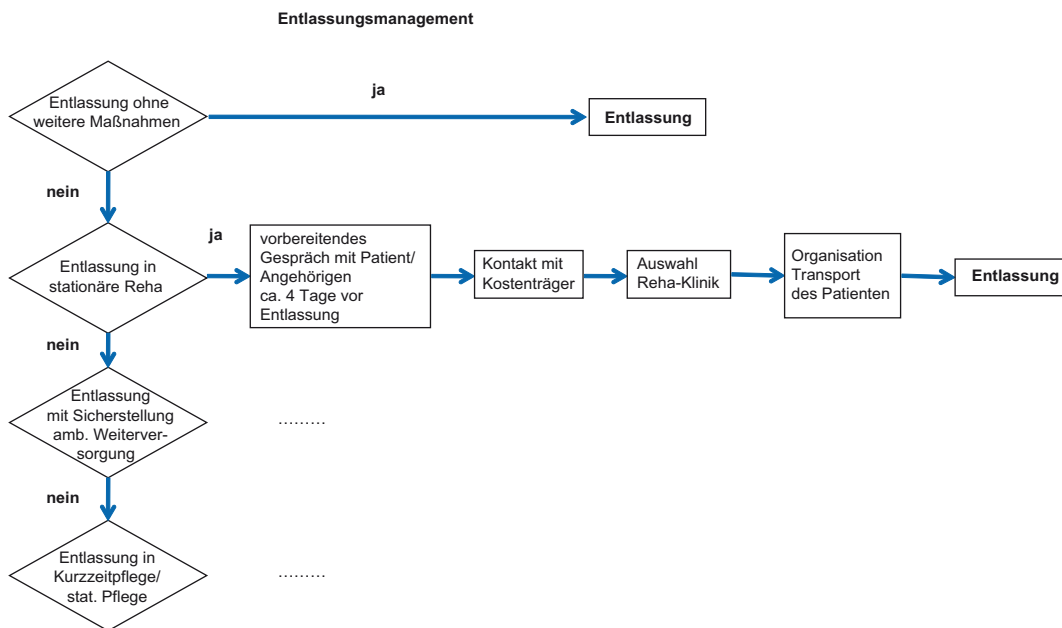


Abb. 1.6: Chronologische Darstellung Entlassungsmanagement (Auszug)

Die Komplexität des deutschen Sozialrechts bringt es mit sich, dass beim Übergang von einer Versorgungsstufe in die andere oftmals auch ein Wechsel des Kostenträgers notwendig ist. Für Patienten ergeben sich nicht nur Nachteile, die sich als Versorgungsbrüche beim Sektorenübergang durch den Wechsel der behandelnden Personen, mögliche Kommunikationsmängel und damit verbunden eventuell unterschiedliche Behandlungsansätze darstellen können. Sondern es gilt auch, zusätzlich administrative Hürden zu bewältigen. Drei der in Abb. 1.6 dargestellten Verfahrenszüge gehen mit einem Wechsel des Finanzierungsträgers einher. Wird ein rentenversicherungspflichtig Beschäftigter nach der von der Krankenkasse finanzierten stationären Akutbehandlung rehabilitativ weiterbehandelt, sei es stationär oder ambulant, wechselt der Kostenträger. Die Zuständigkeit geht von der GKV auf die Rentenversicherung über. Ist nach der Krankenhausbehandlung pflegerische Weiterversorgung notwendig, stehen Antragsverfahren bei der Pflegekasse an. Fallmanagement setzt deshalb in Deutschland spezifische Kenntnisse des Sozialrechts und der jeweiligen Organisationsstrukturen der einzelnen Kostenträger voraus.

Behandlungspfade setzen Leitlinien chronologisch in einzelne Arbeitsschritte um. Sie werden von allen an der Behandlung beteiligten Professionen entwickelt und eingeführt.



1.3.4 Gatekeeping

Das Prinzip des Gatekeeping wird, wie oben erläutert, oft in HMO praktiziert. Versicherte wählen einen Hausarzt (Primary Care Physician), schreiben sich bei ihm ein und überlassen ihm im Krankheitsfall die Koordination der Behandlung. Im staatlichen Gesundheitssystem Großbritanniens hat das Gatekeeping eine lange Tradition. Bürger suchen sich einen General Practitioner, einen Allgemeinarzt, an den sie für eine bestimmte Zeit gebunden sind. Er ist grundsätzlich ihre erste Adresse, wenn sie erkranken, also der Türöffner zum Versorgungssystem. Nach dem Erstkontakt durch den Patienten obliegt

dem General Practitioner im weiteren Behandlungsverlauf eine Lotsenfunktion; er leitet den Patienten durch das Versorgungssystem. In Deutschland gibt es den Hausarzt, in der Regel ist es ein Facharzt für Allgemeinmedizin, dessen Aufgaben das SGB V regelt. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurden die Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten die Option der Einschreibung in ein Hausarzt-Modell (sogenannte hausarztzentrierte Versorgung, vgl. Kapitel 4.5) anzubieten.

Gatekeeping öffnet für Patienten nur eine Tür in das Gesundheitswesen, den Hausarzt; der direkte Zugang zu Nebeneingängen, die in übergeordnete Versorgungsbereiche wie die Facharztversorgung führen, ist nicht möglich. Der Patient sucht zuerst den Hausarzt auf und allein diesem obliegt es, ihm anschließend die notwendigen weiteren Türen zu öffnen. Der Hausarzt wird zur zentralen Verteilerstation des Gesundheitswesens; er entscheidet, welche Behandlung bei ihm selbst erfolgen kann, welche Indikationen die Zuziehung weiterer Therapeuten erfordern und überweist im Bedarfsfall zum Facharzt.

Das Gatekeeping stellt hohe Anforderungen an den Hausarzt; so muss er diagnostisch sicher agieren, um beurteilen zu können, welche Versorgungstiefe je Erkrankung angezeigt ist. Seine Kompetenz erstreckt sich aber nicht nur auf medizinische Aspekte, vielmehr muss er pflegerische Maßnahmen veranlassen und ebenso etwa flankierende Dienste von Beratungsstellen in die Wege leiten. Er sollte im Optimalfall neben seiner Kenntnis über Versorgungsangebote auch den sozialen und familiären Hintergrund seiner Patienten kennen, um die Angemessenheit der Versorgung vor dessen persönlichem Hintergrund beurteilen zu können.

Ziel des Gatekeepings bzw. des Hausarztmodells ist, die dem Patienten fehlende Transparenz des Gesundheitswesens durch die Expertise des Hausarztes zu ersetzen. Vor allem aber beabsichtigt Gatekeeping, ungesteuerte kostspielige Inanspruchnahme durch die Patienten selbst zu verhindern. Zu nennen sind Facharztkonsultationen aufgrund von Bagatellerkrankungen, die ebenso im hausärztlichen Versorgungssektor behandelt werden können. Fachärztliche Versorgung ist in aller Regel teurer als hausärztliche.

Einige Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um ein funktionierendes Gatekeeping zu etablieren. So sind für die umfassende Koordination durch den Hausarzt funktionierende Informationswege zwischen ihm und den weiterbehandelnden Ärzten und zwar in beiden Richtungen erforderlich. Kommt der Patient aus einer vom Hausarzt verordneten Krankenhauseinweisung oder einer von ihm veranlassten Facharztbehandlung in den hausärztlichen Versorgungsbereich zurück, so müssen beim Hausarzt alle Informationen zusammenlaufen.

Notwendig ist ein hohes Vertrauen zwischen Arzt und Patient. Der Patient muss sich darauf verlassen können, dass der Hausarzt ihn im Bedarfsfall an nächste Versorgungsstufen abgibt, seine eigenen Grenzen also kennt. Deshalb ist zu fordern, das Gatekeeping mit einer geeigneten Honorierung zu flankieren. Wird der Hausarzt mit einer Pauschale, je bei ihm eingeschriebenem Patient vergütet, erleidet er einerseits keine Einkommenseinbuße, wenn er Patienten an die nächst höheren Versorgungsstufen überweist. Andererseits wird dadurch aber der Anreiz gesetzt, Patienten möglichst schnell an Kollegen abzugeben. Effizienzerhöhung würde dadurch konterkariert. Dieser Effekt wird abgemildert, wenn die Gatekeeper sich ihrerseits im Wettbewerb um die Einschreibung von Patienten befinden.

Die höchste Klippe dürften jedoch die Anforderungen sein, die an den Hausarzt selbst zu stellen sind. Agiert er in einem überschaubaren geschlossenen Netzwerk mit vorgegebenen Zuweisungswegen je Indikation, wie etwa in einer HMO, erweist sich seine Aufgabe als weniger anspruchsvoll. Ist er jedoch in einem hochkomplexen Gesundheitssystem tätig und seinerseits nicht in ein Netzwerk eingebunden, setzt das Gatekeeping zusätzlich zum medizinischen Fachwissen sozialrechtliche und institutionelle Kenntnisse voraus. Fraglich ist, ob die Ausbildung zum Allgemeinmediziner in Deutschland dem in ihrer gegenwärtigen Form Rechnung trägt. In größeren Praxen wäre deshalb eine Zusammenarbeit des Hausarztes mit speziell ausgebildeten Mitarbeitern (z.B. Case-Managern) zu erwägen.

Gatekeeping macht den Hausarzt zur Schaltstelle des Gesundheitswesens. Der Zugang der Patienten zum Versorgungssystem erfolgt – Notfälle ausgenommen – durch die Konsultation des Hausarztes, der die weitere Versorgung koordiniert.



Übung 1.3:

Sehen Sie sich im SGB V § 73 (1) die Anforderungen des Gesetzes an Hausärzte an (vgl. auch Kapitel 4.5). Überlegen Sie, ob die genannten Anforderungen an einen Hausarzt seiner Rolle als Gatekeeper genügen können. Erkennen Sie in der genannten Rechtsquelle auch Elemente eines Case-Managements?



1.4 Identifikation des Versorgungsmanagementbedarfs durch Versorgungsforschung

„Versorgungsforschung kann definiert werden als ein fachübergreifendes Forschungsgebiet,

- das die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt,
- zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte beiträgt,
- die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte begleitend erforscht und
- die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen unter Alltagsbedingungen evaluiert.“ (Pfaff, 2003, S. 13 f.)

Versorgungsforschung wird typischerweise multidisziplinär betrieben. Dies resultiert bereits aus der oben genannten Definition, denn an der Versorgung – ihrer gegenwärtigen Umsetzung, der Entwicklung neuer Konzepte und deren Integration in den Alltag – sind zahlreiche Professionen beteiligt. Sowohl medizinische und pflegerische Aspekte als auch organisatorische und institutionelle sind mit in die Analyse einzubeziehen.

Gesundheitsversorgung lässt sich innerhalb eines Input-Output-Modells als Zwischenstufe (sogenannter Throughput) verstehen, innerhalb derer Gesundheit „produziert“ wird (vgl. Busse, 2006, S. 244). Versorgungsforschung untersucht die Abläufe innerhalb der Gesundheitsversorgung sowie die Beziehung der „Produktionsstufen“ zueinander.

Abb. 1.7 zeigt die Stufen der „Produktion“ anhand des systemtheoretischen Modells von Pfaff.

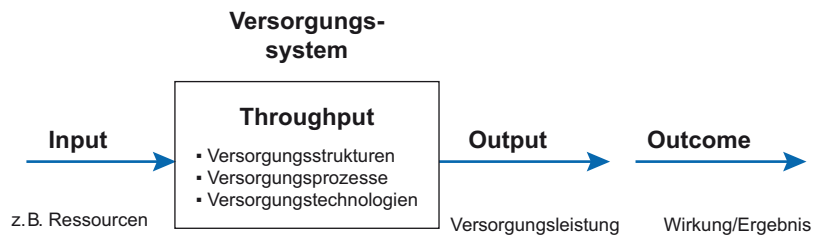


Abb. 1.7: Das systemtheoretische Modell des Versorgungssystems (Pfaff, 2003, S. 15)

Als Input sind finanzielle Mittel des Gesundheitswesens zu identifizieren, vor allem aber der Gesundheitszustand der Bevölkerung. Ansatz der Versorgungsforschung ist hier der Zugang der Adressaten, also der potenziellen Patienten zum Gesundheitssystem. Beispielhaft zu klärende Fragen wären hier: Erreichen die vorhandenen Angebote die Zielgruppen? Falls nein: Welche Hemmschwellen gibt es? Hat der Patient das Versorgungssystem (Throughput) betreten, sind die Prozesse, die er durchläuft, zu analysieren? Als typische Problemstellung auf dieser Stufe wäre die Überwindung von Schnittstellen zu nennen. Werden Versorgungsabläufe durch institutionelle oder organisatorische Hürden behindert, durch mangelhafte Kommunikation der Akteure, inadäquate Einbeziehung der Patienten (ggf. auch ihrer Angehörigen)? Die Zielebene wird unter zwei aufeinanderfolgenden Aspekten betrachtet: Als direkter Output der Versorgung sind die eigentlichen Leistungen (Diagnostik, Therapie, Pflege) zu identifizieren sowie – ausschließlich mit Blick auf die Patienten selbst – der sogenannte Outcome, die Verlängerung des Lebens und ebenso die Verbesserung der Lebensqualität. Forschungsgegenstand der Versorgungsforschung könnte etwa die Beziehung zwischen der Therapie und der Lebensqualität der Patienten sein.

Versorgungsforschung kann Defizite aufdecken, deren Beseitigung durch Programme zum Versorgungsmanagement angestrebt wird. Dessen Umsetzung, auf der Meso-Ebene und der Ebene der Patienten und einzelnen Anbieter (vgl. Kapitel 1.1) unter Alltagsbedingungen, wird wiederum durch Versorgungsforschung evaluiert. Besonderen Stellenwert nimmt die Sicherung der Kontinuität der Versorgung ein. Patienten mit chronischen Krankheiten benötigen langfristige Versorgungskonzepte. Da sie in der Regel Leistungen verschiedener Versorgungsstufen in Anspruch nehmen, sind die Anforderungen an die Überwindung von Friktionen besonders hoch.



Beispiel 1.5:

Ein Forschungsprojekt offenbart in einem Vergleich städtischer und ländlicher Regionen Mängel der Frühdiagnostik von Alzheimer-Demenz in ländlich strukturierten Gebieten. Therapeutische Interventionen (medikamentöse und nicht medikamentöse) erfolgen häufig zu spät und sind darüber hinaus schlecht koordiniert. Medikation erfolgt im Vergleich zur städtischen Kontrollgruppe häufiger im Laienbereich mittels unwirksamer Präparate. Infolgedessen ist die Lebensqualität der Erkrankten im Vergleich zur Gruppe der betroffenen Stadtbewohner stärker beeinträchtigt und die Belastung der Angehörigen höher. Die Behandlung obliegt größtenteils Hausärzten ohne geriatrische Fortbildung. Ambulante Pflegedienste mit Spezialisierung auf Demenz sind im Vergleich zu städtischen Regionen in geringerer Anzahl vorhanden.

Zusammenfassung

Eine einheitliche Definition von Versorgungsmanagement gibt es nicht. Allerdings lassen sich Kennzeichen aufführen, die typischerweise mit ihm einhergehen. Patientensteuerung im Sinne einer geordneten, wissenschaftlich begründbaren und folglich nicht arbiträren Zuweisung zur Versorgung ist das zentrale Element jedes Versorgungsmanagements. Ursprünglich wurde Managed Care in den USA für Health Maintenance Organisations (HMO) entwickelt, mit dem Ziel, Kosten zu begrenzen.

Heute wird Versorgungsmanagement nicht nur unter Kostenaspekten diskutiert, sondern unter dem Aspekt der Effizienz, der über die alleinige Kostenbetrachtung hinausgeht. Effizienz beinhaltet zusätzlich, ein Versorgungsziel zu erreichen, bezieht also den sogenannten Outcome notwendigerweise mit ein. Nicht nur die Interessen der Kostenträger werden berücksichtigt, vielmehr steht der Patient selbst im Mittelpunkt der Bemühungen. Dieser Aspekt wird besonders dadurch deutlich, dass neben der Beseitigung kostentreibender Desintegration der Versorgungssektoren, die Kontinuität und damit die Humanität der Behandlung angestrebt werden. Handlungsbedarf besteht gerade in Deutschland mit seinem hoch ausdifferenzierten aber komplexem Gesundheitssystem, das die Patienten mit zersplitterten Zuständigkeiten konfrontiert. Zur Ermittlung des konkreten Bedarfs verbesserter Versorgung und der betroffenen Bevölkerung wird auf Ergebnisse der Versorgungsforschung zurückgegriffen.

Versorgungsmanagement, sei es in Form des Disease-Managements oder des Case-Managements, erfolgt in Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen an der Behandlung beteiligten Professionen. In Modellen des Disease-Managements agieren die Mitwirkenden innerhalb des Gesundheitssystems, während Case-Management auch Aktivitäten in angrenzenden Bereichen, wie etwa dem Sozialrecht, vorsieht. Voraussetzung für Managed Care ist wissenschaftliche Evidenz des Vorgehens, sei es in Form von Leitlinien unterschiedlicher Verbindlichkeitsgrade, sei es in Form von chronologischen Ablaufprozessen innerhalb der Versorgung.

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 1.1 Skizzieren Sie die Unterschiede zwischen Disease-Management und Case-Management und geben Sie jeweils ein Anwendungsbeispiel an.
- 1.2 Was versteht man unter der sogenannten Somatisierungstendenz im Gesundheitswesen und welchen Beitrag zur Gegensteuerung könnte Versorgungsmanagement leisten?
- 1.3 Was sind die Anliegen des Gatekeepings?