



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT



VERSORGUNGSMANAGEMENT

Mit neuem Schwung

+++ Ziele, Projekte, Perspektiven

SPEZIAL

STARTSCHUSS Das wird nicht einfach von Norbert Schmacke	3	IM GESPRÄCH »Ich bin keine Vertreterin« Interview mit Claudia Seidensticker	13
ÜBERBLICK Mehr Mut zum Risiko von Hartmut Reiners	4	VERSORGUNG Sicherheitsnetz für Diabetiker von Petra Riesner	14
IM GESPRÄCH »Der Teufel steckt im Detail« Interview mit Volker Ulrich	7	DEPRESSION Viele Pfeile im Köcher von Sonja Milde und Katrin Krämer	15
STRUKTURIERTE BEHANDLUNG Rückenwind für DMP von Katrin Krämer und Peter Willenborg	8	ONLINE Mehr Wissen per Mausclick von Catrin Schmidt-Sanchez	16
REPORTAGE Alles im grünen Bereich von Lukas Albrechts	10	IM GESPRÄCH »Die Patienten profitieren weiterhin« Interview mit Frank Preugschat	17
QUALITÄTSINDIKATOREN Den Netzen zum Nutzen von Johannes Stock und Julian Bleek	12	AOK-Projekte Neue Wege für die Gesundheit	18
		STANDPUNKTE	20

Literatur

■ D. Cassel, K. Jacobs, C. Vauth, J. Zerth (Hrsg.)

Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung
Heidelberg 2014

■ S. Fuchs, C. Henschke, M. Blümel, R. Busse
Disease-Management-Programme für Diabetes mellitus Typ 2 in Deutschland: Abschätzung der Effektivität anhand einer systematischen Literaturübersicht
Dtsch Arztebl Int 2014; 111(26):453–63

■ E. Wille
Wege zur Einbeziehung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) in die integrierte Versorgung. Gutachten im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung
Mannheim 2013

■ E. J. van Lente, P. Willenborg
Vor dem Hürdensprung
G+G 9/2013

■ H. Reiners

Integrierte Versorgungsstrukturen – Eine Dauerbaustelle der GKV-Reformen
G+G Wissenschaft 3/2013

■ E. J. van Lente, P. Willenborg
Zehn Jahre DMP: Das Alphabet der Versorgung
G+G 1/2012

■ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Sondergutachten 2012
Bundestagsdrucksache 17/10323

■ AOK-Bundesverband
Strukturiert zum Erfolg
G+G-Spezial, 10/2012

■ C. Günster, J. Klose, N. Schmacke (Hrsg.)
Versorgungs-Report 2011. Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen
Stuttgart 2011

■ K. Jacobs, S. Schulze
Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Neue Konzepte für Stadt und Land
Berlin 2011

■ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009
Bundestagsdrucksache 16/13770

Internet

■ www.aok-gesundheitspartner.de
Unter → *Versorgungsverträge* → *Vertragsformen* finden Sie die Materialien zu den verschiedenen Versorgungsformen.

■ www.aok-bv.de
Die Seite des AOK-Bundesverbandes. Unter → *Gesundheit* → *Behandlungsprogramme* gibt es Informationen zu Angeboten der strukturierten Versorgung, und unter → *Mediathek* → *G+G* → *G+G-Spezial* stehen alle Spezial-Hefte als Download zur Verfügung.

■ www.aok.de
Das AOK-Versichertenportal. Unter → *Gesundheit* → *Behandlung* sind Informationen zu Programmen für chronisch Kranke und speziellen Gesundheitsprojekten zusammengestellt.

Das wird nicht einfach

Disease-Management-Programme – einst heftig umstritten – sind längst Teil des Versorgungsalltags. Nun läuft die Vorbereitung neuer Programme. Soweit alles Routine? Keineswegs, sagt Norbert Schmacke.



Die erste Generation der Disease-Management-Programme (DMP) brachte für die gesetzliche Krankenversicherung wesentliche Neuerungen: Chronisch Kranken wurde zugesichert, in diesen Programmen die jeweils bestgesicherten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren und alle erforderlichen Überweisungen zu Spezialisten zu erhalten. Evidenzbasierte Medizin und strukturierte Versorgung: Das gab es bis dahin, jedenfalls in systematischer Form, nicht. Die Widerstände, etwa mancher Fachgesellschaften, waren zum Teil massiv. Das ist Geschichte.

Wenn sich jetzt nach der Vorauswahl durch den Gemeinsamen Bundesausschuss das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen auf die Suche nach den besten Leitlinien für die zweite Generation der DMP macht, wird es wieder darauf ankommen, nur solche Leistungen einzuschließen, für die es tatsächlich angemessene Nutzenbelege gibt. Das wird wieder nicht allen gefallen, ist aber alternativlos. Wo immer die Frage auftaucht, ob es Erfolg versprechende Weiterentwicklungen der Versorgung gibt, gehört die Prüfung in die klinische Forschung. In dieser Kombination von DMP und Forschung liegt eine riesige Chance für eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung. Eine großartige Idee wäre, in diesem Zusammenhang aufzuschreiben, welche Schwachstellen in der Versorgung denn im Kern vermutet werden, wo es gute Hinweise für Verbesserungen der Diagnostik und Behandlung gibt und wo neue

klinische Studien durchzuführen sind. Nicht immer wird das so einfach sein wie vermutet. Ein gutes Beispiel dafür ist die Compliance-Debatte: Es nützt nichts, über eine vermeintlich schlechte Therapietreue von Kranken etwa mit rheumatoider Arthritis zu klagen, wenn es überhaupt keine Konzepte gibt, diese Patienten auf ihrem schwierigen Weg der Bewältigung der Diagnose, der Beschwerden und der Nebenwirkungen der Medikamente verlässlich zu begleiten.

Es ist insofern für die Parteien der Selbstverwaltung so notwendig wie kompliziert, sich stärker als bisher Gedanken darüber machen, wie sie künftig den Alltag der DMP im Hinblick auf „Leitlinientreue“ evaluieren wollen. Und es wird vor allem noch einmal besonders wichtig werden, den Versicherten gute und einleuchtende Materialien an die Hand zu geben, damit sie Vertrauen in die DMP bekommen. Bei der Behandlung von chronischen Rückenschmerzen etwa wird dies in den Zeiten der Bilderfluten und ausufernder Operationsverfahren nicht ganz einfach werden. DMP sind insofern auch in Zukunft keine langweilige Routine.

Professor Dr. Norbert Schmacke

ist Hochschullehrer für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen und unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Mehr Mut zum Risiko

Seit Jahren schon gibt es in der Gesundheitspolitik eine Dauerbaustelle: die Förderung neuer Versorgungsformen. **Hartmut Reiners** weiß, woran es hakt und was nötig wäre, um die Krankenkassen zu einem stärkeren Engagement zu ermutigen.

Bereits Ende der 1980er Jahre stellte die Enquete-Kommission zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) fest, dass die Versorgungs- und Vertragsstrukturen des Systems den Anforderungen an Kooperation und Integration der Versorgungsabläufe nicht gerecht würden, die sich aus dem medizinischen Fortschritt und der demografischen Entwicklung ergeben. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) bestätigte 2009 diese Diagnose und benannte als Hindernisse für eine an Qualitätszielen orientierte Modernisie-

Vergütung von Kassenärzten nicht mehr über Einzel-, sondern über Kollektivverträge zwischen den Kassen- und Ärzteverbänden festgelegt werden. Seitdem zahlen die Kassen für die ambulante ärztliche Behandlung eine Gesamtvergütung an die Ärzteverbände, die sich aus der Zahl ihrer Mitglieder ergibt. Die Ärzteverbände verteilen diese auf ihre Mitglieder. Das Kassenarztgesetz von 1955 erneuerte nicht nur den öffentlich-rechtlichen Status, den die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in den 1930er Jahren erhalten hatten, sondern übertrug ihnen mit der Zahlung der Gesamtvergütung auch die Verantwortung dafür, die ambulante Versorgung sicherzustellen.



Neue Versorgungsformen sollten für Krankenkassen kein gewagtes Unterfangen sein. Die Politik ist gefragt, die Rahmenbedingungen zu verbessern.

rung der medizinischen Versorgung insbesondere die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung, die Dominanz von Einzelpraxen sowie die Vernachlässigung der hausärztlichen Versorgung und der nichtärztlichen Gesundheitsberufe.

Historischer Hemmschuh. Der neuralgische Punkt aller Ansätze zur Flexibilisierung und Integration ist das Kollektivvertragssystem der vertragsärztlichen Versorgung, eine hundert Jahre alte „Erbstunde“ unseres Gesundheitswesens. Im Dezember 1913 einigten sich die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Ärzteverbände darauf, dass die Zulassung und die

Neue Optionen. Der Gesetzgeber hat in mehreren GKV-Reformgesetzen Möglichkeiten geschaffen, das System der Gesamtvergütung mit Selektivverträgen aufzubrechen und die Versorgungsstrukturen zu modernisieren: So wurden strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) in den Leistungskatalog der GKV eingeführt (Paragraf 137f–g Sozialgesetzbuch V), medizinische Versorgungszentren (MVZ) mit angestellten Ärzten zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen (Paragraf 95 Absatz 1 Sozialgesetzbuch V) und Selektivverträge zu integrierten Versorgungsformen etabliert (Paragraf 140a Sozialgesetzbuch V). Die Krankenkassen wurden verpflichtet, ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung anzubieten (Paragraf 73b Sozialgesetzbuch V), und die Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser in der ambulanten beziehungsweise der spezialfachärztlichen Versorgung wurden ausgeweitet (Paragraf 116b Sozialgesetzbuch V).

Damit sollen die Versorgungsstrukturen flexibilisiert und im Kassenwettbewerb neue Akzente zur Förderung der Versorgungsqualität gesetzt werden. Der SVR-G stellte jedoch 2012 in einem Sondergutachten fest, dass nur wenige Kassen die Chance nutzen, sich mit diesen auf das Behandlungsergebnis ausgerichteten Versorgungsformen als innovative Unternehmen zu profilieren. Die meisten Kassen bewegen sich nur dann in die vom Gesetzgeber gewünschte Richtung, wenn dies im SGB V ausdrücklich vorgeschrieben oder mit finanziellen Anreizen verbunden ist. So wurde die hausarztzentrierte Versorgung im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) von 2003 als „Soll“-Regelung eingeführt. Die Resonanz war so mäßig, dass im GKV-

Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 diese „Soll“- in eine „Muss“-Regelung umgewandelt wurde. Die Zahl der Abschlüsse von (ebenfalls durch das GMG eingeführten) Verträgen zur integrierten Versorgung ging zurück, als 2008 die Anschubfinanzierung durch eine allgemeine Abgabe von einem Prozent der Gesamtvergütung abgeschafft wurde.

Verkehrte Anreize. Die Bereitschaft der Krankenkassen zum Abschluss von Selektivverträgen stößt auf zwei Hindernisse: die Bereinigung der Gesamtvergütung und den Zusatzbeitrag. Gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) V werden die für Selektivverträge gezahlten Honorare aus der Gesamtvergütung herausgerechnet, um Doppelzahlungen zu vermeiden (Paragraf 73b Absatz 7 und 140d Absatz 1). Zentraler Streitpunkt zwischen den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen ist die Frage, welche Informationen beziehungsweise Daten für die Erfassung des Behandlungsbedarfs bei der Bereinigung zugrunde gelegt werden sollen. Der Referentenentwurf zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VSG) bringt in dieser Frage keine Klarheit, sieht aber bei einer Nichteinigung die Anrufung des Schiedsamtes (Paragraf 89 SGB V) vor. Ob damit die im Bereinigungsverfahren liegenden Hindernisse für Selektivverträge wirklich beseitigt werden können, wird sich zeigen. Man darf skeptisch sein, weil die KVen nach wie vor das Bereinigungsverfahren verschleppen können. Zudem bleibt ein vom Gesundheitssachverständigenrat kritizierter unerwünschter Anreiz bestehen: Wechselt ein chronisch kranker Versicherter aus einem Selektiv- zurück in den Kollektivvertrag und damit in die Gesamtvergütung, kann sich dies für die Kasse lohnen – dann nämlich, wenn die in der Gesamtvergütung zu zahlende Pauschale niedriger ist als die Vergütung im Selektivvertrag.

Beitrags- statt Vertragswettbewerb. Ein weiteres Hindernis für den Abschluss von Verträgen zu neuen Versorgungsformen ist der Zusatzbeitrag, weil er den Kassenwettbewerb noch stärker auf den Beitragssatz zuspitzt. Der SVR-G stellte in seinem Sondergutachten 2012 fest, dass die Höhe des Beitragssatzes eine einfache Orientierungsgröße für die Kassenwahl der Versicherten darstellt – im Gegensatz zu den schwer messbaren Qualitätsmerkmalen im Leistungsbereich. Hinzu kommt, dass Studien zufolge Kassenwechsler meist relativ gesund sind, nur gelegentlich Leistungen in Anspruch nehmen und weniger auf die Versorgungsqualität achten, während ältere und gesundheitlich beeinträchtigte Versicherte deutlich seltener die Kasse wechseln. Der Zusatzbeitrag verstärkt die große Bedeutung der Beitragssatzhöhe als Wettbewerbsfaktor noch. Der SVR-G



Uwe Deh ist
Geschäftsführender Vorstand
des AOK-Bundesverbandes.

Welche Rolle spielen die Krankenkassen derzeit? Sind sie eher Verwalter oder Gestalter?

Die AOK gestaltet aktiv die Versorgung in den Regionen. Wir haben die gesetzlichen Möglichkeiten intensiv genutzt und zahlreiche Verträge zur Integrierten Versorgung, Hausarztverträge, DMP und weitere Projekte zum Versorgungsmanagement umgesetzt. Und es hat sich bei den meisten Verträgen gezeigt, dass sich damit de facto die medizinische Versorgung für unsere Versicherten verbessert hat.

Stimmen die gesetzlichen Rahmenbedingungen für einen Wettbewerb um die beste Versorgung?

Auch wenn sich einiges verbessert hat: Man muss weiterhin Überzeugungstäter sein und viel Enthusiasmus mitbringen, um tatsächlich Versorgung zu gestalten. Man darf zweifeln, dass die Große Koalition mit dem Versorgungsstärkungsgesetz die Handlungsspielräume für Kassen erweitern und bürokratische Hürden für Selektivverträge abbauen wird. Richtig ist, dass Hemmnisse bei der Bereinigung der Gesamtvergütung weiter abgebaut werden, damit Krankenkassen ärztliche Leistungen nicht doppelt finanzieren müssen – selektiv und dann auch noch im Kollektivvertrag. Hier geht das Versorgungsstärkungsgesetz aber noch nicht weit genug.

Und der geplante Innovationsfonds ist zwar gut gemeint, aber noch nicht richtig gut gemacht. Innovationen entstehen eher im Wettbewerb als im gemeinsamen Verwalten irgendwelcher Töpfe. Da das Geld für den Fonds aus den Beiträgen unserer Versicherten stammt, sollte zumindest sichergestellt sein, dass Innovationsanträge nur gefördert werden, wenn daran Krankenkassen beteiligt sind.

Wenn Sie einen Wunsch frei hätten: Was würden Sie ändern?

Ich wünsche mir, dass sich die medizinische Versorgung künftig noch mehr am tatsächlichen Bedarf der Patienten ausrichtet und nicht einfach nur am vorhandenen Angebot. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen wir vor allem daran arbeiten, dass die Sektorengrenzen tatsächlich überwunden werden. Auch wenn Reformen an dieser Stelle immer wieder scheitern: Das ist nicht nur ein frommer Wunsch, sondern eine Voraussetzung für mehr Patientenorientierung. ■

stellte fest, dass 2011 rund 90 Prozent der Netto-Mitgliederverluste Kassen mit einem Zusatzbeitrag betrafen. Durch die ab Januar 2015 geltende Absenkung des allgemeinen Beitragsatzes auf 14,6 Prozent bekommt der Zusatzbeitrag sogar noch mehr Gewicht und behindert so den Ansatz, über einen Vertragswettbewerb die Versorgungsstrukturen zu verbessern: Will sich eine Kasse über Selektivverträge mit einem alternativen Leistungsangebot profilieren, muss sie in den Service und den Aufbau leistungsfähiger Versorgungsnetze investieren. Diese zusätzlichen Kosten amortisieren sich nur langfristig. Aus Angst, einen Zusatzbeitrag erheben zu müssen, scheuen viele Kassen davor zurück.

Der Sicherstellungsauftrag wird ausgehöhlt.

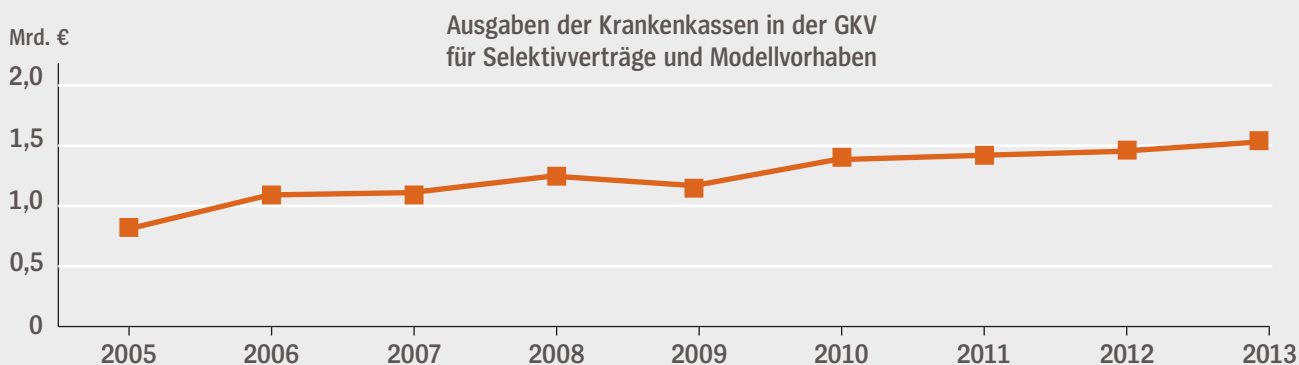
Neuordnung nötig. Diese Hindernisse können relativ einfach per Gesetz aus dem Weg geräumt werden. Doch auch dann bleibt noch die für die weitere Entwicklung unseres Gesundheitswesens substanzielle Frage, wie das Verhältnis von Kollektiv- und Selektivverträgen gestaltet werden soll. Besonders deutlich wird das im Zusammenhang mit der hausarztzentrierten Versorgung nach Paragraph 73b SGB V. In dem Maße, wie dieses Kernstück der ambulanten Versorgung über Selektivverträge gesteuert wird, wird der Sicherstellungsauftrag der KVen ausgehöhlt. Er geht auf die Kassen über, jedoch nur für deren eigenen Vertragsbereich. Eine Gesamtverantwortung für die Sicherstellung existiert dann nicht mehr. Dieses ordnungspolitische Vakuum muss durch eine Neuordnung der politischen Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung insgesamt gefüllt werden. Das Grundgesetz gibt den Ländern die Verantwortung für die allgemeine Daseinsvorsorge, also auch für die gesundheitliche Versorgung. Doch wäre es in unserem vom Prinzip der Selbstverwaltung geprägten Gesundheitswesen keine politisch trag-

fähige Option, den Sicherstellungsauftrag von den KVen auf die Länder zu übertragen. Vielmehr gilt es, die Zusammenarbeit zwischen den Organen der Selbstverwaltung und den Ländern in der Sicherstellung der gesamten Versorgung neu zu ordnen. An die Stelle der getrennten Verantwortung für die ambulante und stationäre Versorgung sollte ein integriertes System der Bedarfsplanung und Sicherstellung treten, in dem die Landesregierungen und -parlamente zusammen mit den Kommunen allgemeine Vorgaben machen und deren Einhaltung überwachen, während die Krankenkassen und deren Vertragspartner für das operative Geschäft verantwortlich sind.

Gegenwind garantiert. Ein solches Projekt stößt mit Sicherheit auf politischen Gegenwind und lässt sich nicht von heute auf morgen realisieren. Was aber sollte kurzfristig geschehen? Es kommt vorerst darauf an, denjenigen Krankenkassen den Rücken zu stärken, die trotz der durch den Beitragswettbewerb gegebenen Risiken den Mut haben, in neue Versorgungsformen zu investieren. Der Sachverständigenrat kommt zu dem Schluss, dass es schon genügt, wenn nur ein Teil der Versicherten die Angebote der Krankenkassen zu qualitätsorientierten Versorgungsformen annimmt, um bei den Leistungserbringern qualitätsorientierte Reaktionen auszulösen. Würde der Zusatzbeitrag abgeschafft und die Bereinigung der Gesamtvergütung vereinfacht, wären dies wichtige Schritte zur Ermutigung der Krankenkassen, diesen Weg zu gehen. ■

Hartmut Reiners ist Gesundheitsökonom und leitete bis 2010 das Referat Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg.

Investitionen in neue Versorgungsformen steigen nur langsam



Mit verschiedenen Reformgesetzen hat der Gesetzgeber in der Vergangenheit Möglichkeiten geschaffen, um die Patientenversorgung mithilfe von Selektivverträgen zu verbessern. Durch die im Jahr 2004 eingeführte, aber 2008 wieder beendete Ansubfinanzierung hatten die Kassen unter Strich keine finanziellen Nach-, aber auch keine Vorteile durch solche

Verträge. Nach dem Auslaufen der Ansubfinanzierung war sogar ein Rückgang der Investitionen zu verzeichnen. Zuletzt sind sie wieder gestiegen – aber nur sehr langsam. Offensichtlich ließen die Rahmenbedingungen viele Kassen zögern.

Quelle: WIdO/KJ1

Professor Dr. Volker Ulrich
ist Gesundheitsökonom, lehrt
an der Universität Bayreuth
und glaubt noch an die Zukunft
des Innovationsfonds



»Der Teufel steckt im Detail«

Er ist zwar noch nicht da, weckt aber schon diverse Begehrlichkeiten: Der geplante Innovationsfonds soll neue Versorgungsprojekte anschieben. Das kann zwar funktionieren, meint **Volker Ulrich**, doch Geld allein wird nicht genügen.

Wie innovativ wird der Innovationsfonds?

Die Idee ist gut, aber der Teufel steckt im Detail, nämlich in der konkreten Ausführung und Umsetzung. Wenn das vernünftig gemacht wird, kann etwas dabei herauskommen, was den Patienten zu einer qualitativ besseren, sektorenübergreifenden Versorgung verhilft. Ob das klappt, weiß man jetzt noch nicht.

Sie müssen sich das so vorstellen: Auf das bestehende System mit seinen Stärken und Schwächen trifft von außen der Fonds als finanzieller Impuls, der Innovationen anstoßen soll. Die entscheidende Frage ist, wo er trifft und wen er trifft. Viele sind da skeptisch, ob der große Wurf gelingt oder ob man sich doch wieder in sektoralen Einzelinteressen verliert. Wenn das passiert, dann ist das Geld in den Sand gesetzt, dann versickert es zwischen den Sektoren. Ich habe aber immer noch die Hoffnung, dass aus diesem Innovationsfonds etwas wird, was diesen Namen verdient.

Führt mehr Geld wirklich zu mehr Innovationen?

Nein, diesen Automatismus gibt es nicht. Bei Innovationen ist die mittel- bis langfristige Abwägung von Risiko und Ertrag entscheidend. Um die sektoralen Hürden zu überwinden, reicht Geld allein nicht aus. Es müssen auch Blockaden abgebaut und zum Beispiel die Optionen für Selektivverträge ausgeweitet werden. Es kann ja nicht Ziel der Gesundheitspolitik sein, auf der einen Seite durch unterschiedliche Strukturvorgaben die Hürden zwischen den Sektoren zu erhöhen und gleichzeitig über bestimmte Fördertöpfe die sektorenübergreifende Versorgung voranzutreiben.

Was soll der Innovationsfonds fördern, was nicht schon längst hätte gefördert werden können?

Da gibt es viele gute Projekte, über die man diskutieren kann. Wie kann man zum Beispiel die Versorgungslage in unterversorgten Regionen verbessern? Oder die Sicherheit der Arzneimitteltherapie bei multimorbiden Patienten? Oder nehmen Sie die Delegation und Substitution von ärztlichen Leistungen – das sind alles Dinge, die einen sektorenübergreifenden Charakter haben. Da könnte man das Geld wirklich gut einsetzen, wenn hier vernünftige und interessante Projekte

»Der Gemeinsame Bundesausschuss ist ja der Inbegriff des Sektoralen.«

gefördert würden. Es gibt viele Ideen, die man umsetzen kann und die unterm Strich auch beim Versicherten ankämen und für ihn die Qualität seiner Versorgung erhöhen würden. Es ist einfach so, dass viele Probleme eben tatsächlich sektorenübergreifend versorgt werden sollten.

Auch bei der Versorgungsforschung müsste mit dem Innovationsfonds sicher nicht Grundlagenforschung finanziert werden. Was wir brauchen, ist eine ganz konkrete, projektbezogene und anwendungsbezogene Evaluation. Wir müssen nach ein paar Jahren wissen, ob die Projekte, die wir anstoßen, erfolgreich waren oder nicht, ob sich die Investition gelohnt hat oder nicht.

Was haben die Patienten von dem Fonds?

Es müssen bestimmte Kriterien erfüllt sein, damit der Fonds erfolgreich wird: Wer entscheidet? Wer darf Anträge stellen? Wenn sichergestellt ist, dass der Fonds dazu beiträgt, die sektorale Versorgung zu überwinden, dann haben die Patienten etwas davon. Wenn nicht, dann ist das Geld ist zum Fenster hinausgeworfen.

Ist der Gemeinsame Bundesausschuss das richtige Gremium, um über die Verteilung von Forschungsgeldern zu entscheiden?

Ich finde, die Versicherten oder die Krankenkassen als Interessenvertreter der Versicherten müssten mitentscheiden dürfen. Woher will denn der Gemeinsame Bundesausschuss in allen Fällen wissen, was gut für den Versicherten ist und was ein vernünftiges, sektorenübergreifendes Innovationsprojekt ist? Da müsste man eine Kriterienliste erstellen, und ich meine, dabei müssten auch die Patienten und ihre Interessenvertreter Gehör finden. Das wäre ein erster wichtiger Schritt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das einzige Gremium, das legitimiert wäre, über die Innovationen, die wir da fördern wollen, zu entscheiden. Allerdings ist der GBA ja der Inbegriff des Sektoralen. Man weiß genau: Die Ärzte stimmen so ab, die Krankenhäuser stimmen so ab. Man könnte sich vorstellen, dass der GBA die Entscheidungen nicht selbst trifft, sondern eine Art Notarfunktion übernimmt: Es gäbe ein Vergabeverfahren, ein unabhängiges Gremium, etwa ein Beirat oder eine Stiftung, trifft die Entscheidung, und der GBA setzt die dann nur noch in Kraft. ■

Rückenwind für DMP

Mit dem Koalitionsvertrag von Union und SPD haben die Disease-Management-Programme (DMP) der gesetzlichen Krankenkassen politischen Rückenwind bekommen. Wohin die Reise jetzt geht, schildern [Katrin Krämer](#) und [Peter Willenborg](#).

Im Vertrag der Großen Koalition vom November 2013 heißt es: „Die strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke werden weiterentwickelt; neue Programme sollen entwickelt werden für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen.“ Nachdem die bereits bestehenden sechs DMP sich in den letzten Jahren im Alltag der niedergelassenen Ärzte und Kliniken etabliert haben, steht das Thema der strukturierten Behandlung seit der positiven Erwähnung im Koalitionsvertrag wieder mehr im Fokus. Der Plan, neue DMP einzuführen, wurde zuletzt auch im Entwurf für das Versorgungsstärkungsgesetz noch einmal bekräftigt.

„Wir empfinden dies als Rückenstärkung. DMP sollen auch künftig dazu beitragen, die hohe medizinische Versorgungsqualität weiter zu verbessern“, sagt Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA). Schon vor diesen politischen Signalen hatte sich der GBA, bei dem seit 2012 die Regelungskompetenz für die DMP

liegt, mit der Priorisierung neuer Indikationen beschäftigt. Seit dem Koalitionsvertrag arbeitet das Gremium jetzt mit erhöhtem Druck an der Umsetzung der politischen Vorgaben.

Vorschläge, bitte! Im ersten Schritt waren die medizinischen Dachverbände und Gesellschaften, Wissenschaftler sowie Patienten- und Selbsthilfeorganisationen aufgerufen, Vorschläge für neue DMP-Diagnosen einzureichen – zum ersten Mal seit 2005, als zuletzt über eine Erweiterung der bestehenden DMP diskutiert worden war. Zusätzlich zu den im Koalitionsvertrag genannten Themen Depressionen und Rückenleiden gingen beim GBA bis Mai 2014 eine ganze Reihe von Vorschlägen ein. Von insgesamt 33 eingereichten Diagnosen schafften es 24 in die anschließende strukturierte Bewertung durch den GBA. Basis der Entscheidung waren die Kriterien, die im Gesetz für DMP vorgegeben sind: Danach müssen strukturierte Behandlungsprogramme geeignet sein, die Versorgungsqualität tatsächlich



Dr. Regina Klakow-Franck ist unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA).

»Der Nutzen für die Patienten steht im Mittelpunkt«

Wo sehen Sie die Zukunft der DMP, auch hinsichtlich neuer Programme?

Ohne mehr sektorenübergreifende Koordination wird die Versorgung speziell chronisch kranker und multimorbider Patienten bald nicht mehr flächendeckend aufrecht zu erhalten sein. Die Disease-Management-Programme kön-

nen einen wertvollen Beitrag zur notwendigen Kooperation der Versorgungsebenen leisten. Außerdem fördern sie die aktive Mitwirkung der Patienten am Behandlungserfolg. Dies sind für mich die beiden wichtigsten Auswahlkriterien für neue Disease-Management-Programme. Auf das vom GBA an erster Stelle priorisierte neue DMP-Thema chronische Herzinsuffizienz treffen sie hundertprozentig zu.

Warum hat es die Depression nicht in die Auswahl der zu prüfenden neuen DMP geschafft?

Dafür gibt es zwei Gründe. Zum einen wird gerade die Psychotherapie-Richt-

linie im GBA überarbeitet. Zum zweiten bestehen offene Fragen zur Eingrenzbarkeit der eigentlichen Zielgruppe. Es gibt Bedenken, ob die heutige Kodierung eine solche Zuordnung in ein DMP Depression leisten kann.

Was wird durch die neuen Anforderungen an die Evaluation bei den Programmen besser?

Im Mittelpunkt der Evaluation steht nun der Nutzen der DMP für die Patienten, auch im Vergleich zur Versorgung von Patienten, die nicht an einem DMP teilnehmen. Vorher lag der Fokus auf einem auf Krankenkassen oder Regionen bezogenen Vergleich. ■

Nachdem sich die Große Koalition ausdrücklich für weitere Disease-Management-Programme ausgesprochen hat, nimmt diese Versorgungsform nun wieder kräftig Fahrt auf.



zu verbessern. Zudem muss es einen sektorenübergreifenden Behandlungsbedarf und evidenzbasierte Leitlinien geben, die als Fundament dienen können. Die Patienten sollen den Verlauf der Erkrankung durch ihre Eigeninitiative selbst beeinflussen können. Ein weiteres Entscheidungskriterium ist ein hoher finanzieller Aufwand für Behandlung und Folgekosten.

Im August 2014 gab der GBA seine Entscheidung bekannt. Zu vier Krankheiten werden Beratungen aufgenommen: Rheumatoide Arthritis, chronische Herzinsuffizienz, Osteoporose und Rückenleiden. Die Diagnose Depression erfüllte aus Sicht der Experten die notwendigen Voraussetzungen nicht. „Vier neue DMP beschlossen“, hieß es seinerzeit in Medienberichten – etwas vorschnell, denn die Aufnahme der Beratungen zieht nicht zwangsläufig die Entwicklung eines strukturierten Behandlungsprogramms nach sich; dies hängt von den Ergebnissen der Beratungen ab. Als Basis für die Entscheidungsfindung hat der Gemeinsame Bundesausschuss das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit einer aktuellen Leitlinienrecherche zu den vier ausgewählten Erkrankungen beauftragt. Das IQWiG soll zunächst die Diagnose chronische Herzinsuffizienz bearbeiten, weil es hier auf seinen Vorarbeiten für das bereits seit 2008 bestehende DMP-Modul Herzinsuffizienz aufbauen kann.

Auf hohem Niveau. Parallel zu den aktuellen Diskussionen um neue DMP werden auch die bereits existierenden Programme der gesetzlichen Krankenkassen ständig weiterentwickelt. Aktuell nehmen daran rund 7,49 Millionen Patienten teil. Knapp die Hälfte (3,93 Millionen) sind in das DMP für Typ-2-Diabetiker eingeschrieben, etwa 1,75 Millionen in das Programm für Patienten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK). Es folgen die Programme zu Asthma (838.000 Teilnehmer), chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen (677.000 Teilnehmer), Diabetes Typ 1 (169.000 Teilnehmer) und Brustkrebs (120.000 Teilnehmerinnen). Zuletzt hat der GBA die Programme für Patienten mit KHK und Diabetes mellitus Typ 1 an den neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst. Im Fokus stand dabei unter anderem der richtige Umgang mit Patienten, bei denen gleichzeitig mehrere chronische Erkrankungen vorliegen. Die Ärzte sind künftig auch dazu angehalten, mindestens einmal im Jahr die gesamten Medikamente ihrer DMP-Patienten zu erfassen und zu überprüfen – einschließlich der Arzneien, die sie sich ohne Verschreibung selbst besorgt haben.

Patienten sollen den Verlauf der Erkrankung selbst beeinflussen können.

Risiken sinken. Vor allem Patienten, die ein höheres Risiko für Begleit- und Folgeerkrankungen haben, profitieren in besonderem Maße von den Programmen: Regelmäßige Kontrolluntersuchungen, Patientenschulungen und klare Regeln für die Überweisung zu Fachärzten sorgen dafür, dass sich der Gesundheitszustand und die Lebensqualität der Patienten nicht verschlechtern. Besonders zum DMP Diabetes Typ 2, an dem mit

Abstand die meisten Patienten teilnehmen, liegen inzwischen zahlreiche Datenauswertungen und Studien vor. Eine systematische Literaturübersicht dazu haben Wissenschaftler der Technischen Universität Berlin im Juni 2014 im Ärzteblatt veröffentlicht. Sie konstatierten,

dass die für Deutschland vorliegenden Evaluationen zum Nutzen der DMP einen positiven Effekt der Programme, unter anderem auf die Lebensdauer der Teilnehmer, belegen. Eine weiterführende Evaluation ist aus Sicht der Forscher aber zwingend notwendig. Denn Veränderungen von Ergebnisparametern, die auch die Qualität der Versorgung widerspiegeln, würden erst über einen längeren Studienzeitraum sichtbar.

Diese weiterführende Evaluation der DMP hat sich der Gemeinsame Bundesausschuss auf die Fahnen geschrieben: Im Juni 2014 beschloss das Gremium neue Anforderungen, nach denen die Versorgung in den DMP in Zukunft evaluiert werden soll. Danach soll es neben der regelmäßigen Berichterstattung über krankheitsspezifische und diagnoseübergreifende Parameter auch einen Vergleich zwischen der „Regelversorgung“ und der Versorgung in den DMP geben – ein Ansatz, der bisher in der DMP-Evaluation nicht vorgesehen war. Dies soll eine bessere Bewertung der DMP-Effekte möglich machen und dem GBA helfen, die Vorgaben für die Behandlung der chronisch kranken Patienten weiter zu verbessern. ■

Dr. Katrin Krämer ist Abteilungsleiterin Versorgungsmanagement beim AOK-Bundesverband, **Peter Willenborg** ist Referent für Kommunikation im Stab Vorstandsangelegenheiten beim AOK-Bundesverband.



Intensive Betreuung: Jennifer König ist Medizinische Fachangestellte und hat für das Case Management mit PraCMan eine spezielle Fortbildung mitgemacht.

Alles im grünen Bereich

Für multimorbide, chronisch kranke Patienten hält die AOK Baden-Württemberg ein engmaschiges, hausarztbasiertes Fallmanagement namens PraCMan bereit, das den Patienten nützt und gleichzeitig die Ärzte entlastet. Wie das funktioniert, hat sich **Lukas Albrechts** angeschaut.

Dienstagmorgen, 10 Uhr. Es ist einiges los in der Gemeinschaftspraxis von Dr. Jürgen Herbers und Dr. Christoph Müller. Die Praxis liegt mitten im schwäbischen Pleidelsheim, einem kleinen Örtchen 30 Kilometer nördlich von Stuttgart. Gerade sind zwei neue Patienten hereingekommen und eine weitere Patientin fragt nach einer Überweisung zum Facharzt. Während ihre beiden Kolleginnen hinter dem Empfangstresen die Patienten aufnehmen und sich um Rezepte und Überweisungen kümmern, sitzt die Medizinische Fachangestellte (MFA) Jennifer König, die eine Zusatzausbildung zur VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) absolviert hat, etwas abseits am Telefon und vereinbart noch schnell mit einem Patienten den nächsten Kontrolltermin. „So, jetzt muss ich aber los“, ruft sie ihren Kolleginnen anschließend zu, schnappt sich die Hausbesuchstasche und macht sich auf den Weg. Im Rahmen des neuen Versorgungsangebotes PraCMan (praxisbasiertes Case Management in der Hausarztpraxis) besucht sie heute im Auftrag von Dr. Herbers zwei Patienten zu Hause, die in unmittelbarer Nachbarschaft zur Praxis wohnen.

Individuelle Hilfen. „Wir haben hier 30 chronisch kranke Patienten, die wir mit PraCMan besonders intensiv betreuen. Unser Ziel ist es, diese Patienten im Umgang mit ihrer Krankheit zu unterstützen und ihre medizinische Versorgung noch ein bisschen besser zu machen“, erklärt der Allgemeinmediziner Dr. Jürgen Herbers. Seine Versorgungsassistentin Jennifer Kö-

nig hat dabei eine zentrale Rolle: Sie übernimmt für ihn einen großen Teil des Case Managements. Mit den neu ins Programm aufgenommenen Patienten führt sie zu-



Kurze Wege: Zum Hausbesuch bei Helmut Kizler kommt Jennifer König zu Fuß. Der 75-Jährige freut sich, dass sich sein Hausarztteam so viel Zeit für ihn nimmt.



nächst ein ausführliches Anamnesegespräch. Dafür nutzt die 25-Jährige die von der Universität Heidelberg entwickelte PraCMan-Dokumentationssoftware, die sie mithilfe ausführlicher Fragenkataloge durch das Gespräch leitet. Auf dieser Grundlage kann Dr. Herbers später gemeinsam mit seinen Patienten eine individuelle gesundheitliche Zielvereinbarung treffen. In den von ihm definierten Zeitintervallen, durchschnittlich alle sechs Wochen, bespricht König dann entweder vor Ort oder auch telefonisch mit den Patienten, ob sich der Gesundheitszustand verändert hat, neue Therapiemaßnahmen Wirkung zeigen, ob es Probleme gibt oder sie Unterstützung benötigen, zum Beispiel durch den sozialen Dienst der AOK.

Weniger Klinikaufenthalte. Die Praxis von Dr. Herbers ist bei der PraCMan-Versorgung von Anfang an dabei – das Team hat bereits 2012 beim Start des Pilotprojekts teilgenommen. Zwei Jahre lang wurde das von der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung an der Universität Heidelberg entwickelte Versorgungskonzept für chronisch Kranke in 114 Baden-Württemberger Hausarztpraxen getestet und von den Universitäten Heidelberg, Frankfurt und Jena wissenschaftlich begleitet. Die Ergebnisse waren eindeutig: „Die Lebensqualität der teilnehmenden Patienten hat sich innerhalb von 24 Monaten signifikant verbessert und vermeidbare Klinikaufenthalte sind deutlich zurückgegangen“, sagt der Mediziner und wissenschaftliche Studienleiter Dr. Tobias Freund von der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung an der



Medikamente im Fokus:
Doris Zangl liest vor,
welche Medikamente
sie zurzeit nimmt,
Jennifer König trägt alles
sofort in den Laptop ein.

Heidelberger Universität. Aufgrund dieser positiven Ergebnisse hat sich die AOK Baden-Württemberg dazu entschlossen, das innovative Versorgungsangebot PraC-Man im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) flächendeckend anzubieten. Berücksichtigt werden dabei multimorbide Patienten mit einer oder mehreren der folgenden Diagnosen: COPD, Herzinsuffizienz oder Diabetes Typ II und weiteren Komorbiditäten. Quartalsweise berechnet eine vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) entwickelte

» Viele Patienten kommen erst, wenn sich die Krankheit plötzlich verschlechtert.«

Software das individuelle Risiko der infrequenteren Patienten für einen ungewollten Krankenhausaufenthalt in den nächsten zwölf Monaten. Alle infrage kommenden Patienten werden der jeweiligen Hausarztpraxis vorgeschlagen, der Arzt entscheidet dann aber selbst, welche Patienten er ins Programm aufnimmt. „Seit 1. Juli 2014 ist PraCMan in der Hausarztzentrierten Versorgung im Einsatz“, erklärt Carmen Gaa, Projektverantwortliche bei der AOK Baden-Württemberg, „rund 30.000 geeignete Versicherte wurden den teilnehmenden Praxen bereits übermittelt.“

Mehr Zeit für die Patienten. Jennifer König hat sich auf den Weg gemacht. Drei Straßen weiter öffnet ihr Helmut Kizler die

Tür. Der 75-Jährige hat Diabetes Typ II, doch das ist zurzeit gar nicht sein Hauptproblem. Er humpelt bis zur Couch und klagt über Schmerzen in seiner Hüfte. Vor gut einem Jahr erhielt er links eine Hüftprothese. Die Operation war zwar erfolgreich, doch seitdem macht sich die rechte Hüfte bemerkbar und wird von Monat zu Monat schlimmer. Ein Sturz kam hinzu und brachte weitere Probleme mit sich. „Wenn es irgendwie geht, möchte ich eine weitere Operation an der Hüfte vermeiden oder zumindest so lange wie möglich hinausschieben“, erklärt Kizler. Nach einem kurzen Gespräch über seine aktuellen Beschwerden startet die Versorgungsassistentin König auf ihrem Laptop den PraCMan-Fragenkatalog. Ein zentraler Punkt dabei: die Arzneimittelversorgung. Sie will beispielsweise wissen, ob Herr Kizler manchmal vergisst, seine Medikamente einzunehmen und ob er weiß, was zu tun ist, wenn ihm das später wieder einfällt. Weitere wichtige Themen des Gesprächs sind Ernährung, Bewegung und natürlich Schmerzen. König fragt dabei sehr einfühlsam nach und notiert die Antworten direkt in ihrem Laptop. Helmut Kizler sieht recht zufrieden aus, es kommt wohl nicht oft vor, dass sich jemand so viel Zeit für ihn und seine Krankengeschichte nimmt. Zum Abschluss ist für Jennifer König klar geworden, dass Herr Kizler sich aufgrund der Hüftbeschwerden nicht mehr in dem Maße bewegen kann, wie er das gerne würde. „Herr Kizler, ich werd’ das mal mit dem Doktor besprechen, da können wir bestimmt was machen“, erklärt sie ihm zum Ende des Gesprächs.

Sicher ist sicher. Keine 500 Meter weiter ist die Arzhelferin schon bei der nächsten Patientin angekommen. Doris Zangl wohnt allein in ihrer kleinen gemütlichen Wohnung, seit ihr Mann Josef vor vier Jahren gestorben ist. Sie hatte vor einigen Jahren Brustkrebs, kurz darauf kam dann auch noch ein Diabetes Typ II hinzu. Aber mittlerweile geht es ihr wieder gut, die Zuckerkrankheit ist gut eingestellt. „Im Grunde bin ich zufrieden. Meine Kinder und Enkel wohnen in der Nähe und jeden Nachmittag treffe ich mich mit ein paar Frauen aus dem Haus zum Rommé spielen“, erzählt die 81-Jährige. Sie kauft noch alleine ein, braucht keine Gehhilfe, hat selten Schmerzen und geht sogar regelmäßig zum Turnen. Und weil es ihr so gut geht, sieht man sie in der Praxis von Dr. Herbers eher selten. „Viele ältere Patienten, denen es gerade gut geht, kommen oft erst zu uns, wenn sich die Krankheit plötzlich dramatisch verschlechtert. Manchmal ist dann ein Krankenhausaufenthalt nötig, den man mit einer frühzeitigen Intervention hätte vermeiden können. Wir wollten deshalb sicherstellen, dass die Brustkrebs- und Diabetesversorgung bei Frau Zangl wirklich im grünen Bereich ist“, erklärt Dr. Herbers. Doris Zangl interessiert sich für solche Hintergründe des Projekts eher wenig. Was sie aber sehr wohl interessiert ist, dass sich ihr Hausarzt und sein Praxisteam ihrer chronischen Krankheit in besonderem Maße annehmen. Denn das ist es, was für die Patienten letztlich zählt – und das nicht nur in Pleidelsheim. ■

Lukas Albrechts ist freier Journalist in Köln.

Den Netzen zum Nutzen

Qualitätsindikatoren machen Versorgungsqualität transparent und bewertbar, stellen Arztnetze aber auch vor Herausforderungen. Praktische Lösungen sollen die Arbeit mit den hilfreichen Indikatoren erleichtern. Von **Johannes Stock** und **Julian Bleek**

Qualitätsindikatoren haben für Arztpraxen einen doppelten Nutzen: Sie geben intern Hinweise für die Arbeit an der Qualität und helfen dabei, die erreichte Qualität nach außen darzustellen. QiSA, das weithin anerkannte „Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung“, stellt solche Indikatoren zur Verfügung (www.qisa.de). In der Praxis zeigt sich aber, dass viele Netze bei der praktischen Umsetzung auf Hindernisse stoßen. Doch nur wenn Qualitätsinformationen tatsächlich bei den Ärzten ankommen und ihr Handeln beeinflussen, sind positive Effekte für die Behandlungsqualität zu erwarten. In zwei miteinander verzahnten Projekten entwickelt die AOK-Gemeinschaft darum zurzeit konkrete Hilfen zur Qualitätsarbeit für Netze, Zirkel und Praxen.

Passgenaue Lösungen. Um Arztnetze bei der Arbeit mit Qualitätsindikatoren zu unterstützen, erarbeitet der AOK-Bundesverband gemeinsam mit dem Nürnberger Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz (QuE), der AOK Bayern und dem AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im

Gesundheitswesen ein Musterkonzept für den Einsatz von Qualitätsindikatoren im Netz. Ziel ist es, Barrieren zu identifizieren und dafür passgenaue Lösungen zu entwickeln. Zu diesem Zweck werden exemplarisch die QiSA-Indikatoren zur Koronaren Herzkrankheit (KHK) im Praxisnetz QuE implementiert.

Im Mittelpunkt der ersten Projektphase stand die Messung der Indikatoren und die Entwicklung eines Feedback-Berichts. Inzwischen liegen Mess-Spezifikationen sowie ein Tool zur automatisierten Erstellung des Berichts vor. In der nun laufenden zweiten Phase arbeiten die Netzärzte in vier Qualitätszirkeln mit dem Feedback-Bericht, der jedem Arzt seine eigenen Indikatorwerte angibt und ihm zeigt, wo er im Vergleich zur Gruppe der Netzärzte steht. Aus den Ergebnissen des ersten Feedback-Berichts zum Status quo konnten die Ärzte bereits erste Verbesserungsmaßnahmen für die Versorgung bei KHK ableiten. Sind diese umgesetzt, wird erneut gemessen – in der Erwartung, dass diese Messung verbesserte Indikatorwerte und damit einen Beleg für eine verbesserte Versorgungsqualität erbringen wird. Studien haben bereits gezeigt, dass diese Form des kollegialen Austauschs Qualitätsprozesse wirksam unterstützt. Mit den Spezifikationen und dem Berichtstool für die QiSA-Indikatoren zu KHK liegen Prototypen von Arbeitshilfen für Netze bei der Arbeit mit Qualitätsindikatoren vor, die nach dem Abschluss des Projekts im Jahr 2016 für alle interessierten Praxisnetze und Ärzteguppen bereitgestellt werden sollen.

Indikatoren erfolgreich anwenden. Das zweite Projekt zur Unterstützung von Netzen bei der Qualitätsarbeit, das der AOK-Bundesverband initiiert hat, trägt den Namen QuATRO (Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten). Dort werden QiSA-Indikatoren, die auf Routinedaten basieren, von den AOKs Bayern, Nordost und Rheinland-Hamburg ausgewertet und an kooperierende Arztnetze berichtet. Das ermöglicht unter anderem einen Vergleich der Netze untereinander und gibt Hinweise auf Ansatzpunkte für die netzinterne Qualitätsarbeit. Hierfür kann dann ab 2016 auf das mit dem Arztnetz QuE erarbeitete Qualitätszirkelkonzept zurückgegriffen werden. ■

Johannes Stock ist einer der drei Herausgeber des QiSA-Indikatoren-systems, **Dr. Julian Bleek** ist beim AOK-Bundesverband für die Umsetzung und Weiterentwicklung von QiSA zuständig.

Arztnetze legen Wert auf Qualität



Die Netzpraxen haben sich gemeinsame Ziele gesetzt und stehen untereinander in einem permanenten Vergleich, wenn es um Diagnostik und Therapie geht. Die Grundlage für das Benchmark-Projekt QuATRO bildet eine leitlinienbezogene Auswertung von Qualitätsindikatoren auf Netzebene, die wir von der AOK zur Verfügung gestellt bekommen.

Wir im Arztnetz Patient-Partner können daraus unseren Handlungs- und Verbesserungsbedarf erkennen, werten die betreffenden Qualitätsindikatoren im eigenen aktuellen Datenbestand arztbezogen aus und zeigen jedem Arzt seine persönlichen Ergebnisse schon während der laufenden Behandlung. Das löst bei uns einen ständigen Verbesserungsprozess aus und bewirkt zum Wohle des Patienten bessere Ergebnisse. Dieses Verfahren bauen wir fortlaufend weiter aus und können uns so von anderen Versorgungsformen deutlich abheben. ■

Dr. Elmar Schmid ist Geschäftsführer der GMZ | Gesundheits Management Zentral GmbH.

Claudia Seidensticker steht als
Arztberaterin der AOK Hessen
Ärzten im Rhein-Main-Gebiet mit
Rat und Tat zur Seite und hat auf
die meisten Fragen eine Antwort.



»Ich bin keine Vertreterin«

Die Arztberater der AOK Hessen betreuen Ärzte und Praxispersonal, beispielsweise bei allen Fragen rund um die Disease-Management-Programme. **Claudia Seidensticker** wird darum in manchen Praxen schon sehnsüchtig erwartet.

Was können Sie Ärzten und ihren Praxisteams bieten, was diese nicht schon aus anderen Quellen erfahren?

Als ich vor fünf Jahren als Arztberaterin angefangen habe, wurde ich oft in die „Vertreterecke“ gestellt. Da habe ich dann vehement widersprochen: „Ich bin keine Vertreterin, ich komme von Ihrem Vertragspartner.“ Ich glaube, da hat sich die Wahrnehmung inzwischen gewandelt, weil die Ärzte uns als aktiven Partner erleben. Wir können ihnen ganz konkret sagen, wie viele Patienten in die Disease-Management-Programme eingeschrieben sind und wie sich diese auf deren Gesundheit auswirken. Und wir unterstützen die Praxen auch aktiv: Wenn ein Arzt einen DMP-Vertrag abschließt, dann schlage ich ihm Patienten vor, die dafür infrage kommen und biete ihm an, in seiner Praxis einen Einschreibenachmittag zu machen und die Patienten dazu einzuladen.

Bei welchen Fragen haben die Ärzte den größten Klärungsbedarf?

Ganz oft geht es um die Frage: Bleibt es bei den DMP? Ist das eine Sache mit Zukunft? Das wird immer wieder abgeklopft. Hier im Rhein-Main-Gebiet haben in den letzten Jahren einige Ärzte ihre Praxen aufgegeben, und ich habe dann mit den Nachfolgern die Verträge abgeschlossen. Wenn der Vorgänger nicht bei den DMP mitgemacht hat und der Nachfolger jetzt dabei ist, dann wirkt sich das positiv aus auf die Praxis. Von daher liegt es den Ärzten am Herzen, wie es mit den DMP weitergeht. Daneben gibt es natürlich auch ganz konkrete Fragen, etwa: Ich habe eine Erstdokumentation erstellt. Wie mache ich denn jetzt eine Folgedoku?

Wo drückt die Medizinischen Fachangestellten häufig der Schuh?

Das sind oft ganz konkrete Abrechnungsfragen. Es sind aber oft auch Ängste. Es werden ja immer mehr Programme in den Praxen etabliert, und darum müssen die MFAs immer mehr leisten, zusätzlich zum Praxisalltag. Ich erlebe da oft die Verunsicherung, ob das alles zu schaffen ist. Insofern legen die Praxismitarbeiterinnen Wert auf unsere Besuche, weil sie uns so ziemlich alles fragen können. In großen Schwerpunktpraxen tauche ich etwa alle zwei Wochen auf. Dann haben die MFAs oft schon einen Zettel mit Fragen parat.

» Wenn ich in die Praxis komme, liegt da oft schon ein Zettel mit Fragen parat. «

Welche Rolle spielt das Thema Qualität im Praxisalltag?

Die Patienten im DMP merken, dass ihr Arzt und ihre Krankenkasse ein großes Interesse daran haben, sie in ihrer Krankheit zu begleiten. Wenn durch den Hausarzt und das DMP eine engmaschige Betreuung sichergestellt ist, dann können wir eine Menge Folgeerkrankungen verhindern oder sie zumindest frühzeitig erkennen und behandeln. Das nützt den Patienten und spart natürlich unterm Strich auch Behandlungskosten. Wir haben also alle ein großes Interesse daran, hier gute Qualität sicherzustellen. Von den Praxen wird es sehr positiv wahrgenommen, dass wir uns aktiv darum kümmern und zum Beispiel

Patienten an Termine erinnern. Ein Dreh- und Angelpunkt für die Qualität in der Praxis ist, dass die Diagnosen auch entsprechend dokumentiert werden. Wenn ich zum Beispiel sehe, dass ein Patient ein Medikament für Diabetiker verschrieben bekommt, aber Diabetes nicht kodiert ist, dann spreche ich den Arzt darauf an, dass die Diagnose fehlt.

Die AOK informiert die Ärzte ja auch über die Behandlungsqualität von Kliniken bei bestimmten Eingriffen. Wie kommen diese Infos bei den Ärzten an?

Wenn ich das Thema Qualitätssicherung mit Routinedaten anschneide und auf unsere Einweiserinformationen für Ärzte hinweise, kommt manchmal der Einwand: „Ich entscheide selbst, in welche Klinik ich meine Patienten einweise.“ Dann sage ich: „Da wollen wir uns ja auch gar nicht einmischen. Aber wir als AOK müssen doch wirtschaftlich mit unseren Beitragsgeldern umgehen. Also schauen wir: Wo wird der Patient denn am besten versorgt? Wir stellen beispielsweise Infomappen zusammen, damit Sie bei bestimmten Operationen sehen können, wie der Behandlungserfolg in den unterschiedlichen Kliniken ist.“ Dieses Argument wird in der Regel als positiv empfunden, und dann legt der Arzt sich unsere Mappe meistens auch griffbereit zur Seite.

Wann sagen Sie sich: Dieser Praxisbesuch war erfolgreich?

Wenn mir widergespiegelt wird, dass ich als Partner wahrgenommen werde, den man alles fragen kann – ob es nun um die Heilmittelverordnung oder Vertragsfragen geht. ■

Sicherheitsnetz für Diabetiker

Seit fast fünf Jahren setzt die AOK Nordost gemeinsam mit Berliner Diabetologen alles daran, ihren an einem Diabetischen Fußsyndrom erkrankten Versicherten Amputationen zu ersparen. Was die Vertragspartner dafür tun, weiß [Petra Riesner](#).

Deutschland nimmt im europäischen Vergleich eine traurige Spitzenreiterstellung ein: Bundesweit sind rund 7,5 Millionen Menschen an Diabetes erkrankt. Eine der häufigsten Begleiterscheinungen ist das Diabetische Fußsyndrom (DFS), das pro Jahr bei etwa 40.000 Diabetikern zu Amputationen an Füßen oder Beinen führt. Viele davon wären vermeidbar. Doch häufig bemerken Patienten Fußverletzungen aufgrund von diabetesbedingten Nervenschädigungen (sogenannten Polyneuropathien) zu spät oder nehmen sie nicht ernst. Die gesundheitlichen Folgen können gravierend sein: Derzeit kommt es bei fast jedem fünften von DFS Betroffenen innerhalb von fünf Jahren zu einer Amputation.

Lebensqualität erhalten. Die ambulante Versorgungssituation bei DFS hat sich durch die Disease-Management-Programme (DMP) verbessert, ist aber noch nicht optimal. So werden Patienten mit auffälligen Füßen nicht oder nicht rechtzeitig zum entsprechenden Facharzt, einem Diabetologen mit Fußeinrichtung,

weitergeleitet. Wird das DFS frühzeitig erkannt und behandelt, können schwere Wundstadien, Amputationen und Krankenhausaufenthalte vermieden sowie die Wundheilungszeit und Behandlungsdauer verkürzt werden. All das trägt dazu bei, dass die Lebensqualität der Betroffenen erhalten bleibt. Versicherte der AOK Nordost, die von einem Diabetischen Fußsyndrom betroffen oder bedroht sind, können in Berlin seit 2011 an einem Versorgungsvertrag Diabetischer Fuß teilnehmen. Voraussetzung ist die Einschreibung in das DMP Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2. Die AOK weist geeignete Teilnehmer gezielt auf dieses Angebot hin und nennt ihnen teilnehmende Ärzte.

Ausgewiesene Fußexperten. Alle 16 teilnehmenden Praxen mit insgesamt 21 Diabetologen sind durch die Deutsche Diabetes Gesellschaft als ambulante Fußbehandlungseinrichtung zertifiziert. Sie sind miteinander vernetzt, nehmen an regelmäßigen Qualitätszirkeln teil und unterliegen einem jährlichen Benchmarking zur Selbstkontrolle. Gegenstand des Vertrags ist neben der engmaschigen, regelmäßigen Fußkontrolle und der Versorgung eventueller Wunden durch eine qualifizierte Wundschwester auch die Koordination der gesamten interdisziplinären Behandlung, etwa durch Hausärzte, Gefäßchirurgen, Podologen, Orthopädieschuhmacher und Pflegedienste. Inzwischen haben über 1.300 Versicherte ihre Teilnahme an diesem besonderen Versorgungsangebot erklärt. Die Ergebnisse der begleitenden Evaluation belegen, dass sich die Amputationsrate bei den im Netzwerk behandelten Patienten gegenüber den Vergleichsgruppen verringert hat und seltener erneut Geschwüre auftreten.

Seit dem Sommer 2014 ergänzt ein weiterer Baustein die intensive Versorgung diabetischer Fußpatienten: In ihren Berliner Service-Centern bietet die AOK Nordost betroffenen Patienten Informationsveranstaltungen zum Umgang mit ihrer Erkrankung an, bei denen die Vertragsärzte und ihr Praxispersonal die Teilnehmer beraten und auf Wunsch vor Ort die Füße untersuchen. Neben der AOK Nordost haben auch weitere AOKs besondere Versorgungsangebote zur Vorbeugung des Diabetischen Fußsyndroms entwickelt (*weitere Beispiele auf den Seiten 18/19*). ■

Petra Riesner ist bei der AOK Nordost Teamleiterin im Bereich Versorgung – Strategie und Programme.

Wir bieten hochspezialisierte Leistungen



Damit ein diabetisches Fußgeschwür gut abheilt, benötigen Diabetiker eine spezialisierte Wundversorgung mit wundstadiengerechten Verbänden und einer suffizienten Fußentlastung. Ganz wichtig ist eine vernünftige Prophylaxe nach dem Abheilen, etwa durch medizinische Fußpflege, Einlagen oder entsprechende Schuhe. Dies ist durch unsere enge

Zusammenarbeit mit nichtärztlichen Partnern wie Podologen und orthopädischen Schuhmachern sichergestellt. Bestimmte hochspezialisierte Leistungen, die seltener anfallen, werden bei uns nur von einigen, noch einmal extra qualifizierten Kolleginnen und Kollegen angeboten. Ein Beispiel dafür ist der Total Contact Cast, ein individuell angepasster Gips zur Druckentlastung bei Fußgeschwüren. Obwohl das eigentlich keine Kassenleistung ist, übernimmt die AOK bei Patienten, die wir im Rahmen unseres Vertrags behandeln, die Kosten hierfür. ■

Dr. Ralf-Uwe Häußler ist Facharzt für Innere Medizin/Diabetologe DDG und ärztlicher Vertreter im Lenkungsgremium des Vertrags.

Viele Pfeile im Köcher

In Deutschland werden rund vier Millionen Menschen wegen einer Depression behandelt. Oft wird die Krankheit aber gar nicht oder erst spät erkannt. Die AOK will Betroffenen früher und besser helfen und beschreitet darum neue Wege. Von **Sonja Milde** und **Katrin Krämer**

Einer Studie der Weltgesundheitsorganisation zufolge wird etwa die Hälfte der Fälle von Depressionen gar nicht festgestellt. „Nach wie vor wird nur ein Bruchteil der Betroffenen rechtzeitig erkannt“, bestätigt Professor Jochen Gensichen, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Jena. „Ein wichtiger Punkt ist, die Ärzte darin zu schulen, eine Depression klar als solche zu erkennen und anzusprechen“, sagt Gensichen. „Die Anzeichen sind oft sehr unterschiedlich. Unklare Schmerzen ohne körperliche Ursache, aber auch ständige Wechsel von Arzt zu Arzt sollten einen hellhörig machen. Und die Hausärzte müssen Behandlungsmöglichkeiten an die Hand bekommen, die für sie gut machbar sind und mit denen sie schnell beginnen können, damit die Krankheit nicht chronisch wird. Ein einfaches Case Management kann hier unterstützen.“

Werkzeugkoffer für Ärzte. Für die meisten Patienten mit Depressionen ist die Hausarztpraxis die erste Anlaufstelle. Auch nach der Diagnose wird ein großer Anteil der Betroffenen ausschließlich ambulant behandelt und dabei oft langfristig durch den Hausarzt betreut. Er ist oft der wichtigste Berater des Patienten und entscheidet beispielsweise mit ihm gemeinsam, inwieweit Fachärzte oder Psychotherapeuten in die Behandlung eingebunden werden sollen.

Um den Hausärzten für die Diagnostik und Therapie geeignete Handlungsoptionen an die Hand zu geben, hat ein Projektteam aus mehreren AOKs und dem AOK-Bundesverband unter anderem in Zusammenarbeit mit Jochen Gensichen

ein modulares Konzept für die ambulante Versorgung leichter oder mittelgradiger Depressionen entwickelt. Als „Werkzeugkoffer“ für den Hausarzt konzipiert, umfasst es zum Beispiel Leitfäden, die die wichtigsten Symptome und geeignete Tests beschreiben und so die Diagnostik erleichtern. Schulungen und Manuale machen Hausärzte und Praxispersonal fit für ein hausarztpraxisbasiertes Telefonmonitoring. Es gibt Empfehlungen, wann ein Facharzt hinzugezogen werden sollte, und ein Konzept zur fachärztlichen Kurzzeit- und Krisenintervention. Die Patienten erhalten Informationen zum Krankheitsbild und zu Hilfsangeboten in der Region und im Internet (siehe Kasten).

Auf dem Prüfstand. Verschiedene Module und Angebote werden derzeit in ausgewählten Regionen erprobt. Seit April testen drei bayerische Arztnetze und die AOK Bayern in einem Pilotprojekt mit dem Titel „Depressionen managen“ Strategien, wie Hausärzte bei einer beginnenden Depression frühzeitig helfen können. Dabei ergänzt ein regelmäßiges telefonisches Monitoring durch Medizinische Fachangestellte die ärztliche Beratung. Der behandelnde Arzt kann anhand dieses Monitorings auf Veränderungen im Verlauf der Erkrankung schnell reagieren und die Behandlung anpassen. Hoch im Norden erproben seit August die AOK Nordwest, die Ärztegenossenschaft Nord e. G. und die Gesundheitsnetz östliches Holstein Management GmbH in einem gemeinsamen Pilotprojekt namens PIANO (Psychosoziale Interventionen durch ambulante Netzwerke vor Ort), betroffenen Patienten kurzfristig bedarfsgerechte Hilfe anzubieten.

Nach einer strukturierten Eingangs- und Verlaufsdagnostik erhalten Patienten mit einer leichten Depression Hinweise auf Selbsthilfegruppen oder Patientenschulungen in ihrer Region, Patienten mit mittelgradiger Depression vermittelt der Hausarzt binnen zwei Wochen einen Termin bei einem Psychotherapeuten.

Wissenschaftler Gensichen sieht die vielfältigen Angebote sehr positiv: „Je mehr mögliche Pfeile der behandelnde Hausarzt im Köcher hat, desto eher hat er auch genau die richtige Hilfe für jeden einzelnen Patienten zur Verfügung.“ ■

Dr. Sonja Milde ist Referentin in der Geschäftsführungseinheit Versorgung des AOK-Bundesverbandes, **Dr. Katrin Krämer** leitet dort die Abteilung Versorgungsmanagement.

Hilfe im Netz

Auch online sollen Patienten mit Depressionen bald Hilfe bekommen: Das in Australien entwickelte Programm MoodGYM wird derzeit in Deutschland in Pilotprojekten erprobt. Ab 2016 soll die deutsche Version Betroffenen bundesweit kostenfrei im Internet zur Verfügung stehen und die ärztliche Behandlung ergänzen. MoodGYM besteht aus fünf Modulen, die die Patienten in ihrem eigenen Tempo bearbeiten können. Mithilfe integrierter Tests gibt das Programm den Nutzern Rückmeldung zu deren Zustand und weist bei einer akuten Verschlechterung auf konkrete Hilfsangebote hin. In Australien, wo MoodGYM seit 2001 angeboten wird, belegen zahlreiche Studien die Wirksamkeit (mehr dazu in der aktuellen Ausgabe der G+G ab Seite 36). ■



Mehr Wissen per Mausklick

Wer kann in Sachsen Auskunft zur Abrechnung von Krankenfahrten geben? Welche Preise gelten für ergotherapeutische Leistungen in Hamburg? Diese und weitere Fragen zum Versorgungsgeschehen beantwortet das Gesundheitspartner-Portal der AOK. Von **Catrin Schmidt-Sanchez**

Auf mehr als 32.000 Seiten stellt die AOK in ihrem Gesundheitspartner-Portal Informationen und Service für Vertragspartner und Beschäftigte in Gesundheitsberufen bereit. Der Begriff Portal ist dabei wörtlich zu nehmen: Das Online-Angebot auf www.aok-gesundheitspartner.de bietet Zugang zu bundesweit relevanten Fakten für Ärzte, Therapeuten, Pflegeeinrichtungen, Hilfsmittelanbieter oder Pharmazeuten. Themen wie Disease-Management-Programme, Hausarztverträge oder neue Versorgungsformen wie die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung haben dort ihren Platz.

Gleichzeitig gelangen die User von hier über die Länderauswahl auf die Seiten der einzelnen AOKs, in denen das regionale Versorgungs- und Vertragsgeschehen im Mittelpunkt steht. Dort finden sie zahlreiche Serviceangebote, die die Kommunikation mit der AOK zu Vertrags- und Abrechnungsfragen erleichtern. Dazu gehören Kontaktdaten, Leistungserbringerverzeichnisse, online zu bearbeitende Antragsformulare, Ausfüllhilfen und Checklisten. Geordnet sind die Informationen nach Berufsgruppen. Die Pflegedienstleiterin findet die Teilnahmeerklärung für das niedersächsische Sturzpräventionsprojekt in der Rubrik Pflege. Der bayerische Fuhrunternehmer meldet seine Angebote für Krankenfahrten im Bereich Krankentransport.

Online lernen. Ein exklusives Angebot im Gesundheitspartner-Portal sind vier Online-Lernprogramme, die die AOK seit 2011 auflegt. Unter dem Titel „Praxiswissen Quickcheck“ finden Ärzte und ihre Teams Fallbeispiele und einen umfangreichen Wissensteil zur Verordnung von Häuslicher Krankenpflege, Krankenfahrten, Physikalischer Therapie sowie von Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. Die Programme eignen sich als Selbsttest, können aber auch im Rahmen einer praxisinternen Schulung eingesetzt werden. Für den erfolgreich absolvierten Test kann sich der Teilnehmer ein Zertifikat ausdrucken. Mehr als 6.000 Nutzer der Lernprogramme haben schon von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Der Ausbau des Angebotes ist geplant.

Jede Menge Wissenwertes. Auch diejenigen, die nach Informationen oder aktuellen Veröffentlichungen zu Versorgungsthemen suchen, werden im Gesundheitspartner-Portal fündig. Das DMP-Portal enthält neben Programmbeschreibungen den Verlauf der Gesetzgebung zu DMP, eine Zeittafel, Evaluations-

berichte und Veröffentlichungen zu den Chronikerprogrammen der AOK. Zum Stichwort Transplantation gibt es im Bereich Krankenhaus eine eigene Rubrik, in der sich Fachleute und Einsteiger umfassend informieren können. Grafiken veranschaulichen die Abläufe und Akteure von der Organspende bis zur Transplantation. Rechtliche und vertragliche Grundlagen, Finanzierung und Qualitätssicherung in der Transplantationsmedizin werden detailliert beschrieben.

Im Bereich Arzneimittel bietet die AOK neben einer Suchfunktion für Rabattarzneimittel umfangreiche Informationen zu den Rabattverträgen und fremdsprachige Flyer mit Patientinformationen. Die Verordnung von Arzneimitteln ist ebenso ein Thema wie die Arzneimittelsicherheit und die Nutzenbewertung. Zahlreiche Meldungen zu gesundheits- und versorgungspolitischen Entwicklungen ergänzen die Fachinformationen auf Bundes- und Landesebene. Die Mischung kommt an, das Portal verzeichnet rund 100.000 Besucher pro Monat, Tendenz steigend. ■

Catrin Schmidt-Sanchez ist Redakteurin beim KomPart-Verlag.

Fair und informativ: Der AOK-Arztnavigator

Dass Ärzte online bewertet werden, wird immer selbstverständlicher. Unter www.aok.de/arztnavi bietet die AOK zusammen mit ihrem Kooperationspartner Weisse Liste ein Bewertungsportal ganz neuer Qualität an. Die dort veröffentlichten Ergebnisse basieren auf einer wissenschaftlich entwickelten Befragung. Die Patienten geben per Fragebogen Auskunft zu ihren Erfahrungen mit „Praxis und Personal“, „Arztkommunikation“, „Behandlung“ und zum „Gesamteindruck“. Ein spezielles Registrierungsverfahren sorgt dafür, dass ein Nutzer nicht mehrere Bewertungen zu einer Praxis abgeben kann. Zudem werden die Ergebnisse erst veröffentlicht, wenn mindestens fünf Beurteilungen für einen Arzt vorliegen. Aktuell enthält das Portal knapp 290.000 Bewertungen für mehr als 75.000 Haus- und Fachärzte. Auch Mediziner können das Portal nutzen: Sie haben die Möglichkeit, ihre Praxisdaten zu aktualisieren, Fotos hochzuladen oder sich per E-Mail über neue Bewertungen informieren zu lassen. ■

Peter Willenborg



»Die Patienten profitieren weiterhin«

Als erste Krankenkasse bundesweit nahm die AOK Niedersachsen 2010 ein Pharmaunternehmen beim IV-Vertrag Schizophrenie mit ins Boot. Nun endet die Zusammenarbeit früher als geplant. **Frank Preugschat** erklärt, wieso – und warum das Experiment ein Erfolg war.

Erfolgreichen Fußballtrainern verlängert man den Vertrag. Bei IV-Verträgen ist das offenbar anders. Woran lag das?

Der Vertrag mit der Managementgesellschaft I3G, einem Tochterunternehmen von Janssen-Cilag, war von vornherein auf eine Laufzeit von sieben Jahren begrenzt, um die Strukturen für den Versorgungsvertrag über ganz Niedersachsen aufzubauen. Ausgegangen ist das ja von einigen Pilotprojekten, die wir durchgeführt hatten. Um dieses Versorgungskonzept auf ganz Niedersachsen auszubringen, brauchten wir einen starken Partner. Jetzt stehen die nötigen Strukturen früher als erwartet. Der Erfolg spiegelt sich darin wider, dass die „Spielzeit“ verkürzt werden konnte und die AOK das Projekt nun in Eigenregie weiterführen kann.

Entsprechen die Ergebnisse den anfänglichen Erwartungen und Zielen?

Wir wollten ja über die Schaffung zusätzlicher Strukturen die Rahmenbedingungen dafür schaffen, dass eine ambulante Behandlung von Patienten mit Schizophrenie möglich wird – mit dem Ziel, dass sie nicht laufend immer wieder stationäre Aufenthalte in kritischen Phasen haben müssen, sondern in ihrem gewohnten Umfeld zu Hause bleiben können und dort behandelt werden, wo sie auch sozial eingebunden sind. Das folgt der sozialpsychiatrischen Idee, die Patienten in ihrem häuslichen Umfeld aufzusuchen und zu behandeln. Der Kern des Vertrages besteht im Grunde darin, dieses Prinzip nicht nur punktuell oder regional auszuprobieren, sondern es in einem größeren Flächenland umzusetzen.

Was die verbesserte Behandlung der Patienten betrifft, sind unsere Erwartungen absolut erfüllt worden. Im Hinblick auf die Patientenzahlen sind wir allerdings anfangs von mehr als den 1.600 Teilnehmern ausgegangen, die sich im Laufe der Zeit eingeschrieben haben. Wir mussten feststellen, dass die Zahl der Patienten, die für diese Behandlung infrage kommen, kleiner ist als es die reine Dokumen-

» Man braucht jemanden, der alle Beteiligten zusammenführt. «

tation in den Krankenkassendaten erwarten ließ. Es sind nämlich nur etwa 6.800 von den insgesamt rund 14.000 Patienten mit Schizophrenie, die in Niedersachsen bei uns versichert sind. Die anderen werden in Heimen oder in psychiatrischen Institutsambulanzen behandelt und nicht bei niedergelassenen Fachärzten.

An welchen Punkten hat es gehakt? Was würden Sie beim nächsten Mal anders machen?

Es wäre besser gewesen, gleich von Anfang an die Kliniken stärker mit in den Vertrag einzubeziehen. So hätten wir auch die Patienten erreichen können, die überwiegend in psychiatrischen Institutsambulanzen behandelt werden. Diese Einbindung werden wir nun nach und nach ausbauen und damit den Kreis der Patienten, die von der integrierten Versorgung profitieren können, vergrößern.

Hat sich durch den Vertrag die Versorgungssituation in Niedersachsen verändert?

Der Vertrag hat einen ganz entscheidenden Anstoß für die Entstehung neuer ambulanter psychiatrischer Pflegedienste gegeben. Deren Zahl hat sich verdoppelt. Dadurch sind wir nun in Niedersachsen in der guten Lage, dass wir flächendeckend Pflegedienste im Einsatz haben, die die Grundlage für eine ambulante Behandlung darstellen. Davon profitieren nicht nur die eingeschriebenen Patienten, sondern alle psychiatrisch erkrankten Menschen in Niedersachsen.

Wie geht es jetzt für die Patienten weiter?

Wir werden den Vertrag so weiterführen, dass sich für die Patienten möglichst nichts ändert, sie weiterhin profitieren. Aus formalen Gründen müssen sie sich zwar leider neu einschreiben. Aber die Behandlungsabläufe der Integrierten Versorgung bleiben unverändert bestehen.

Erwägt die AOK Niedersachsen weitere Kooperationen dieser Art für andere Krankheitsbilder?

Wir sind bereits bei vielen anderen Krankheitsbildern dabei, die Versorgung zu verbessern. Weil es aber bei jedem Krankheitsbild etwas anderes zu optimieren gibt, muss natürlich auch die Herangehensweise entsprechend unterschiedlich sein. Immer wenn es um den Aufbau neuer Strukturen geht, braucht man jemanden, der die Koordination in die Hand nimmt und alle Beteiligten zusammenführt. Da können Managementgesellschaften gute Dienste leisten. ■



AOK Bremen/Bremerhaven

Viel Zeit für junge Patienten und ihre Eltern

Im Kinder-Facharztzentrum (Medicum) Bremen arbeiten spezialisierte Kinder- und Jugendärzte unterschiedlicher Fachrichtungen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen oder komplexen Erkrankungen zusammen. Die AOK Bremen/Bremerhaven fördert dieses integrative Modell, das Krankenhausaufenthalte vermeiden hilft und einen entspannten Rahmen für eine ambulante Versorgung bietet.



AOK Niedersachsen

Kurze Wartezeiten garantiert

Im „AOK-Behandlungsprogramm Depression und Burn-out“, das die AOK Niedersachsen gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den beteiligten Berufsverbänden entwickelt hat, wird der Beginn einer strukturierten Therapie innerhalb von 14 Tagen garantiert. Berufstätige Versicherte, die wegen einer Depression oder eines Burn-out-Syndroms arbeitsunfähig sind, können sich bei ihrem Hausarzt in das Programm einschreiben.



AOK NordWest

Gefahr erkannt, Gefahr gebannt

Eine frühzeitige Behandlung ist für Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom (DFS) sehr wichtig. Versicherte der AOK NordWest profitieren dabei von Selektivverträgen mit qualifizierten Fußambulanz. In Schleswig-Holstein arbeiten Fach- und Hausärzte in fünf Fußnetzen mit Orthopädienschuhmachern und Pflegediensten zusammen. In Westfalen-Lippe haben sich 40 diabetologische Schwerpunktpraxen auf die Behandlung des DFS spezialisiert.



AOK Rheinland/Hamburg

Weniger Amputationen dank guter Betreuung

Für ihre Versicherten mit Diabetischem Fußsyndrom (DFS) hat die AOK Rheinland/Hamburg einen Strukturvertrag abgeschlossen. Dank der engmaschigen Betreuung in speziellen Fußnetzwerken ist die Zahl der Majoramputationen um 30 Prozent zurückgegangen. Rund 8.000 Patienten haben bisher von der koordinierten Versorgung profitiert. Zusätzlich beteiligt sich die Kasse am Aufbau eines DFS-Registers, das seit April 2014 eingesetzt wird.



AOK Rheinland-Pfalz/Saarland

Auch nach der Klinik gut versorgt

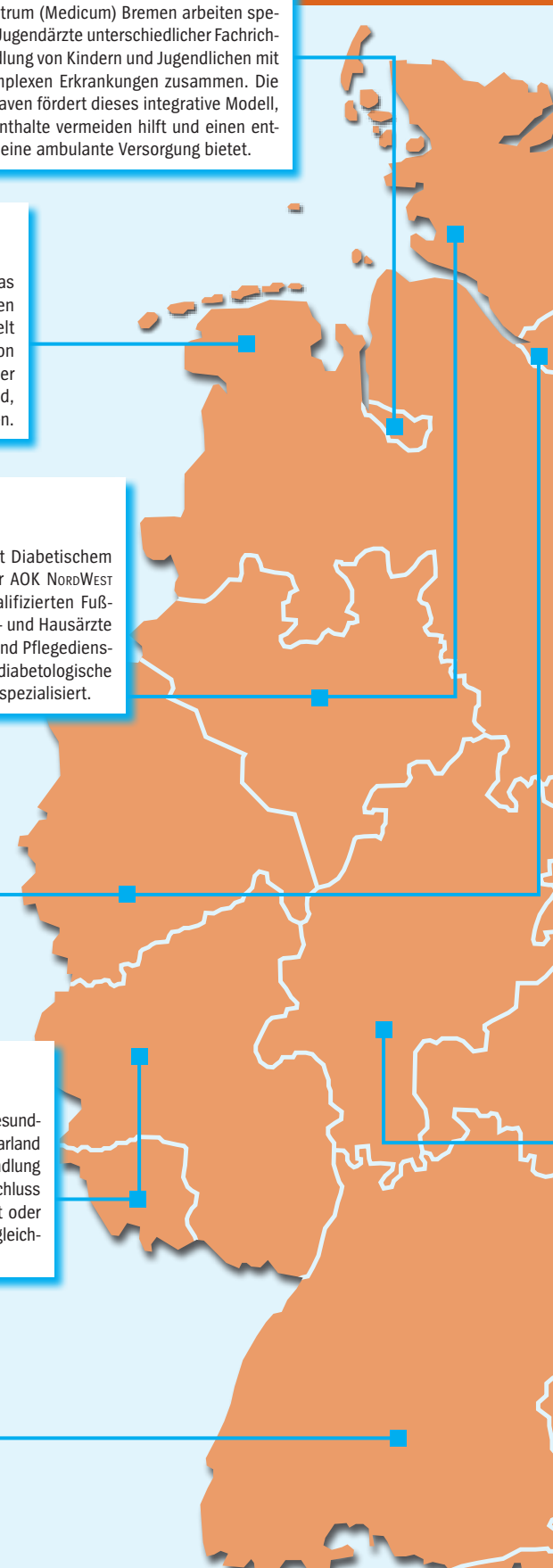
Vor allem in ländlichen Regionen achtet eine „Integrierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft“ der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland während und nach einer stationären Krankenhausbehandlung darauf, dass ältere und multimorbide Patienten im Anschluss umfassend medizinisch versorgt werden – ob ambulant oder stationär. So ist für die Versicherten eine optimierte und gleichzeitig heimatnahe Versorgung gewährleistet.



AOK Baden-Württemberg

Neue Ansätze in der Orthopädie-Versorgung

In ihrem Orthopädievertrag setzt die AOK Baden-Württemberg auf eine hohe Behandlungsqualität, die insbesondere eine evidenzbasierte Versorgung und eine partizipative Entscheidungsfindung beinhaltet. Die Patienten werden motivierend zu gesundheitsfördernden Maßnahmen beraten, erhalten bei Bedarf psychosoziale Unterstützung und profitieren schnell und kostenlos von wirksamen Gesundheitsangeboten, die der Orthopäde per grünem Rezept verordnet.



NEUE WEGE FÜR DIE GESUNDHEIT

Beispiele für das Engagement der AOKs in innovativen Projekten zur Versorgung



AOK Nordost

Telemedizin mit Herz fürs Herz

Im telemedizinischen Versorgungsprogramm AOK-Curaplan Herz Plus der AOK Nordost werden von Herzinsuffizienz betroffene Versicherte individuell betreut und wichtige Messwerte wie das Körpergewicht telemedizinisch überwacht, um auf Verschlechterungen rasch reagieren zu können. Im September belegte das erfolgreiche Programm den ersten Platz beim bundesweiten MSD-Gesundheitspreis 2014.



AOK Sachsen-Anhalt

Niereninsuffizienz rechtzeitig verhindern

Seit 2009 bietet die AOK Sachsen-Anhalt gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Verein der niedergelassenen Nephrologen e.V. ein Programm zur Früherkennung von Nierenerkrankungen an. Mit Erfolg: Die Dialysezahlen in Sachsen-Anhalt sind rückläufig. Von dem Programm, in das alle nephrologischen Praxen des Landes eingebunden sind, profitieren über 15.000 AOK-Versicherte in Sachsen-Anhalt.



AOK PLUS

ARMIN sorgt für sichere Arzneimittelversorgung

In Sachsen und Thüringen haben die Apothekerverbände, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die AOK PLUS am 1. April 2014 die Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen „ARMIN“ gestartet. Das Modellvorhaben soll die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung erhöhen, indem es eine sichere und korrekte Einnahme der Medikamente fördert und die Therapietreue von chronisch kranken Patienten verbessert.



AOK Hessen

Kleinwüchsige: Hormonbehandlung nach Maß

Mit dem Vertrag zur Therapie von Kleinwüchsigkeit unterstützt die AOK Hessen Ärzte bei der leitliniengestützten Therapieentscheidung zur Gabe von Wachstumshormonen bei Kindern und Jugendlichen. Eine speziell entwickelte Software erfasst Verlaufs- und Therapiedaten. Anhand patientenindividueller Analysen kann der Arzt den Therapieerfolg überprüfen, frühzeitig mögliche Risiken erkennen und die Hormongabe optimieren.



AOK Bayern

Persönliche Begleitung hilft Herzkranken

Für Patienten mit Herzinsuffizienz hat die AOK Bayern das Programm Herz Plus entwickelt. Besonders qualifizierte AOK-Berater fragen regelmäßig telefonisch den Gesundheitszustand der Teilnehmer ab, erinnern an Medikamenteneinnahme, Arzt- oder Schulungstermine und geben Tipps für eine gesunde Lebensweise. Das individuelle Patienten-Coaching vermeidet Krankenhausaufenthalte und erhöht die Lebensqualität.

Brauchen die Kassen mehr Spielraum bei Verträgen mit Kliniken und Ärzten?



Ja und Nein. Auf der einen Seite gibt es bereits heute schon vielfältige Möglichkeiten, dass Krankenkassen mit einzelnen Leistungserbringern Verträge abschließen. Die werden jedoch bisher nur sehr zögerlich bis gar nicht genutzt. Deshalb brauchen wir nicht unbedingt mehr gesetzlichen Spielraum, sondern müssen genau da nachhelfen, wo es hakt. Wir haben im

Koalitionsvertrag vereinbart, bestehende Möglichkeiten zu bündeln und bestehende Hemmnisse bei der Umsetzung zu beseitigen. Die Regelungen zur Mindestlaufzeit der Verträge und zur Substitution der Regelversorgung sollen aufgehoben und die Bereinigungsverfahren vereinfacht werden. Damit muss auch die restriktive Genehmigungspraxis des Bundesversicherungsamtes endlich ein Ende haben. Im Krankenhausbereich werden wir durch Selektivverträge bei vier ausgewählten Indikationen allerdings den Spielraum in der Tat noch erweitern. ■

Jens Spahn ist der gesundheitspolitische Sprecher der CDU-/CSU-Bundestagsfraktion.



Bei den Koalitionsverhandlungen waren wir uns mit der Union schnell einig, dass wir dringend die Möglichkeiten für die Kassen, im Wettbewerb gute Verträge zu schließen, neu gestalten müssen. Das betrifft vor allem den ambulanten Bereich, wo derzeit ein schwer zu durchschauendes Nebeneinander von selektiven Vertragsformen besteht. Da stehen Modellvorhaben neben Struktur-

verträgen, hausarztzentrierter, besonderer ambulanter und integrierter Versorgung. Die Ausgestaltung dieser gesetzlichen Regelungen etwa in Bezug auf Laufzeit, Honorarvereinbarung, Evaluation oder Nachweis der Wirtschaftlichkeit ist zum Teil sehr unterschiedlich. Damit die Kassen mehr Spielraum bei innovativen Verträgen haben, werden wir die rechtlichen Rahmenbedingungen angleichen und bestehende Hemmnisse beseitigen. Auch bei den Krankenhäusern wollen wir ihnen mit den Qualitätsverträgen neue Vertragsmöglichkeiten einräumen. ■

Hilde Mattheis ist die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion.



Die Große Koalition setzt bislang einseitig auf den Beitragssatzwettbewerb. Dies wird die Innovationsfreude erfahrungsgemäß eher ersticken und unser Gesundheitswesen insgesamt nicht weiterbringen. Wer will, dass sich gute Qualität durchsetzt und Patienten mehr Souveränität bei der Gestaltung ihrer Versorgung bekommen, der muss auch Wett-

bewerb um Qualität zulassen. Selektivverträge sind hier sicher kein Allheilmittel. Sie können aber die Suche nach patientenorientierten Lösungen unterstützen. Ich bin überdies gespannt, welche Wirkungen die geplanten Modellprojekte zu Qualitätsverträgen im stationären Sektor haben werden. Ohne Zweifel gibt es auch kritische Aspekte. Wir sollten aber insgesamt mehr Mut zum Ausprobieren haben und hierfür Spielräume ermöglichen. ■

Dr. Harald Terpe ist Obmann der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen im Gesundheitsausschuss.



Wir wollen ein Gesundheitssystem, das alle Menschen nach dem Stand der Wissenschaft versorgt. Wenn es eine erwiesenermaßen bessere Versorgung gibt, dann soll sie allen Versicherten zur Verfügung stehen, nicht nur denen einer bestimmten Kasse. Wir wollen weniger Markt und mehr Solidarität im Gesundheitssystem. Selektivverträge in der Versorgung lehnen wir daher

ab. Sie können allerdings Sinn ergeben, wenn Kassen neue Versorgungsformen ausprobieren wollen. Hier kann ich mir auch größere Freiheiten vorstellen. Solche Versuche müssen aber ordentlich evaluiert werden. Stellt sich eine neue Versorgungsform der bisherigen Regelversorgung gegenüber als überlegen heraus, muss sie in die Regelversorgung übergehen. Die Finanzierung solcher Modellprojekte sollte öffentlich erfolgen und nicht an einzelnen innovativen Krankenkassen hängenbleiben. ■

Harald Weinberg ist gesundheitspolitischer Sprecher der Bundestagsfraktion der LINKEN.

Fotos: Stephan Baumann, Tobias Pleisch, Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, DIE LINKE im Bundestag