

Prof. Dr. Volker Amelung
ist Vorstandsvorsitzender des Bundesverbands Managed Care e.V. und Professor für Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover.

Dr. Susanne Ozegowski
ist Geschäftsführerin des Bundesverbands Managed Care e.V.



Bejubelt, belächelt, begraben, am Auferstehen?

>> Gibt man das Stichwort „Integrierte Versorgung“ bei Google ein, erhält man 470 000 Treffer – der Begriff „Regelversorgung“ führt zu 443 000 Ergebnissen. Diese Zahlenrelation spiegelt zwar gut die gesundheitspolitischen Diskussionen der letzten Jahre wieder. Sie ist jedoch weit von einem Abbild der Versorgungslandschaft entfernt. 14 Jahre nach Einführung der IV führt sie nach wie vor ein Nischendasein im deutschen Gesundheitssystem. Nur 0,7 bis 0,8 Prozent der Gesundheitsausgaben flossen in den letzten Jahren in die integrierte Versorgung. Zudem ist die Anzahl der IV-Verträge seit Jahren stagnierend. Damit bleibt ein erhebliches Potenzial für ein besseres und effizienteres Gesundheitssystem unerschlossen.

Die Herausforderung an unser Gesundheitssystem liegt nicht im Bereich der Spitzenmedizin bei hochkomplexen Eingriffen, sondern vielmehr im Umgang mit dem Massenphänomen chronische Erkrankungen und Multimorbidität. Drei von vier im Gesundheitssystem ausgegebene Euro entfallen mittlerweile auf Leistungen für chronisch Erkrankte (SVR 2001). Deren Relevanz ist in den letzten zwei Jahrzehnten erheblich gestiegen: Betrug beispielsweise die Diabetes-Prävalenz Ende der 80er Jahre ca. vier bis fünf Prozent in der Bevölkerung, so verdoppelte sich dieser Wert bis zum Jahr 2009 auf 9,7 Prozent (Deutsche Diabetes-Hilfe 2013). Zudem bleibt es oft nicht bei einer Erkrankung: Diabetiker haben ein zwei- bis vierfach erhöhtes kardiovaskuläres Erkrankungsrisiko, ein doppelt so hohes Depressionsrisiko wie ein Nicht-Diabetiker und 40 bis 50 Prozent entwickeln ein Nierenleiden (Deutsche Diabetes-Hilfe 2012, 2013). Gerade bei den Älteren ist Multimorbidität der „Regelfall“: Drei von vier Personen über 75 Jahren leiden unter mehr als einer Krankheit (RKI 2012). Gerade durch diese altersbedingte Morbidität wird die Belastung des Gesundheitssystems in den nächsten Jahren noch deutlich steigen: Bevölkerungsprognosen gehen davon aus, dass sich der Anteil der über 80-Jährigen an der Bevölkerung bis 2040 verdoppelt (BiB 2013).

„Wir brauchen Investitionen in Verträge, die auf größere Patientenkollektive, einen langfristigeren Zeitrahmen und ein sinnvolles Zusammenspiel aller Beteiligten auslegt sind.“

Die Folge für die betroffenen Patienten ist ein endloser Irrweg durch das Gesundheitssystem. So suchen knapp 30 Prozent der Versicherten vier oder mehr verschiedene ambulante Ärzte innerhalb eines Jahres auf. 10 Prozent der Versicherten werden im gleichen Zeitraum bei sechs oder mehr Ärzten vorstellig (BARMER GEK 2014). Hinzu kommen Krankenhausaufenthalte, Behandlung durch Heilberufe, wie Physio- oder Ergotherapeuten, und pflegerische Betreuung. Jeder Beteiligte übt seine Profession aus – ein ganzheitliches Bild des Patienten hat jedoch kaum einer. Die Verantwortung für die Vermeidung von Doppeluntersuchungen, den Abgleich der Diagnosestellung und die Koordination der therapeutischen Maßnahmen – die sowohl qualitätssteigernd als auch gleichzeitig kostensenkend wirken – liegt damit oft bei einer Person: beim hochbetagten, multimorbiden Patienten.

Nicht nur diese strukturellen Defizite erschweren die adäquate Behandlung von Patienten mit den gängigen Volkskrankheiten. Nachteilig wirkt sich auch aus, dass es kaum Anreize zur flächendeckenden und systematischen Umsetzung von Leitlinien und strukturierten Behandlungspfaden gibt. Die Vergütung erfolgt für jeden Versorgungsbereich anhand einer unterschiedlichen Logik. Zudem ist sie vor allem an die erbrachte Leistung (und damit das Volumen) gekoppelt statt an die Ergebnisqualität der Behandlung.

Um diesen Verkrustungen entgegenzuwirken, hat der Gesetzgeber in den letzten 15 Jahren neue Handlungsspielräume für die Akteure geschaffen: Modellvorhaben, Strukturverträge, ambulante Behandlung im Krankenhaus, ambulante spezialfachärztliche Versorgung, Disease Management Programme und die Integrierte Versorgung. Dieser gesetzliche Rahmen wird von den Akteuren auch genutzt und hat an vielen Stellen zu Veränderungen und mehr Vielfalt im Gesundheitssystem geführt. So zählen die DMPs mittlerweile 6,5 Mio. eingeschriebene Patienten, die Krankenkassen haben eigene Vertragsabteilungen aufgebaut bzw. sich Einkaufsgemeinschaften angeschlossen und die Kooperationsformen im ambulanten Sektor haben erheblich zugenommen: Mehr als 10 000 Ärzte sind bereits in medizinischen Versorgungszentren tätig; 30 000 Ärzte kooperieren im Rahmen von Ärztenetzen miteinander (KBV 2013; Agentur Deutscher Arztnetze).

Mit Ausnahme der DMPs liegt ein zentrales Defizit vieler dieser Reformansätze in der meist nur geringen Versichertenabdeckung und der regionalen Begrenzung der Projekte. In den IV-Verträgen sind durchschnittlich 300 Versicherte je Vertrag eingeschrieben (SVR 2012). Insbesondere die Verträge der bundesweit geöffneten Ersatzkassen mit durchschnittlich 249 Teilnehmern je Vertrag und der SVLFG mit durchschnittlich 118 Teilnehmern werfen die Frage auf, wie sich die entstehenden Transaktionskosten durch den Vertrag refinanzieren lassen. Auch eine nähere Betrachtung der inhaltlichen Gestaltung der IV-Verträge verdeutlicht, dass diese bisher sehr eng gefasst sind. Fast zwei Drittel der IV-Verträge sind auf einen Leistungsanlass oder ein Quartal beschränkt. Es gibt somit nur wenige Verträge, die einen umfassenden populationsorientierten Versorgungsansatz haben. Gerade für chronisch Erkrankte wäre jedoch ein langfristiges Versorgungsmanagement, das auf eine ganzheitliche Koordination und Überbrückung von Schnittstellen angelegt ist, am erfolgversprechendsten.

Somit zeigt sich: Auch über zehn Jahre nach Einführung der IV-Verträge in Deutschland gibt es kaum Verträge, die großflächig mit einer relevanten Versichertenanzahl angelegt sind und eine umfassende, langfristige Veränderung des Versorgungsmanagements chronisch Kranker erzielen können.

Die Ursachen für diese Mängel sind vielfältig. Ein zentraler Aspekt, der viele „große Ideen“ schrumpfen lassen hat, sind die hohen Erwartungen an eine sehr schnelle Refinanzierung von Anfangsinvestitionen durch innovative Versorgungsmodelle. Diese Erwartungen sind insbesondere den eng gestrickten gesetzlichen Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit von Verträgen sowie der mangelnden Investitionsfreude der Krankenkassen vor dem Hintergrund drohender Zusatzbeiträge geschuldet. Sie widersprechen jedoch sowohl den Erfahrungen aus anderen Industrien als auch der Organisationstheorie: Eine echte

Versorgungsinnovation verändert im ersten Schritt zwangsläufig Routinen und führt somit zwingend erst einmal zu Friktionen und Mehraufwand. Ohne die Möglichkeit, eine solche „Durststrecke“ zu durchlaufen, haben Innovationen jedoch wenig Chancen auf Umsetzung. Ein weiteres Hindernis ist die hohe Komplexität, die mit der Konstruktion eines sektorenübergreifenden Versorgungsansatzes verbunden ist. Planungsmechanismen, regulatorische Vorschriften, Vergütungssysteme, berufsständische Vertretung, IT-Infrastruktur – hinsichtlich all dieser Aspekte gelten für jeden Versorgungssektor eigene Spielregeln. Damit steht man vor dem typischen, durch Pfadabhängigkeiten beschriebenen Dilemma: Mit jeder Entscheidung, die man einst getroffen hat, wurde die Trennung der Sektoren immer weiter zementiert und der Aktionsspielraum entsprechend verringert. Ein IV-Vertrag erfordert somit ein Ausbrechen aus diesen eingetretenen Pfaden. Dieses Ausbrechen ist jedoch mit hohen Transaktionskosten verbunden – und bedarf demzufolge starker Anreize für die beteiligten Akteure, gegen die gewohnte Routine aktiv zu werden. Aufgrund des mangelnden Handlungsdrucks auf die Akteure, sich durch eine stärkere Patientenorientierung zu differenzieren, sowie eines starken Preiswettbewerbs zwischen den Krankenkassen fehlt es an den entsprechenden Anreizen. Möglicherweise kann der Innovationsfonds diese Pattsituation lockern. Bei richtiger Ausgestaltung bietet er die Chance, Innovationen zu stimulieren und das Innovationsklima zu verbessern.

Wir brauchen nicht zwingend mehr IV-Verträge im Gesundheitswesen – aber wir brauchen Investitionen in Verträge, die auf größere Patientenkollektive, einen langfristigeren Zeitrahmen und ein sinnvolles Zusammenspiel der beteiligten Leistungserbringer auslegt sind. Dafür bedarf es der Anstrengung aller Akteure: Der Gesetzgeber muss einen größeren regulatorischen Spielraum schaffen, die Kassen höhere Investitionsbereitschaft zeigen und die Leistungserbringer mehr Offenheit für Versorgungsinnovationen an den Tag legen. Nicht zuletzt ist außerdem die „lautere“ Nachfrage der Patienten nach neuen Versorgungsmodellen gefordert, um den Systemwandel zu beschleunigen. Erst unter diesen Voraussetzungen wird es gelingen, die Versorgung von Volkskrankheiten flächendeckend sektorenübergreifend und patientenorientiert weiterzuentwickeln.

Übrigens: Eine Suche nach „integrierter Versorgung“ in den Protokollen der Bundestagsdebatten der letzten acht Jahre führt zu 33 Treffern … #Neuland? <<

Neue Versorgungs- und Anreizstrukturen für die ambulante Psychotherapie

Zugang zur Versorgung verbessern

Wenn es um die ambulante psychotherapeutische Versorgung geht, sind sich zumindest in diesem Punkt alle Beteiligten einig: Der Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen ist höher als das Angebot. Psychische Erkrankungen stellen heute die häufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit dar. Gleichzeitig müssen Patienten meist monatelang auf einen Termin für ein Erstgespräch bei einem Psychotherapeuten warten. Auf einem Expertenforum, das der Bundesverband Managed Care in Berlin durchgeführt hat, wurde der Reformbedarf in der ambulanten Psychotherapie erneut diskutiert.

>> Will man dem Anspruch von Politik, Krankenkassen, Leistungserbringern und Patienten nach einer zeitnahen, guten und flächendeckenden Gesundheitsversorgung gerecht werden, muss man der Verkürzung der Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung hohe Priorität einräumen. Uneinigkeit herrscht allerdings bei der Frage nach dem geeigneten Weg dorthin.

Nachdem der GKV-Spitzenverband Ende 2013 ein Positionspapier zur Reform des Angebots an ambulanter Psychotherapie veröffentlicht hatte, folgte ein Sturm der Entrüstung vonseiten der psychotherapeutischen Vereinigungen (BPtK, DPtV, DGPT, bvvp, DGVT, VAKJP). Vor allem die scheinbare Verkürzung des ersten Therapiekontingents und die im Anschluss verordnete Pause von sechs Wochen seien aus ihrer Sicht weder ethisch vertretbar noch entsprächen sie einer leitliniengerechten Behandlung.

Gleichwohl besteht echtes Interesse der Akteure an einem konstruktiven Dialog – das zeigte nicht nur die Bereitschaft der Vertreter/innen von Bundespsychotherapeutenkammer, Deutscher PsychotherapeutenVereinigung, BARMER GEK und Politik, sich der Diskussion zu stellen, sondern auch die sehr hohe Teilnehmerzahl bei der Veranstaltung.

Als eine der größten Herausforderungen wurde der schnelle Zugang der Patienten zur Psychotherapie identifiziert. So fühlen sich viele Hausärzte – derzeit oft erste Anlaufstelle für Menschen mit psychischen Beschwerden – mit der Aufgabe überfordert, die Patienten in geeignete Therapieangebote zu überweisen, konstatierte Dr. Christina Tophoven, Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer. Sie plädierte dafür, ein Lotsensystem einzuführen, bei dem die Psychotherapeuten selbst die Lotsenfunktion übernehmen. So könnten beispielsweise psychotherapeutische Versorgungszentren mit qualifiziertem Praxispersonal offene Sprechstunden anbieten, Patienten beraten und Koordinierungsaufgaben übernehmen.

Auch Dieter Best, stellvertretender Bundesvorsitzender der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung, hält den Zugang der Patienten in die psychotherapeutische Versorgung für das Schlüsselelement für eine Versorgungsverbesserung. Die psychodiagnostische Abklärung müsse frühzeitig stattfinden und sich stärker von der Probatorik abgrenzen, betonte er und stellte ein entsprechendes Stufenmodell vor, das ebenfalls eine offene Sprechstunde als erste Anlaufstelle vorsieht.

Zumindest an dieser Stelle gibt es Parallelen zum Positionspapier des GKV-Spitzenverbands, das von Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK, erläutert wurde. Aus Schlenkers Sicht lägen die vorgestellten Konzepte ohnehin gar nicht so weit auseinander. Möglicherweise ließen sich Differenzen durch einheitliche Sprachregelungen ausräumen, etwa indem Sprechstunde, probatorische Sitzungen und erstes Therapiekontingent zu der von der BPtK geforderten psychotherapeutische Grundversorgung zusammengefasst werden.

Den Beitrag der Politik zur Neustrukturierung der ambulanten Psychotherapie sehen die Bundestagsabgeordneten Dirk Heidenblut, SPD, und Dietrich Monstadt, CDU, in erster Linie im Abbau von bürokratischen Hürden, etwa im Bereich der Gruppentherapie. Jedoch sei die Steuerungsfähigkeit der Politik durchaus begrenzt, da die konkrete Ausgestaltung in den Händen der Selbstverwaltung läge.

Wenngleich die Veranstaltung die Diskussion um die Weiterentwicklung der ambulanten Psychotherapie einen Schritt vorangebracht hat, bleiben wichtige Punkte klärungsbedürftig. Dazu zählen etwa die Themen Qualitätssicherung, Umstrukturierung der Vergütung, Überprüfung der Befugnisbeschränkungen, Bedarfsplanung und nicht zuletzt der Umgang mit Patienten, die unter chronischen psychischen Erkrankungen leiden. Der BMC wird diese Fragen in den nächsten Monaten im intensiven Dialog mit den Akteuren weiter bearbeiten. <<