

Integrierte Prozesssteuerung aus Versicherersicht

Lediglich ein sehr kleiner Teil der Ärzteschaft oder auch der Spitäler beteiligt sich in der Schweiz an Programmen oder Vernetzungsprojekten, die entweder unabhängig von Risikostrukturen der Zielgruppen der reinen Optimierung von Versorgungsprozessen dienen, oder gezielt zu einer qualitativ besseren Betreuung der Patienten im Sinne von Disease Management (DM) führen sollen. Die Absenz der Ärzte im Bereich der Disease-Management-Programme¹ wird unter anderem damit begründet, dass die medizinische Evidenz für DM-Programme fehle. Es bestehe die Gefahr, dass dem Arzt seine Patienten weggenommen würden, oder dass er die Verantwortung für sie verlöre.

Andreas Rippmann

Weiter wird argumentiert, der administrative Aufwand sei viel zu hoch, und im Übrigen

sei das Vertrauen zu einzelnen Versicherern als Grundlage für eine erspriessliche Zusammenarbeit ohnehin gestört. Zudem hätten verschiedene medizinische Entscheidungsträger von Anfang an in die Planungs- und Entwicklungsprozesse miteinbezogen werden müssen, was nicht der Fall sei.

Notwendige Anreize fehlen

Die Ursache für diesen – im Hinblick auf das in unserer Gesellschaft rasch anwachsende Risikopotenzial und die damit zu erwartenden enormen Kosten – unhaltbaren Zustand liegt einzig und allein darin, dass wir bis heute nicht in der Lage waren, in unserem Gesundheitsversorgungssystem die notwendigen Anreize zu setzen. In diesem System stehen genügend Mittel zur Verfügung. Wir haben es jedoch bis heute nicht geschafft zu verhindern, dass nach wie vor am falschen Ort zu viel verdient wird, oder dafür zu sorgen, dass das Geld dort zum Einsatz gelangt, wo es die grösste Wirkung erzielt.

Einseitige Mehrbelastung

Ärzte sind nach wie vor kaum dafür zu gewinnen, ohne die entsprechende zusätzliche Abgeltung Mehrleistungen zu erbringen. Den Krankenversicherern ist es heute sicherlich möglich, zusätzliche Leistungen, beispielsweise in der Umsetzung von Disease-Management-Programmen erbrachte Leistungen oder im Tarmed nicht tarifierte Leistungen zu bezahlen. Dies führt jedoch zu einer einseitigen Mehrbelastung der Krankenversicherer und damit zu einer Erhöhung der Gesamtkosten.

Dies heisst, dass alle Aktivitäten für eine Verbesserung der Versorgungs-



Andreas Rippmann

prozesse im Sinne von Integration, Outcome-Qualität, Patientenführung und -information automatisch zu einer einseitigen Mehrbelastung der Krankenversicherer führen.

Kein Wunder also, dass auch Krankenversicherer in ihrem Engagement für Integrationsstrategien generell sehr zurückhaltend sind. Hinzu kommt, dass die Versicherer nicht besonders daran interessiert sind, für Leute mit chronischen, zum grossen Teil auch schwer wiegenden Leiden, die über Jahre enorme Kosten verursachen, besonders attraktiv zu erscheinen (Reverse Selection).

Ausrichtung auf die wichtigsten Risiken

Es braucht für die fachgerechte, effiziente und wirtschaftliche Behandlung einer Blinddarmentzündung in einem modernen Gesundheitsversorgungssystem wohl keine besonderen Integrationsanstrengungen. Das-

¹ Disease Management: Krankheitsspezifische Gestaltung und Koordination der Leistungsprozesse auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz (Guidelines).

selbe gilt wohl auch für die Versorgung eines Patienten mit einer schweren Coxarthrose, obwohl hierbei je nach Disposition des Patienten allenfalls auch nachgelagerte Versorgungsbereiche involviert sind. Die blossе Vernetzung führt auch nicht zwangsläufig zu einer qualitativen Verbesserung der medizinischen Versorgung oder zu tieferen Kosten. Allzu oft dient sie lediglich zur Stabilisierung bestehender Strukturen.

Vernetzung und Integration sind in erster Linie dann sinnvoll, wenn sie sich auf die wichtigsten Risiken in der Bevölkerung konzentrieren. Im Vordergrund stehen dabei Diabetes, COPD, Herzinsuffizienz, koronare

«Vernetzung und Integration sind in erster Linie dann sinnvoll, wenn sie sich auf die wichtigsten Risiken in der Bevölkerung konzentrieren.»

Herzerkrankung, Asthma, Bluthochdruck, Adipositas, Osteoporose, Brustkrebs und Depression. Erforderlich ist darüber hinaus die entsprechende Spezialisierung von daran beteiligten Leistungserbringern. Disease Management ist ohne den Einbezug von entsprechend spezialisierten Ärzten, sei es generell als Kompetenzträger zum Beispiel in Qualitätszirkeln, als Anlaufstelle für ärztliche Reviewprozesse oder für die Betreuung besonders komplexer Fälle, wesentlich schwieriger wirksam umzusetzen.

Bessere Abbildung der Risiken

Die bisherigen Initiativen im Zusammenhang mit Disease Management gehen von vereinzelt unentwegten Abteilungen grösserer Versicherungen oder einigen unbeirrbareren Managed-Care-Pionieren in der Ärzteschaft aus. Aus diesem Grund ist es wohl nur dann möglich, diese Instrumente zu einer tragfähigen Säule der medizinischen Versorgung der wichtigsten Risiken in unserer Bevölkerung auszubauen, wenn dafür

ausreichend finanzielle Mittel eingesetzt würden.

Eine mögliche Finanzierungsquelle stellt der Risikoausgleich dar. Abgesehen davon, dass eine Differenzierung im Sinne einer besseren Abbildung der Risiken dringend notwendig ist, dienen die im Rahmen des Risikoausgleichs fliessenden Gelder den Versicherern mehrheitlich dazu, Prämienpolitik zu betreiben. Eine gesetzlich vorgeschriebene Zweckbindung der im Rahmen des Risikoausgleichs verfügbaren Mittel (zum Beispiel im Umfang von 1 bis 2% zur Anreiz- und Systemfinanzierung für das Management grosser Risiken) könnte die Umsetzung integrierter Systeme im Sinne von Disease-Management-Programmen enorm begünstigen. Jedoch bringt eine gesetzlich vorgeschriebene zweckgebundene Mittelverwendung sicherlich die staatliche Kontrolle und Überwachung mit sich, was die meisten Krankenversicherer (u.a. auch Helsana) strikt ablehnen, da dies ein zu starker Eingriff in die unternehmerische Freiheit der Krankenversicherungen bedeutet.

Zweckgebundene Mittelverwendung

Die tarifliche Besserstellung für die an spezifischen Programmen beteiligten Leistungserbringer könnte die nötigen Anreize zur Verhaltensänderung von Ärzten und Spitälern herbeiführen. Allerdings dürfte diese Besserstellung nicht zu einer Netto-Mehrbelastung der Krankenversicherung führen. Das hiesse jedoch, dass generell diejenigen Leistungserbringer, die sich weder an Disease-Management-Programmen noch an anderen der Verbesserung der Versorgungsprozesse dienenden Aktivitäten beteiligen, vom Gesetzgeber tariflich schlechter zu stellen sind. Aus den damit frei werdenden Mitteln liessen sich die Mehrleistungen der in den Integrationsprozessen engagierten Leistungserbringer finanzieren.

Eine weitere Möglichkeit der Mittelbeschaffung besteht darin, 1 Prozent des ambulanten Leistungskostenvolumens gezielt für den Aufbau von DMP und die entsprechende Anreiz-

gestaltung für Patienten und Ärzte zweckgebunden einzusetzen. Die Analogie zu Deutschland ist offensichtlich, jedoch sollten die Mittel nach strengeren Vorgaben, gezielt fokussiert auf Hauptrisikogruppen wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und so weiter eingesetzt werden. Allerdings besteht natürlich auch hier die Aussicht auf verstärkte staatliche Einflussnahme und Steuerung.

Anreizgestaltung

Im Vordergrund stehen für alle Beteiligten finanzielle Anreize. Das Engagement eines Krankenversicherers zur Umsetzung von Disease-Management-Programmen ist davon abhängig, wie viel finanzielle Mittel er dafür aufzubringen hat und mit welchen längerfristigen Einsparungen er rechnen kann. Darüber hinaus interessiert er sich für die Entwicklung

«Das Engagement eines Krankenversicherers zur Umsetzung von Disease-Management-Programmen ist davon abhängig, wie viel finanzielle Mittel er dafür aufzubringen hat und mit welchen längerfristigen Einsparungen er rechnen kann.»

seiner Attraktivität für Risikogruppen. Die damit verbundenen finanziellen Risiken müssten entsprechend gemildert werden können (Verbesserung des Risikoausgleichs).

Die Versicherten sind vermehrt in die Verantwortung einzubinden, da sie in nicht geringem Ausmass durch Lebensstil und Verhalten ihren Gesundheitszustand beeinflussen. Für den Versicherten beziehungsweise Patienten sind die Auswirkungen seines Verhaltens auf seine Krankenversicherungsprämie wohl der wirkungsvollste Anreiz, dieses zu ändern. So liessen sich risikogerechtere Prämien in der Grundversicherung

beispielsweise mit Zuschlägen auf den Prämien für Raucher, Übergewichtige sowie Bewegungsmuffel generieren mit dem Ziel, deren Verhalten zu beeinflussen.

Darüber hinaus liesse sich ein Anreizsystem für den Versicherten in Form qualitativ objektiv besserer Versorgung aufbauen, zum Beispiel über bedarfsspezifische Versicherungsprodukte oder über der Ziel-

«So liessen sich risikogerechtere Prämien in der Grundversicherung beispielsweise mit Zuschlägen auf den Prämien für Raucher, Übergewichtige sowie Bewegungsmuffel generieren mit dem Ziel, deren Verhalten zu beeinflussen.»

gruppe entsprechende Leistungsangebote. Auch hierfür braucht es allerdings Leistungserbringer, die bereit sind, mit den Krankenversicherern zusammenzuarbeiten.

Dass ein Arzt in einem System der integrierten Prozesssteuerung für seine Mehrleistungen auch bezahlt wird und er von seiner Kooperationsbereitschaft mit den Versicherern auch profitieren will, ist legitim. Dafür müssen die notwendigen Mittel bereitgestellt und die vertraglichen Grundlagen erarbeitet werden. Ein Arzt jedoch, der sich gegenüber den entsprechenden Anstrengungen verschliesst, jede Mit- oder Zusammenarbeit verweigert, kann nicht auf gleicher Grundlage die Abgeltung seiner Leistungen verlangen. Eine solche Differenzierung der Leistungsabgeltung ist ernsthaft in Erwägung zu ziehen und erlangt insbesondere auch in der Diskussion um den Kontrahierungszwang zusätzliche Bedeutung.

Professionelle Vermittlung der Inhalte

Grundlage für jede Form einer wirklichen Patientensteuerung oder eben integrierten Prozesssteuerung in op-

timalen Versorgungsprozessen ist neben den passenden Leistungsangeboten eine konsequente, intensive Schulung und laufende Information von entsprechenden Zielgruppen. Auch hierfür sind die erforderlichen Mittel aus dem System aufzubringen, um die notwendigen Anreize zu setzen.

Voraussetzung für die Wirksamkeit von Schulung und Information ist eine professionelle, moderne Vermittlung der Inhalte. So steht neben einer konsequenten Zielgruppenorientierung der Selbstmanagementansatz anstelle von primärer Wissensvermittlung und Theorie im Vordergrund. Das persönliche Erleben und die Relevanz des Erlernten im Alltag, das Erarbeiten und Ausprobieren sind die Merkmale einer Erfolg versprechenden Schulung, die auch die Grundlage für die «Compliance» der Patienten darstellt. Es muss in der Schulung auch möglich sein, die Vor- und Nachteile bestimmter Therapieempfehlungen zu vermitteln und gegeneinander abzuwägen, dies unter Berücksichtigung von Problemen der Therapiedurchführung im Alltag.

Eine derartige Schulung setzt Professionalität voraus und lässt sich im hausärztlichen Praxisalltag wohl kaum in angemessener Form umsetzen. Jedoch auch dafür braucht es die nötigen finanziellen Mittel. Schulungsprogramme und -Inhalte müssen erarbeitet, hinsichtlich Outcome-Variablen evaluiert, zertifiziert und durch entsprechend ausgebildete Kursleiter vermittelt werden.

Lösungen durch Zusammenarbeit

Integrierte Prozesssteuerung setzt die Bereitschaft zur Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern untereinander und Krankenversicherern voraus. Insbesondere auch die Tatsache, dass ein einzelner Krankenversicherer die notwendigen Ressourcen für eine erfolgreiche Umsetzung von Disease Management nicht aufbringen kann, zeigt, dass eine erfolgreiche Förderung entsprechender Programme nur im Rahmen einer Interessengemeinschaft Disease Management (IGDM) erfolgen kann. Diese stellt in erster Linie die Bünde-

lung der gemeinsamen Interessen gegenüber Dritten und der Öffentlichkeit sowie die Identifikation und Auswahl der Programme, Partner und Anbieter sicher. Mitglieder der IGDM sind bis heute Helsana, CSS, Visana, Groupe Mutuel, Sana Care und Wincare.

Ein integriertes Versorgungssystem zwischen den einzelnen Institutionen (ärztliche Praxis, Krankenhäuser, Pflegeheime, Spitex) und den medizinischen Fachgebieten, die die Gesundheitsversorgung über den gesamten Krankheitsverlauf koordinieren, ist Grundlage für die Umsetzung von Disease Management. Dabei sind das Wissen über Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachbetreuung einer Krankheit sowie eine kontinuierliche Auswertung der Outcome-Resultate (evidenzbasierte Medizin) die wesentlichen Elemente.

Flächendeckende Förderung

Ein rascher Informationsaustausch zwischen den beteiligten Organisationen betreffend Qualitäts- und Ergebnisdaten, aber auch ökonomischer Daten, stellt die laufende Verbesserung und Kontrolle der Versorgungsmuster sicher. Klinisch und administrativ computergestützte Informationssysteme sind dafür die notwendige technische Voraussetzung. Dabei ist nicht nur die Kooperation zwischen verschiedenen Leistungserbringern und Krankenversicherern gefordert, sondern auch die Ausrichtung auf gemeinsame Lösungen für alle beteiligten Versicherer, im Sinne einer flächendeckenden Förderung von Disease-Management-Programmen. Dies nicht zuletzt deshalb, um falsche Anreize für Versicherte zu vermeiden (Reverse Selection). ■

Autor:

Andreas Rippmann

Stab Versorgungs-Management

Helsana Versicherungen AG

Postfach

8081 Zürich

E-Mail:

Andreas.Rippmann@helsana.ch