

Versorgung in einer alternden Gesellschaft: Ideen und Konzepte gibt es, doch es fehlen Maßschneider für neue Versorgungsformen

VON DR. FLORIAN STAECK

Es fehlt nicht primär an Wissen darüber, wie die gesundheitliche Versorgung angesichts eines wachsenden Anteils alter Menschen in Deutschland gestaltet werden könnte. Vielmehr ist unter dem geltenden Finanzierungsregime des Gesundheitsfonds für die gesetzlichen Krankenkassen nur sehr eingeschränkt möglich, neue Wege bei der Versorgung alter Menschen zu gehen. Darin waren sich die Teilnehmer des 5. Frankfurter Forums „Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung von morgen in unserer alternden Gesellschaft“ am 14./15. Oktober 2011 in Fulda einig.

Uneinig waren sich Teilnehmer des Forums, welche Stellschrauben der ambulanten und stationären Versorgung am ehesten geeignet sind, um die Versorgung alter Menschen zu verbessern. Während auf der einen Seite große Versorgerkassen auf Erfolge beim Casemanagement chronisch kranker und alter Versicherter verweisen, setzt die alternative Herangehensweise, für die plädiert wurde, auf Zentren in jedem Kreiskrankenhaus. Dort sollten, so der Vorschlag, geriatrische Abteilungen eine „Filterfunktion“ bilden, von denen aus die Versorgung alter Menschen dann organisiert werden könnte. Verwiesen wurde darauf, diese Strukturen seien an entsprechend ausgerichteten Krankenhäusern bereits heute vorhanden. Die Fachärzte an diesen Zentren müssten dann Sprechstunden nicht nur im Krankenhaus, sondern auch in der Peripherie anbieten, damit alte Patienten nicht immer wieder in die Städte zur Behandlung kommen müssen. Dort, im stationären Sektor, seien Investitionen sinnvoller angelegt als für Modellprojekte einzelner Krankenkassen, hieß die Begründung. Für diesen Versorgungsansatz bedürfe es allerdings Finanzierungsstrukturen, die Verantwortlichkeiten für die Versor-

gung einer ganzen Population schaffen, die also nicht mehr zwischen ambulant und stationär unterscheidet.

Doch für beide alternativ vorgestellten Versorgungsstrukturen – kassenbezogenes Versorgungsmanagement versus geriatrische Zentrenbildung an Krankenhäusern – bleibt es bei der Herausforderung, wie es gelingen kann, aus Leuchtturmprojekten zu einer flächendeckenden und trägerübergreifenden Versorgung zu kommen.

Dass neue Wege der Versorgung gegangen werden müssen, darin waren sich die Teilnehmer beispielsweise mit Blick auf die Prävalenzzahlen bei Demenz einig. So stünden im Jahr 2011 bereits bundesweit rund 1,2 Millionen Menschen unter Betreuung nach dem Betreuungsgesetz – viele davon seien demenzkrank. Niedrigschwellige Fallbegleitung und flächendeckende Angebote für Pflegeberatung könnten dazu beitragen, dass die Zahl der Betreuten durch Externe nicht weiter rasant steige.

Abwanderung vom Land in die Stadt droht

Angemahnt wurde insbesondere eine stärkere Vernetzung von ärztlicher und pflegerischer Versorgung. Wo dies nicht geschehe, ergebe sich ein „Drift“ in die stationäre Versorgung. Unverzichtbar sei es, diese vernetzte Versorgung alten Menschen auch auf dem Land zur Verfügung zu stellen. Anderenfalls drohe eine Abwanderung der Betroffenen aus dem Land in städtische Räume. Diese Entwicklung, so die Warnung, lasse sich schon heute bei behinderten Menschen beobachten, wurde angeführt. Zentrales Ziel eines jeden Versorgungsmanagements müsse es sein, die Autonomie der Patienten zu stärken. Dabei setzte die Intervention bei alten, chronisch Kranken idealerweise vor

einem dramatischen Ereignis an - in der Regel erfolgte sie aber anlassbezogen. Hausärzten komme vor diesem Hintergrund eine zentrale Bedeutung zu.

Deutlich wurde in der Debatte des Plenums, dass der finanzielle Spielraum gesetzlicher Krankenkassen unter dem Finanzierungsregime des Gesundheitsfonds sehr eingeschränkt ist. Durch den Fonds erhält eine Kasse lediglich eine Grundpauschale mit geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen. In diesem System gebe es kein „Spielgeld“, betonten Teilnehmer. Zudem stehe jedes Projekt unter dem Zwang, spätestens binnen Jahresfrist eine „schwarze Null“ auszuweisen. Nicht von ungefähr hätten Krankenkassen ihre Versorgungsmanagement-Modell an Disease-Management-Programme angekoppelt, weil auf diese Weise erhöhte Zuweisungen aus dem Fonds erreicht werden können.

Als realitätsfremd wurde von Teilnehmern die Vorstellung verworfen, eine Krankenkasse könne für ein Versorgungsmanagement speziell für alte Menschen eine Mehrleistung in Form eines Zusatzbeitrags verlangen. Alle bisherigen Erfahrungen mit Zusatzbeiträgen zeigten, dass Versicherte dies nicht tolerieren. In der Gesetzlichen Krankenversicherung, so wurde konstatiert, hat sich eine „Flatrate-Mentalität“ etabliert. Auf dieser Basis sei es nicht praktikabel, ein differenziertes Leistungsangebot zu entwickeln. Ein Mehrpreis werde nicht als Indiz für eine Mehrleistung, sondern für Missmanagement interpretiert, lautete die Begründung. So bleibe als eine der wenigen Optionen für die Krankenkasse, Versorgungsprozesse bei teuren Versicherten neu zu gestalten – in der Hoffnung, dass am Ende die Qualität der Versorgung stimmt oder idealerweise steigt und (mehr) Geld übrig bleibt. Verworfen wurde ebenso die Vorstellung einzelner Teilnehmer, eine qualitativ hochwertige Versorgung könne als Werbebotschaft für junge Versicherte taugen. Diese Versichertengruppe sucht sich ihre Kasse primär nach monetären Gesichtspunkten aus, wurde dem entgegengehalten – und reagiere positiv auf Botschaften wie „Garantiert kein Zusatzbeitrag bis 2013!“

Krankenkassen müssten wirtschaftliche Anreize dafür erhalten, damit sie das tun, wofür sie eigentlich da sind, votierten Teilnehmer. Das Versorgungsstruktur-Gesetz bietet hierfür keine Anhaltspunkte. Es eröffne vielmehr einen Wettbewerb um Satzungsleistungen für nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel – also auf einem Feld, das überhaupt nicht versorgungsrelevant ist, lautete die Kritik.

Die Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen, so wurde angemerkt, wären in einem Vollmodell des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (MRSA) größer, in dem die Morbidität der Versicherten komplett – und nicht nur auf 80 Erkrankungen beschränkt – abgebildet wird. Im gegenwärtigen MRSA gebe es zudem Versicherte, die zwei Millionen Euro pro Jahr kosten, für die die Kasse aber nur rund 180.000 Euro erhält, wurde berichtet. Hier mache sich das Fehlen des Anfang 2009 abgeschafften Hochrisikopools bemerkbar. Gleichermäßen kritisch beurteilten Teilnehmer die anhaltenden Verzögerungen bei der Reform der sozialen Pflegeversicherung. Es sei ein „Kardinalfehler“, dass im geltenden System keine „Brücke“ zwischen GKV und Pflegeversicherung existiere, um über die Grenzen der jeweiligen Versicherungssäule hinweg Patienten effizient und in hoher Qualität zu versorgen. Stattdessen gebe es für alle Beteiligten den Anreiz, durch das „Verschieben“ von Kosten über die Grenze des jeweiligen Versicherungssystems hinweg Ausgaben zu senken. Plenumsteilnehmer zeigten sich skeptisch, ob diese Schnittstelle im Rahmen der geplanten Pflegereform von der Regierungskoalition angegangen wird.

Casemanagement ist aufwändig für Krankenkassen

Erinnert wurde in diesem Zusammenhang an Vollversorgungsmodelle wie dem AOK-Integrationsprojekt „Gesundes Kinzigtal“. Dort sei die Qualität der Versorgung nachweislich erhöht worden. Sei dies nachhaltig der Fall, dann könne auch mehr Geld an Leistungserbringer fließen, wurde argumentiert.

Deutlich wurde in der Debatte, wie aufwendig ein gelingendes Casemanagement aus Sicht der Krankenkasse ist. Dies beginne schon mit der Auswahl der dafür in Frage kommenden Versicherten. Denn die Wahl der Einschlusskriterien der Patienten sei entscheidend für den Erfolg des Projekts. Nicht allein die Multimorbidität eines Patienten sei ausschlaggebend für die Aufnahme in das Versorgungsmanagement, sondern die Frage, ob seine Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung gefährdet ist.

Die Krankenkasse ist als Organisator des Casemanagements auf die Kooperation mit vielen anderen Akteuren angewiesen, wurde betont. Einzelne Teilnehmer berichteten in diesem Zusammenhang über positive Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten. Dort sei auf Ebene der Verbandsfunktionäre die Erkenntnis mittlerweile

fest verankert, dass eine Krankenkasse für Zusatzausgaben auch eine Refinanzierung benötigt. Diese „Strategie der Überzeugung“ gelte auch für die schwierigen Fälle, in denen Ärzte in Selektivverträgen nicht die vertraglich vereinbarte Qualität einer Leistung erbringen. Kollegiale Beratungsgespräche zwischen Verbandsfunktionären und teilnehmenden Ärzten seien ungleich effektiver als Drohungen der Krankenkasse mit Vertragsstrafen oder dem Vertragsausschluss, urteilten einzelne Teilnehmer.

Als ein Erkenntnis vieler Casemanagement-Projekte gilt, dass nicht allein die ärztliche Versorgung eine Determinante für den Erfolg ist, sondern gleichermaßen die pflegerische Versorgung sowie psychosoziale Faktoren. Verwiesen wurde dazu beispielsweise auf erfolgreiche Projekte der Bewegungsaktivierung alter Menschen, da regelmäßige Bewegung nicht nur einen Kraftzuwachs fördert, sondern den Betroffenen auch Lebensfreude zurück gibt. Nicht nur das „Empowerment“ der Patienten, sondern gleichermaßen das der pflegenden Angehörigen sollte den Fokus bilden. Ziel eines Casemanagements müsse es immer sein, „schlummernde Win-win-Situationen“ bei der Kooperation verschiedener Leistungserbringer zu schaffen.

„Hochrisiko-DMP“ ist für Kassen finanziell oft erfolgreich

Allerdings stellen sich die finanziellen Erfolge eines Casemanagements sehr unterschiedlich dar. Im Falle eines „Hochrisiko-DMPs“ für Versicherte mit mehreren chronischen Erkrankungen könne eine Kasse durchaus Erfolge erzielen und so die Ausgaben unter das Niveau der standardisierten Fondszuweisungen senken – beispielsweise durch eine verringerte Hospitalisierungsrate. Dies gelinge bei pflegebedürftigen Versicherten allerdings in weit geringerem Maße, gaben Teilnehmer zu bedenken.

Andere Debattenredner beurteilten die Erfolgsaussichten des Versorgungsmanagements einer Kasse sehr viel zurückhaltender. Ein sinnvoller und notwendiger Zusatzaufwand einer Krankenkasse werde kaum zu Kosteneinsparungen führen, lautete das Argument. Das habe unter anderem mit dem Finanzierungsregime zu tun: So könne – erstens – eine Krankenkasse in Zeiten von Krankenhausfallpauschalen durch eine kürzere Liegezeit keine Ausgaben senken. Das gleiche Bild ergebe sich – zweitens – in der ambulanten ärztlichen Versorgung angesichts von Hausarztverträgen mit kontaktunabhängigen Pauschalen. Wenn dann – drittens – eine Krankenkasse auf die Arznei-

mittelversorgung keinen Einfluss nehmen will, etwa um Konflikte mit der Ärzteschaft zu vermeiden, dann könnten insgesamt rund 90 Prozent der Ausgaben nicht durch ein Versorgungsmanagement sinnvoll beeinflusst werden, wurde argumentiert.

Bekräftigt wurde diese Position durch den Verweis auf die seit 2007 weitestgehend wirkungslos gebliebene Option im Sozialgesetzbuch V, Zu- und Abschläge bei der Vergütung von Ärzten zu vereinbaren. Kaum eine Kassenärztliche Vereinigung sei für eine derartige Regelung seitdem zu gewinnen gewesen, erinnerten Teilnehmer.

Als nahezu aussichtslos wurde der Vorschlag beurteilt, die elektronische Gesundheitskarte zum Motor einer besseren Koordinierung der Versorgung zu machen. Angesichts der jahrelangen Verzögerung bei der Einführung der Karte und der nach wie vor großen Vorbehalte in der Ärzteschaft wurde dieses Vorhaben nicht als praktikabel gewertet.

Überrascht zeigten sich viele Teilnehmer über die hohe Dichte aggregierter Daten, die für eine morbiditätsorientierte Bedarfsplanung bereits zur Verfügung stehen. Kritisch kommentiert wurden dabei Interpretationen, denen zufolge die Mortalität in einer Region um so niedriger ist, je mehr Möglichkeiten die Versicherten haben, vertragsärztliche Versorgung in Anspruch zu nehmen. Hier müsse ein „Endogenitätsfaktor“ beachtet werden mit dem Ziel, genau zu unterscheiden, ob die niedrigere Mortalität der Versicherten auf eine höhere Arztdichte oder aber auf höherwertige Lebensbedingungen zurückzuführen ist, lautete der Einwand.

Einig waren sich die Teilnehmer, dass die bisherige Adjustierung der Zuweisungen im Gesundheitsfonds nach Alter, Geschlecht und Morbidität unzureichend sei. Kritisiert wurde allerdings der Ansatz im Versorgungsstrukturgesetz, einerseits bei der Honorierung der Ärzte und bei der Bedarfsplanung auf Regionalisierung zu setzen, es andererseits aber bei zentralen Zuweisungen an die Kassen zu belassen.

Geld zielgerichtet in die Versorgung investieren

Gerade vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels bei Ärzten, aber auch bei Pflegekräften, sei es vordringlich, eine prospektive morbiditätsorientierte Bedarfsplanung zu etablieren. Dies gelte vor allem angesichts des demografischen Wandels, der einzelne Regionen in Deutschland sehr unterschiedlich betreffen wird. Deshalb sollte

nicht mit der „Gießkanne“, sondern zielgerichtet in die medizinische Versorgungsinfrastruktur investiert werden. Fragwürdig seien vor diesem Hintergrund Forderungen, die Versorgungsstruktur in städtischen Regionen abzubauen, um sie in ländlichen Gegenden entsprechend aufzubauen. Ein Beispiel: Für die ländlichen Regionen Brandenburgs erwarten Wissenschaftler in den kommenden Jahren eine starke Verlagerung der Nachfrage nach spezialfachärztlichen Angeboten in Richtung Berlin. Daher könnte sich die gegenwartsbezogene Forderung nach einem Rückbau der medizinischen Infrastruktur in Berlin als kontraproduktiv erweisen. Einzelne Teilnehmer wollten dieser Schlussfolgerung nicht pauschal zustimmen, sondern mahnten eine Differenzierung nach haus- und fachärztlicher sowie spezialfachärztlicher Versorgung im Krankenhaus an.

Um den Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung von morgen gerecht zu werden, fehlt es gegenwärtig nicht an Wissen, sondern an Möglichkeiten des Transfers dieses Wissen in konkrete Versorgung, lautete ein Fazit

der 5. Plenumstagung des Frankfurter Forums. Es gebe bereits viele Ideen und Konzepte für eine maßgeschneiderte Versorgung, die auf die Herausforderungen der alternden Gesellschaft abgestimmt ist. Doch es fehlen „Maßschneider“, also Akteure, die auch die Verantwortung für eine populationsbezogene Versorgung übernehmen könnten. Weder Kassenärztliche Vereinigungen, noch Krankenkassen oder Krankenhäuser könnten nach dem derzeitig in der GKV vorherrschenden Paradigma von Wettbewerb diese Aufgabe übernehmen, zeigten sich Teilnehmer überzeugt.

Ein in sich konsistentes Modell, das die Herausforderungen der ärztlichen und pflegerischen Versorgung einer wachsenden Zahl alter Menschen abbildet und dabei auf solide, planbare Finanzierungsstrukturen bauen kann, ist in Deutschland noch nicht in Sicht.

Dieser Beitrag gibt die Auffassung des Autors und des Kuratoriums des Frankfurter Forums wieder.

DISKUSSIONSTEILNEHMER BEIM FRANKFURTER FORUM



Martina Barwig

Dr. med. Jürgen Bausch

Wolfgang van den Bergh

Dr. med. Margita Bert

Hilmar Bohn

Eugen Brysch

Dr. med. Winfried Demary

Dr. med. Hans-Georg Faust

Prof. Dr. med. Ulrich Finke

Prof. Dr. med. Gisela C. Fischer

Dr. rer. nat. Hans-Christian Frickenschmidt

Dr. med. Jan Geldmacher

Dr. h. c. Jürgen Gohde

Eicke Hovermann

Prof. Dr. jur. Stefan Huster

Claudia Korf

Dr. med. Holger Lange

Pfarrer Bernd Laukel

Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong

Dr. jur. Helmut Platzer

Dietmar Preding

Dr. med. Manfred Richter-Reichhelm

PD. Dr. med. Jan Schildmann

Dr. med. Hubert Schindler

Ministerialdirektor a. D. Gerhard Schulte

Dr. med. Nick Schulze-Solce

Prof. Dr. theol. Josef Schuster

Dr. phil Florian Staeck

Dr. rer. pol. Dominik Graf von Stillfried

Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich

Eva Walzik

Dr. med. Katja Wimmer