
Volkskrankheiten und sektorenübergreifende Versorgung

Hans Georg Faust

Als Volkskrankheiten werden Krankheiten bezeichnet, die in der Bevölkerung weit verbreitet sind. Bei der Betrachtung der Epidemiologie von Volkskrankheiten spielen genetische, infektiologische und umweltbedingte Komponenten eine Rolle.

In industrialisierten Ländern wie Deutschland sind Volkskrankheiten in zunehmendem Maße durch eine gesundheitsschädliche Lebensweise bedingt. Sie verlaufen chronisch und beeinträchtigen den Gesundheitszustand der Betroffenen nicht nur durch die Krankheit selbst, sondern auch in Verbindung mit Folge- und Begleitkrankheiten.

Das deutsche Gesundheitswesen ist durch seine Historie und in seiner Struktur darauf angelegt, eine kurative Versorgung der Patienten auf einem sehr hohen Niveau sicherzustellen. Dies führt zu einem Fokus auf eine Versorgung, die sich an der Lösung von akuten Problemen orientiert. Unterstützt wird diese Ausrichtung durch eine starke Sektorisierung bei der Leistungserbringung und durch finanzielle Anreizstrukturen, die die akutmedizinische Intervention belohnen.¹

Im Gegensatz hierzu zeigt die Betrachtung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung eine Dominanz der Volkskrankheiten mit chronischem Verlauf. So liegt die Häufigkeit in der erwachsenen Gesamtbevölkerung für erhöhten Blutdruck bei knapp 30 %, für Gelenkverschleiß bei etwa 19 %, für eine koronare Herzkrankheit (KHK) und für Dia-

betes bei etwa 6 %.² In der hausärztlichen Versorgung, bei also bereits erkrankten Patienten, findet sich ein erhöhter Blutdruck bereits in einer Häufigkeit von 37 %, ein Diabetes bei 14 % und eine KHK bei 12 %.³

Bei zunehmender Lebenserwartung und gleichzeitig chronischem Verlauf der Krankheiten liegt ein weiteres relevantes Problem in der Multimorbidität der Bevölkerung.

Nach einer Untersuchung des Robert-Koch-Instituts beträgt die Häufigkeit von multimorbiden Zuständen in der Altersgruppe zwischen 40 und 49 Jahren für Männer 36 %, für Frauen bereits 51 %. In der Altersgruppe zwischen 70 und 79 Jahren steigt diese Häufigkeit für Männer auf 70 % und für Frauen auf 80 % an. Ein Drittel der deutschen Bevölkerung leidet unter drei oder mehr Krankheiten.⁴

Die Hauptlast der Multimorbidität wird durch Volkskrankheiten verursacht: Bei der Kombination von zwei Krankheiten stehen erhöhter Blutdruck und erhöhte Blutfette an erster Stelle, bei der Kombination von drei Krankheiten sind es Bluthochdruck, erhöhte Blutfette und Gelenkverschleiß. Die häufigste Kombination von vier Krankheiten besteht aus einer Durchblutungsstörung des Gehirns, erhöhten Blutfetten, Bluthochdruck und Gelenkverschleiß.⁵

Festzuhalten bleibt also, dass die Krankheitslast durch Volkskrankheiten in Deutschland geprägt wird von Chronizität und Multimorbidität.

In Anbetracht des Anstieges der Häufigkeit dieser Krankheiten – allein und in Kombination – beschreibt der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2000/2001 u. a. folgende Versorgungsdefizite: die Dominanz der Akutmedizin, die Vernachlässigung von Prävention und Rehabilitation, eine Passivrolle sowie die unzureichende Schulung und Partizipation der Patienten, eine somatische Fixierung, den Mangel an interdisziplinären Versorgungsstruk-

turen sowie das Abweichen von einer evidenzbasierten Versorgung.⁶ Die beschriebenen Defizite sind praktisch deckungsgleich mit der von Ed Wagner beschriebenen „Chronic-Care-Krise“.⁷

Aus den Bedürfnissen einer älter werdenden, an multiplen Volkskrankheiten leidenden Bevölkerung leitet der Sachverständigenrat seine Forderung nach einer gleichzeitigen und gleichberechtigten Anwendung und Verzahnung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege ab – und zwar in einem mit dem Patienten, der durch gezielte Information aktiv am Versorgungsprozess teilnehmen kann, abgestimmten Prozess.⁸

Als einer der Hauptfaktoren, die einer derartigen Versorgung entgegenstehen, gilt das sektorisierte deutsche Gesundheitssystem. Der Gesetzgeber hat auch deshalb in mehreren Gesetzgebungsverfahren Elemente der sektorübergreifenden Versorgung in das SGB V eingeführt.

Diese beinhalten die Möglichkeit der ambulanten Behandlung im Krankenhaus (§§ 39, 115 a–b, 116 b, 117 SGB V), der fachgruppenübergreifenden Leistungserbringung in medizinischen Versorgungszentren (§ 95 SGB V), der Tätigkeit der Ärzte sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich (Regelungen des VÄndG), der Einführung eines Anspruchs auf Versorgungsmanagement (§ 11 Abs. 4 SGB V) sowie die Einführung von Disease-Management-Programmen (§ 137 f–g SGB V) und der Integrierten Versorgung (§ 140 a–d SGB V).

Insbesondere die beiden letztgenannten Versorgungsformen sind unter der Intention eingeführt worden, die Versorgung von Volkskrankheiten zu verbessern und eine leistungssektorenübergreifende Versorgung, orientiert am Versorgungsprozess, zu ermöglichen.

Disease-Management-Programme (DMP) sollen als strukturierte interdisziplinäre und sektorenübergreifende

Behandlungsprogramme insbesondere bei chronischen Krankheiten eine leitlinienorientierte Versorgung sicherstellen, die durch Organisation des Prozesses auch die geschilderten Schnittstellenprobleme reduziert. Mit ihrer Einführung im Jahr 2002 war aber auch ein gesundheitspolitisches Korrektiv durch Koppelung der DMP an den Risikostrukturausgleich verbunden. Hierdurch sollte für die Kassen erstmals ein Anreiz gesetzt werden, ihren Versicherten derartig strukturierte Behandlungsprogramme anzubieten.

Die Integrierte Versorgung wurde bereits im Jahr 2000 in das System eingeführt. Unter Integrierter Versorgung wird in Deutschland eine leistungssektorenübergreifende und innerhalb eines Leistungssektors fachübergreifende Versorgung verstanden, die eine direkte vertragliche Beziehung zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern beinhaltet.

Initial bestanden sehr detaillierte Regelungen, die den möglichen Vertragspartnern nur einen sehr geringen Gestaltungsspielraum ermöglichten. Erst 2004 gelang es, diese neue Versorgungsform mit Leben zu erfüllen. Verantwortlich hierfür waren hauptsächlich die Flexibilisierungen in der Vertragsgestaltung, die einen Wettbewerb unterschiedlicher Vertragspartner und Vertragsinhalte eröffneten, sowie die Anschubfinanzierung.

Die Rahmenbedingungen wurden vom Gesetzgeber bewusst gelockert, um einen Suchprozess für gute Versorgungsmodelle auszulösen.

Da DMP nun bereits seit fünf Jahren, die integrierte Versorgung seit vier Jahren zunehmend in die deutsche Versorgungslandschaft implementiert sind, sei die Frage gestattet, inwieweit die postulierten Verbesserungen der Versorgung eingetreten sind, und dies mit besonderem Blick auf den Verlauf der Volkskrankheiten.

Für DMP ist eine externe Evaluation im § 137 f (4) SGB V festgeschrieben, ebenso die Pflicht zur Veröffent-

lichung dieser Evaluation. Dieser Pflicht sind die Krankenkassen bzw. die Verbände nachgekommen. Die Interpretation dieser Evaluationsberichte fällt jedoch recht unterschiedlich aus. Sie reicht im Kassenlager von „Keine Effekte“ über „Erkennbare Tendenzen für eine Verbesserung der Versorgung und Patientenzufriedenheit“ bis hin zu „Signifikant weniger Komplikationen und bessere Prävention“. Ähnlich uneinheitlich ist die Bewertung der DMP in wissenschaftlichen Veröffentlichungen.⁹

Festzuhalten bleibt jedoch, dass es mit Einführung der DMP in Deutschland erstmals gelungen ist, leitlinienorientierte strukturierte Behandlungsprogramme für Volkskrankheiten zu implementieren.

Für die Integrierte Versorgung hat der Gesetzgeber eine Verpflichtung zur qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung festgeschrieben, eine Evaluation oder wissenschaftliche Begleitforschung jedoch nicht explizit eingefordert. Somit kann in der Bewertung dieser neuen Versorgungsform nicht auf ein standardisiertes Instrumentarium zurückgegriffen werden. Einige Verträge werden durch wissenschaftliche Institute evaluiert, ein Großteil wird nicht evaluiert, bei einigen Evaluationen ist die Neutralität des Betrachters nicht sichergestellt. Dies bemängelt auch der Sachverständigenrat in seinem Gutachten 2007.¹⁰

Zur Beantwortung der Frage, inwieweit es durch die Einführung neuer Versorgungsformen zu einer Verbesserung der Versorgung gekommen ist, lohnt es sich aber, die unterschiedlichen Typologien der Verträge anzusehen.¹¹

Zu Beginn der Entwicklung integrierter Versorgungsmodelle wurden vermehrt Verträge geschlossen, die bisherige Leistungsanteile (ambulant/stationär/Reha) zu einem Behandlungskomplex zusammenfassen. Klassische Beispiele hierfür sind die Verträge zur Hüft- und Knieendoprothetik, aber auch für konservative und operative Behand-

lung am Herzen. Diese Verträge machen auch heute noch das Gros der abgeschlossenen Verträge zur Integrierten Versorgung aus. Hier wird für eine eng definierte Indikation das Ineinandergreifen der unverändert bestehenden sektoralen Leistungsanteile optimiert.

Eine weitere Vertragsart stellen substitutive Verträge dar, die bisher stationäre Leistungen ambulant erbringen lassen. Typische Vertreter dieser Vertragsformen sind Vereinbarungen zum ambulanten Operieren.

Anspruchsvollere Formen der Verträge zur Integrierten Versorgung sind solche mit Anteilen eines Case-Managements oder von Managed Care. Verträge zur Behandlung der Herzinsuffizienz, unter anderem auch mit telemedizinischer Unterstützung, sowie zur Behandlung psychiatrischer Erkrankungen sind Beispiele für diese Typologie.

Indikationsübergreifende und populationsgestützte Modelle stellen die eigentliche Herausforderung für die Integrierte Versorgung dar. Auch für diese Form gibt es inzwischen mehrere längerfristig umgesetzte Verträge, gestützt auf Versorgungsregionen oder Versorgungsnetze.

Gerade die Modelle der beiden letztgenannten Versorgungsformen zeigen ermutigende Ergebnisse, insbesondere auch in Hinblick auf die Verbesserung der Versorgung von Volkskrankheiten.

Werden sektorenübergreifende Versorgungsmodelle also zur Lösung für die Versorgung von Volkskrankheiten?

Der Sachverständigenrat empfiehlt für eine Weiterentwicklung in seinem Gutachten 2007, DMP als eine Variante der integrierten Versorgung und nicht als gesondertes Modell zu betrachten, Qualitätsstandards zu definieren, eine Qualitätssicherung der Verträge einzuführen und Barrieren für qualifizierte Leistungserbringer zur Teilnahme an der Versorgung abzubauen.¹²

Die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung wird auch durch die Änderung der Rahmenbedin-

gungen für die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung erheblich beeinflusst. So entfällt für die integrierte Versorgung die Anschubfinanzierung, für Disease-Management-Programme entfällt die Koppelung an den Risikostrukturausgleich (RSA), es werden nur noch die direkten Programmkosten erstattet.

Dies soll für die DMP eine Änderung weg von einem Einschreibewettbewerb hin zu einem Wettbewerb um die beste Versorgung auslösen, sowohl unter medizinischen wie auch finanziellen Aspekten. Bewährte Anteile eines strukturierten Versorgungsprogramms werden übernommen, während Anteile, deren Nutzen nicht belegbar ist, verschwinden werden.

Gleichzeitig muss der bürokratische Aufwand reduziert werden, erste Schritte hierzu sind bereits umgesetzt. Aufgrund der Anforderungen durch die Zunahme chronischer Erkrankungen und der Multimorbidität müssen die DMP sich weiterentwickeln, sinnvollerweise durch eine Einbettung in populationsgestützte, indikationsübergreifende integrierte Versorgungsmodelle.

Dieser Entwicklung stellt sich auch nicht der Wegfall der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung entgegen. Eine Anschubfinanzierung hat ihre Berechtigung bei der Entwicklung einer neuen Versorgungsform mit hohem Unsicherheitscharakter und initialem Investitionsrisiko. Diese Phase ist jedoch zwischenzeitlich als beendet anzusehen, in Zukunft sollten sich im Wettbewerb auch hier nur Modelle durchsetzen, die ihren Nutzen in der qualitativen Verbesserung des Versorgungsprozesses oder des medizinischen Ergebnisses unter gleichbleibenden oder optimalerweise verbesserten finanziellen Kennzahlen nachgewiesen haben.

Einen entscheidenden Einfluss wird die Morbiditätsorientierung des RSA haben. Das Interesse der Kostenträger wird durch dessen Fokussierung auf chronische

Krankheiten und seine prospektive Ausrichtung nämlich darauf gelenkt, ihre Versicherten mit chronischen Krankheiten derartig zu versorgen, dass sich der Krankheitsverlauf bessert oder stabilisiert. Um dies zu erreichen, bieten die sektorenübergreifenden Versorgungsmodelle die richtigen Instrumente.

Bei der Umsetzung wird es nicht nur darauf ankommen, vorhandene Leistungsanteile miteinander zu vernetzen und Versorgungspfade zu verbessern. Studienergebnisse weisen vielmehr darauf hin, dass der Patient als entscheidender Faktor noch immer nicht ausreichend am Versorgungsprozess beteiligt ist, sodass selbst beste evidenzbasierte Medizin nur zu einem eingeschränkten Erfolg führt.¹³ Hier wird es darauf ankommen, das Wissen der Patienten um ihre Erkrankung und ihre Eigenverantwortung für ihre Erkrankung zu erhöhen und sie zu einer aktiven Rolle zu motivieren. Auch für diese Herausforderungen bieten indikationsübergreifende, populationsgestützte integrierte Versorgungsmodelle die richtige Plattform.

Durch die veränderten Anreizmechanismen sollte es also zu einer stärkeren Fokussierung der sektorenübergreifenden Versorgung auf Volkskrankheiten kommen. Ob hierdurch die postulierten Erfolge tatsächlich eintreten, ist unbedingt durch wissenschaftliche Evaluation zu überprüfen. Hierbei müssen auch vermehrt Aspekte der Versorgungsqualität berücksichtigt werden. Eine methodisch saubere Versorgungsforschung mit Betrachtung der wesentlichen Aspekte des Versorgungsprozesses und des Krankheitsverlaufes ist also eine unabdingbare Voraussetzung für einen nachhaltigen Erfolg sektorenübergreifender Versorgungsmodelle.

Anmerkungen

¹ *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III (Über- Unter und Fehlversorgung).*

² *Kohler, M. / Ziese, Th.: Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Berlin 2004.*

³ *Pieper, L. et al.: Kardiovaskuläre Hochrisikokonstellation in der primärärztlichen Versorgung. DETECT-Studie 2003. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 48 (2005), 1374–1382.*

⁴ *Wiesner, G. / Grimm, J. / Bittner, E.: Multimorbidität in Deutschland. Stand – Entwicklung – Folgen. Berlin 2003.*

⁵ Ebd.

⁶ *Sachverständigenrat 2000/2001 (wie Anm. 1).*

⁷ *Gensichen, J. et al.: Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 100 (2006), 365–374.*

⁸ *Sachverständigenrat 2000/2001 (wie Anm. 1).*

⁹ *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Gutachten 2007: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung; Pobiruchin, M. / Schramm, W.: Führt das DMP Typ-2-Diabetes zu besseren HBA_{1C}- und Blutdruckwerten? Eine Analyse anhand veröffentlichter Qualitätsberichte. In: Münchner medizinische Wochenschrift / Fortschritte der Medizin 150 (2008), 16–21; Ullrich, W. / Marschall, U. / Graf, C.: Versorgungsmerkmale des Diabetes mellitus in Disease-Management-Programmen. In: Diabetes, Stoffwechsel, Herz 16 (2007), 407–414.*

¹⁰ *Sachverständigenrat 2007 (wie Anm. 9).*

¹¹ *Hildebrandt, H.: Integrierte Versorgung – Stand der Dinge. In: Krankenhaus-Umschau-Sonderheft Integrierte Versorgung 9/2004, 4–11.*

¹² *Sachverständigenrat 2007 (wie Anm. 9).*

¹³ *EUROASPIRE II Study Group: Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries: principal results from EUROASPIRE II Euro Heart Survey*

Programme. In: *European heart journal* 22 (2001), 554–572; *Boersma, E. et al.*: Blood pressure is insufficiently controlled in European patients with established coronary heart disease. In: *Journal of hypertension* 21 (2003), 1831–1840; *Zylka-Menhorn, V.*: Europäischer Kardiologenkongress: Prävention ist nicht (nur) Privatsache. In: *Deutsches Ärzteblatt* 104 (2007), A2465.