

Dia|betes mellitus
Zuckerkrankheit,
Krankheitsbegriff
Glukosestoffwechse



© fovito - Fotolia.com

Versorgungskoordination – *from policy to practice*

Am Beispiel von Disease-Management-Programmen

Der vorliegende Beitrag stellt die wesentlichen Ergebnisse der vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Jahre 2012 bei der London School of Economics und Political Science in Auftrag gegebenen Studie von Laura Schang¹, Thomas Czypionka und Sarah Thomson² zu „Strengthening care coordination: a comparative analysis of reform implementation in Austria and Germany, with options for Austria“ in geraffter Form vor.



Dr. Timo Fischer leitet die Abteilung für evidenzbasierte wirtschaftliche Gesundheitsversorgung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger.

1 Wie zeitgemäß ist unser Gesundheitssystem?

Die Zunahme chronischer Krankheiten und Multimorbidität bedeuten eine große Herausforderung für die Gesundheitssysteme in der ganzen Welt. Die vorwiegend auf die Behandlung von akuten Erkrankungen ausgerichteten und aus ihrer Entwicklung heraus fragmentierten Gesundheitssysteme vermögen es nicht, auf diese Veränderungen im Krankheitsspektrum adäquat zu reagieren. In vie-

len Ländern sind daher Reformbemühungen zu beobachten, die eine bessere Koordination und Integration der Behandlungsabläufe zum Inhalt haben. Die integrierte Versorgung wurde somit zum erklärten Ziel der Reformen des Gesundheitswesens in vielen Ländern (McKee & Nolte, 2009). Der Blick in OECD-Daten verrät, dass in Österreich die Reformbemühungen bislang noch nicht ausreichend waren, um das Gesundheitssystem für die Herausforderungen durch die zunehmende Veränderung der Morbidität zu wappnen. So zeigt der

¹ Research Associate, LSE Health.

² Senior Lecturer in Health Policy, LSE and Head of the LSE Hub of the European Observatory on Health Systems and Policies.

internationale Vergleich, dass chronisch kranke Menschen in Österreich häufig im Krankenhaus behandelt werden müssen. Österreich liegt etwa – wie die Grafik zeigt – bei den vermeidbaren Krankenhauseinweisungen bei Diabetes mit 188 pro 100.000 Einwohner an der Spitze (OECD-Durchschnitt: 50 pro 100.000 Einwohner³, OECD, 2011). Aus einer in der *Wiener Medizinischen Wochenschrift* im Jahr 2009 veröffentlichten Studie geht zudem hervor, dass in Österreich Blutzucker und Lipidwerte, Bluthochdruck und damit verbundene kardiovaskuläre Risikofaktoren bei ungefähr 50 % der Diabetiker wenig kontrolliert werden und dass mehr als 20 % an zumindest einer schweren Störung wie Erblindung, größeren und kleineren Amputationen, Nierenversagen im Endstadium, Herzinfarkt oder Schlaganfall leiden (Rakovac et al., 2009).

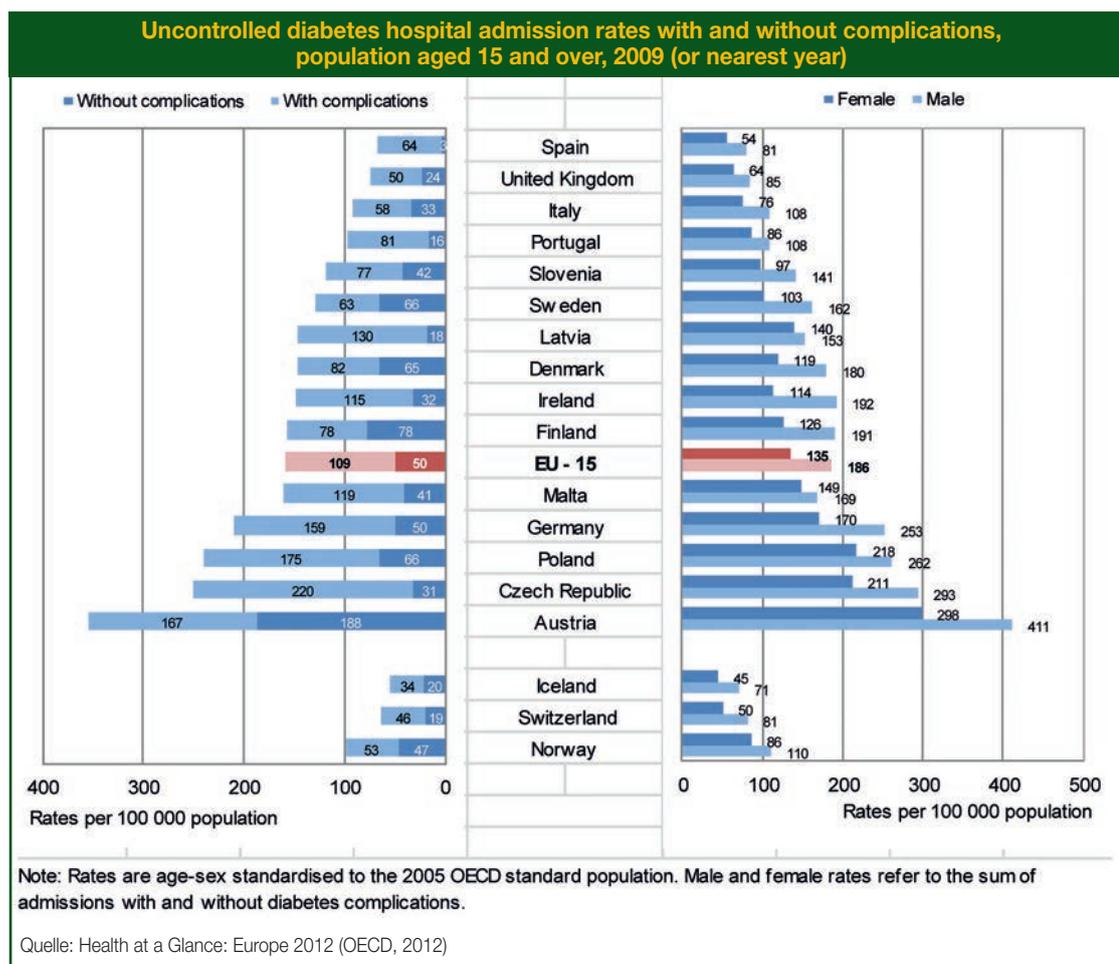
Erfreulicherweise wurde der Handlungsbedarf von den meisten Stakeholdern im österreichischen Gesundheitswesen erkannt, und es herrscht weitest-

gehend Konsens darüber, dass die Versorgung besser koordiniert werden muss. Gleichzeitig ist wenig darüber bekannt, wie Maßnahmen zur Verbesserung der Koordinierung am besten umgesetzt werden können. Diese Kluft zwischen den gesundheitspolitischen Visionen und der tatsächlichen Umsetzung wird insbesondere in der Sozialversicherung seit langem thematisiert.⁴ Mit anderen Worten stellt sich für die politisch Verantwortlichen nicht nur das Problem: „*Wohin gehen wir?*“, sondern auch die Frage: „*Wie kommen wir dorthin?*“⁵

2 Ziele der Studie

Hintergrund der Studie war, dass die Ergebnisse von Initiativen zur Verbesserung der Versorgungskoordination wie die Einführung des Disease-Management-Programmes (DMP) „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ nicht die Erwartungen der Initiatoren erfüllt haben. Die Sozialversicherung startete dieses Programm zur Verbesserung der Diabetikerversorgung im Jahr 2005. Derzeit neh-

Neben der Frage „*Wohin gehen wir?*“ stellt sich auch die Frage „*Wie kommen wir dorthin?*“



Dr. Thomas Czyptionka ist Senior Researcher und verantwortlich für den Bereich Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik am Institut für Höhere Studien (IHS HealthEcon).

3 Der Indikator bezieht sich auf die Anzahl der Krankenhausesentlassungen von Personen über 15 Jahre mit Diabetes Typ I oder II ohne Angabe einer kurz- oder langfristigen Komplikation pro 100.000 Einwohner. Unterschiede bei der Kodierungspraxis von Krankheiten zwischen den einzelnen Ländern können zu einem gewissen Teil die Vergleichbarkeit der Daten beeinträchtigen.

4 Siehe dazu auch Hjern & Porter, 1981.

5 Siehe dazu auch OECD, 2010.

men von mehr als 350.000 behandelten Diabetikern (Dorda et al., 2011) in Österreich nur 10 Prozent und gut 1.000 Ärzte am DMP teil.⁶

Die übergeordnete Zielsetzung für die vorliegende Studie war damit die Identifikation von Schlüsselementen für den Erfolg von Reformprozessen, die auf bessere Versorgungskoordination gerichtet waren. Insbesondere zielte die Studie darauf ab, Hindernisse für die Umsetzung der Maßnahmen zur Versorgungskoordination in Österreich zu identifizieren (Problemanalyse) und aus einer vergleichenden Analyse einen Erkenntnisgewinn für die erfolgreiche Umsetzung von Maßnahmen zu erhalten.

3 Studiendesign

Um analysieren zu können, welche Faktoren förderlich oder hemmend auf die Entwicklung der Koordination der Versorgung wirken und welche Politikmaßnahmen davon abgeleitet werden können, wurde zunächst ein geeignetes theoretisches Framework gewählt, das dabei hilft, die Zusammenhänge von Kontextfaktoren, Akteuren und Reformprozessen und deren Bedeutung für den Politikerfolg zu verstehen (OECD, 2010; Walt und Gilson, 1994). Die Rolle der Akteure wurde dabei genauer vor dem Hintergrund der *contextual interaction theory* beleuchtet, die die Rolle der Akteure aufgrund ihrer unterschiedlichen Motivationen, Informationsstände und Handlungsspielräume beschreibt (Bressers & Klok, 1988; O'Toole, 2004). Als Vergleichsland zu Österreich wurde schwerpunktmäßig Deutschland herangezogen, ergänzt durch weitere Länder wie Frankreich und die Niederlande.

Als Datenbasis dienten die vorhandene Literatur und Materialien wie offizielle Statistiken, Evaluationsberichte und Gesetzestexte. Zur Abbildung der vielen impliziten Faktoren in diesem Zusammenhang wurde ein Interviewleitfaden entworfen. Dieser wurde an die Länder leicht angepasst und diente als Grundlage für Interviews mit diversen Stakeholdern und Experten in Deutschland (n=27) und Österreich (n=15), die transkribiert und mit Hilfe von Atlas.ti analysiert wurden. Ein davon abgeleiteter Fragebogen wurde auch mit einigen Experten der übrigen Länder besprochen.

4 Problemanalyse: Wo liegen die Potenziale?

Mit der Einführung des DMPs „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ wurde in Österreich ein erster Schritt zur Qualitätsverbesserung und zur Überbrückung der fragmentierten Gesundheitsversorgungssysteme gesetzt. Aus den Erfahrungen mit

der Implementierung in Österreich und in anderen Ländern konnten im Rahmen der vorliegenden Studie drei zentrale Hindernisse für die Implementierung von DMPs im Gesundheitssystem herausgearbeitet werden. Diese ranken sich um die Themengebiete: Motivation, Information und Kompetenzen bzw. Kapazitäten.

4.1 Motivation: Sind die Anreize zur Teilnahme für Versicherungsträger und Leistungserbringer ausreichend?

Das derzeit in Österreich vorhandene Anreizsystem scheint nicht auszureichen, um die Hauptakteure (d. h. Patienten, Ärzte und Krankenversicherungsträger) zur Teilnahme am Programm zu motivieren. Im Gegensatz zu Österreich kann in Deutschland die dynamische Weiterentwicklung der integrierten Versorgung seit 2004 auf starke monetäre Anreize für Kostenträger und Leistungserbringer zurückgeführt werden, die letztlich zu einer hohen Beteiligungsquote seitens der Ärzteschaft und der Patienten an DMPs führten. In Deutschland wurden diese Initiativen durch die Verteilung der Ressourcen über einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich und durch eine zweckgebundene Verringerung der Spitalskosten und der vertragsärztlichen Vergütung i. H. v. einem Prozent finanziert.

Die direkte Übertragbarkeit der Ansätze zur Schaffung von finanziellen Anreizen in Deutschland auf Österreich wird jedoch dadurch eingeschränkt, dass es in Österreich keinen vergleichbaren Risikostrukturausgleich gibt. Vor dem Hintergrund der österreichischen Strukturen wäre jedoch vorstellbar, auf Bundesebene zweckgebundene Mittel zur Finanzierung von Modellen für die Entwicklung, Umsetzung und Evaluierung innovativer Projekte bereitzustellen.

4.2 Information: Sind die Hauptakteure ausreichend über die gesundheitswissenschaftlich fundierten Maßnahmen und die beabsichtigten Auswirkungen informiert?

Im Rahmen der Analyse konnten sowohl in Österreich als auch in Deutschland beträchtliche Informationsdefizite betreffend der Verfügbarkeit und der Inhalte von neuen Versorgungskonzepten und deren beabsichtigte gesundheitspolitische und wirtschaftliche Auswirkungen festgestellt werden. Diese Informationsdefizite schaffen Intransparenz und damit auch Vorbehalte zur Teilnahme an neuen Programmen. In Deutschland war der Zeitraum nach der Einführung der DMPs speziell bei den niedergelassenen Ärzten von Skepsis und Miss-

Ziel der Studie ist die Identifikation von Schlüsselementen für den Erfolg von Reformprozessen.

⁶ Siehe zum Umsetzungsstand https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/diabetesportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=64352&p_tabid=2&p_pubid=634002, abgerufen am 24.3.2013.



Praktische Unterstützung bei der Neuorganisation von Arbeitsabläufen und Peer-Support tragen zur Kapazitätsstärkung von Ärzten bei.

trauen gekennzeichnet. Im Gegenzug starteten die Kostenträger und Vertreter der Leistungserbringer weitreichende Kommunikationskampagnen, die auf praktische Ärzte und Patienten abzielten. Auch die Einbeziehung von Peers und Multiplikatoren in diese Bemühungen erwies sich als entscheidend für die Verbesserung des Informationsstandes über die Verfügbarkeit und die Inhalte der DMPs. Ausgehend von den Erfahrungen in Deutschland erscheint in Österreich erstens die stärkere Betonung einer soliden Evaluierung und zweitens die bessere Kommunikation für die Akzeptanz und die Übernahme dieser Modelle seitens aller – insbesondere der Leistungserbringer und der Patienten – sinnvoll.

4.3 Kompetenz bzw. Kapazität: Können sich die Hauptakteure (Patienten, Ärzte und Krankenversicherung) an neuen Versorgungsmodellen beteiligen?

Die Studie wirft die Frage auf, ob in Österreich nicht all jene, die für die Umsetzung von DMPs verantwortlich sind – namentlich Sozialversicherung, Ärzte und Patienten – über ausreichende Kompetenzen bzw. Kapazitäten verfügen. So scheint es laut Studie z. B. hinsichtlich der technischen Kapazitäten für die Entwicklung und Bereitstellung innovativer Versorgungsprojekte einen Engpass zu geben.

Sowohl die Kostenträger als auch die Ärzte reagieren auf diese mangelnden Kapazitäten bzw. Kompetenzen meist mit Immobilität und Misstrauen. Vor diesen realpolitischen Hintergründen erscheint es daher für die Sozialversicherungsträger ratsam, in einen stärkeren Dialog mit den

Vertretern der Leistungserbringer im Hinblick auf die Verbesserung des Verständnisses und Stärkung des Vertrauens auf beiden Seiten zu treten und somit den Fortschritt zu erleichtern.

Was die einzelnen Ärzte betrifft, geht aus der Analyse hervor, dass die derzeit vorhandenen finanziellen Anreize nicht ausreichend sind, um sie zur verstärkten Teilnahme an DMPs zu motivieren. Eine größere praktische Unterstützung bei der Neuorganisation der Arbeitsabläufe in der Ordination und informeller Peer-Support bei Fragen zu klinischen und organisatorischen Aspekten können zur Kapazitätsstärkung von niedergelassenen Ärzten beitragen.

Letztendlich kann es notwendig sein, für die Patienten den Inhalt der verfügbaren Programme zu überprüfen. Das schließt die Frage mit ein, ob die Programme richtig konzipiert sind, um die Zielgruppen zu erreichen, und ob die Patienten über die ausreichende Gesundheitskompetenz für den Umgang mit ihrer chronischen Erkrankung verfügen.

5 Empfehlungen

Im Kern sollte in der Studie herausgearbeitet werden, mit welchen Mechanismen künftig Instrumente zur Verbesserung der Versorgungskoordination für Menschen mit chronischen Erkrankungen ins österreichische Gesundheitssystem implementiert werden können. Die Empfehlungen setzen zunächst bei einer grundlegenden Verschiebung der Akzentuierung an, die einen Schlüsselfaktor für die erfolgreiche Implementierung darstellt. In weiterer Folge werden Maßnahmen zur Verbesserung

Die Verfügbarkeit einer hochqualitativen Versorgung ist ein wichtiges Ziel, das ein Gesundheitssystem bei der Erreichung des obersten Ziels, nämlich der Verbesserung der Gesundheit (WHO, 2000) unterstützt.

© Andres Rodriguez - Fotolia.com



der Versorgungskoordination identifiziert, die für eine Stärkung der Versorgungskoordination notwendig sind. Dabei wird auch auf die Akteure eingegangen: Viele dieser Maßnahmen fallen in den Verantwortungsbereich der Sozialversicherung, einige jedoch erfordern auch die Einbindung anderer Gruppen von Akteuren bzw. die Übernahme von Verantwortung durch diese. Die Studie schließt mit der Diskussion grundlegender Probleme des österreichischen Gesundheitssystems, die aber als Rahmenbedingungen für die fragmentierte Versorgung auch in die Betrachtung einbezogen werden müssen.

5.1 Akzentverschiebung: von Disease Management zu Qualitätsverbesserung durch koordinierte Versorgung

Die derzeitige Debatte über die Versorgungskoordination in Österreich konzentriert sich mangels Alternativen derzeit darauf, wie die Beteiligung der Ärzte und Patienten im Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ verbessert werden kann. So hat sich z. B. die Sozialversicherung selbst das Ziel gesetzt, die Patientenbeteiligung bis zum Jahr 2015 auf zwei Drittel der oral behandelten Diabetespatienten zu erhöhen. Gesundheitspolitisch wäre es jedoch besser und effizienter, den Fokus von individuellen DMPs auf die Versorgungskoordination als Teil einer breiteren Strategie zur Qualitätsverbesserung bei der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen zu verlagern. Diese Akzentverschiebung erscheint aus einigen Gründen einleuchtend: (1) Zunächst muss zwischen strategischen Zielen und strategischen Instrumenten unterschieden werden. Die Verfügbarkeit einer hochqualitativen Versorgung ist ein wichtiges Ziel, das – wenn es erreicht wird – das Gesundheitssystem bei der Erreichung des ober-

sten Ziels, nämlich der Verbesserung der Gesundheit (WHO, 2000), unterstützt. Sowohl die Theorie wie auch die Fakten deuten darauf hin, dass fehlende Koordination häufig die Ursache für mangelnde Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen ist und beträchtliche Auswirkungen auf die Outcomes und Kosten hat (Ovretveit, 2011). Bemühungen, die Versorgungskoordination zu stärken, sollten deshalb unter den Themenkomplex der Qualitätsverbesserungen fallen. Anders ausgedrückt ist die Versorgungskoordination eher ein Instrument als ein eigenes Ziel. (2) Zweitens garantiert eine Teilnahme an einem DMP nicht, dass der Patient die dem DMP zugrunde liegende leitliniengerechte Versorgung erhält, die Versorgung durch die Teilnahme besser koordiniert verläuft oder der Patient durch die Teilnahme seine Gesundheitskompetenz erhöht. In Frankreich zum Beispiel wurde die hohe Beteiligungsrate an einem Programm, bei dem chronisch Kranke einem Versorgungsprotokoll beigetreten sind, als Erfolg gewertet. Dieser Erfolg relativiert sich jedoch bei genauerem Hinsehen, da niemand feststellen konnte, ob sich die Patienten auch tatsächlich an dieses Protokoll halten.

(3) Drittens zeigte sich in den Interviews mit österreichischen und deutschen Stakeholdern, dass das Konzept und die Sprache der „Programme“ die Bemühungen zur Stärkung der Versorgungskoordination durch polarisierende Meinungen – im Besonderen unter Ärzten – behindern kann. So wird von einzelnen Meinungsbildnern oftmals ins Feld geführt, dass „Programme“ die berufliche Autonomie der Ärzteschaft bedrohen und dass sich für Patienten durch Teilnahme an einem Programm die Wahlmöglichkeiten einschränken.

In der Gesamtschau scheinen „Programme“ argu-

Die Sprache der „Programme“ polarisiert.

mentativ einfach angreifbar zu sein – dahingegen wäre es vermutlich schwierig, Argumente gegen Konzepte wie koordinierte Versorgung oder Versorgungsqualität zu finden.

5.2 Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungskoordination – ein Appell zum Umdenken

5.2.1 Aus dem Management von chronischen Erkrankungen die Norm machen

In Ländern wie England und den Niederlanden wird es nicht chronisch kranken Patienten überlassen, sich die beste Versorgung selbst auszusuchen und selbst die Entscheidung treffen zu müssen, an einem DMP teilzunehmen. Vielmehr sind die Leistungserbringer dazu angehalten, ihren Patienten die empfohlene Best-Practice-Behandlung als Selbstverständlichkeit anzubieten. Flankierend dazu werden etwa Patienten routinemäßig zu Raucherentwöhnungsprogrammen, Informationsveranstaltungen und Kursen eingeladen.

Die Vorgehensweisen in anderen Ländern lassen den Schluss zu, dass die Sozialversicherung nicht länger an der derzeitigen Praxis, Ärzte und Patienten zur Teilnahme an einem DMP aufzufordern, festhalten sollte. Vielmehr erschiene es sinnvoller, für alle relevanten Leistungserbringer Anreize für das Angebot einer ex ante identifizierten Best-Practice-Behandlung zu schaffen. Im Rahmen dieses Prozederes könnten gemeinsam die Normen für das Management von bestimmten chronischen Erkrankungen festgelegt werden.

5.2.2 Finanzielle Anreize für Ärzte sollten eine Belohnung für die Entscheidung für die beste Behandlungsmethode sein

Die Ärztekammer und die Sozialversicherung sollten neue Wege einschlagen: Für Ärzte sollte eine finanzielle Belohnung damit in Verbindung gebracht werden, dass sie tatsächlich Leistungen erbringen, die im Vorhinein gemeinsam als Best-Practice-Methode identifiziert wurden, und dass sie die ex-ante festgelegten Qualitätsziele erreicht haben. Mit anderen Worten sollte es also eine Belohnung für die Entscheidung für die beste Behandlungsmethode geben, und nicht für die bloße Teilnahme an einem Programm.

Dieses Vorgehen ist nicht neu – Österreich kann hier auf internationale Erfahrungen zurückgreifen. So gibt es in anderen Ländern bereits etablierte Systeme zum Qualitätsmonitoring, Feedback an Ärzte und eine an die Leistung gekoppelte Bezahlung (Wambach & Lindenthal, 2009), um die Versorgungsqualität für chronisch Kranke zu verbessern. In England wurde durch das Quality and Outcomes Framework (QOF) im Jahr 2004 eine Belohnung für praktische Ärzte für die Erreichung besserer klinischer Ergebnisse und die Verbesse-

rung der Ablauf- und Strukturqualität eingeführt. In Frankreich werden praktische Ärzte nunmehr besser bezahlt, wenn sie ihren Patienten eine bessere Versorgung – die anhand von 16 Indikatoren in Verbindung mit der Prozessqualität und der Qualität der Zwischenergebnisse gemessen wird (CAPI – Contrat d'amélioration des pratiques individuelles / Individuelle Verträge zur verbesserten Behandlung, Aubert & Polton, 2009) – bieten. Die Entwicklung entsprechender Systeme für Österreich muss freilich von kontextspezifischen Überlegungen (z. B. Datenverfügbarkeit, Soziologie des Gesundheitswesens) getragen werden.

5.2.3 Die Sozialversicherung sollte den Dialog mit Patienten, Leistungserbringern und deren Vertretern intensivieren

Die Intensivierung des Dialoges könnte von Seiten der Sozialversicherung auf verschiedene Art und Weise forciert werden. Ziel sollte es sein, ein Diskussionsforum zu schaffen, in dem Konsens über Best-Practice-Behandlungsmethoden und über Qualitätsindikatoren für chronisch kranke Patienten hergestellt wird. Konkret könnten in regelmäßigen Abständen Veranstaltungen organisiert und von erfahrenen und neutralen Moderatoren geleitet werden. Jüngste Beispiele zeigen auch Bestrebungen, die Öffentlichkeit mit einzubeziehen, wie etwa in Kanada (Gauvin, 2012), oder auch die Einbeziehung der Stakeholder mittels Gesundheitskonferenzen in Deutschland (Brand & Michelsen, 2012) und bei der Erstellung der Rahmengesundheitsziele in Österreich. Diese Beispiele veranschaulichen, wie die Sozialversicherung eine kommunikative Dialogkultur mit Patienten, Leistungserbringern und deren Vertretern aufbauen könnte.

Ebene Sozialversicherung, Versicherte und Patienten

5.2.4 Patientenbefragungen: Was möchten Patienten an ihrer Versorgung verbessern?

In Österreich existiert bisher keine systematische Sicht (z. B. im Rahmen einer wiederkehrenden Patientenbefragung) darüber, wie Patienten ihre Versorgung wahrnehmen. Es wäre jedoch sehr sinnvoll, insbesondere Personen mit chronischen Erkrankungen zu fragen, ob und wie ihrer Meinung nach ihre Versorgung verbessert werden könnte – schließlich sind Patienten selbst die Experten für die Beurteilung ihrer Versorgung.

Derartige Befragungen tragen nicht nur dazu bei, potenzielle Probleme zu identifizieren, sondern zeigen außerdem, dass die Ansichten und Bedürfnisse der Patienten ernst genommen werden. Beispiele für Patientenbefragungen gibt es in den

Die Best-Practice-Behandlung sollte die Norm und nicht die Ausnahme sein.

Niederlanden, in Dänemark und in Großbritannien – in Österreich sind derartige systematische Befragungen geplant.

5.2.5 Bewusstseinsbildung: Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Wichtigkeit der Versorgungskoordination

Die im Rahmen der Studie geführten Interviews zeigen, dass die Sozialversicherung im Hinblick auf ihre Aktivitäten im Bereich der Versorgungskoordination eher als passiv eingestuft wird. Die Sozialversicherung sollte hier gegensteuern: So könnte sie eine Kampagne zur Sensibilisierung des öffentlichen Bewusstseins initiieren. Durch die Einbindung und Zusammenarbeit mit Patientenvertretungen könnten zudem Befürchtungen und potenzielle Konflikte abgebaut werden. Kommunikationsstrategien wie Printwerbung, Magazine oder Flyer werden in vielen europäischen Ländern verwendet – diese Formen des Marketings könnten auch in Österreich stärker aufgegriffen werden.

Ebene Sozialversicherung und Leistungserbringer

5.2.6 Ärztebefragung: Mit welchen Herausforderungen sind Ärzte bei der Behandlung von chronisch kranken Patienten konfrontiert?

Aus den Interviews geht hervor, dass eine entsprechende Behandlung von chronisch Kranken nicht für alle Ärzte einfach ist und dass DMPs auch das Image eines Kontrollinstruments anhaftet. Die Studie kommt daher zum Schluss, dass die Sozialversicherung in Zusammenarbeit mit Patientenvereinigungen einzelne Ärzte und deren Berufsvertretungen befragen sollte. Eine derartige Befragung sollte nicht die DMPs in den Mittelpunkt stellen, sondern breiter formuliert sein – so könnten Fra-

gen auch auf die Analyse der Hindernisse für eine gute Versorgungskoordination gerichtet sein.

5.2.7 Leadership auf Seiten der Ärzteschaft: Einbindung von Multiplikatoren

Erfahrungen aus Österreich und Deutschland zeigen, dass es den Versuch wert ist, regionale Meinungsführer zu identifizieren und einzubinden. Meinungsführer können die Maßnahmen zur Stärkung der Versorgungskoordination in ihrem Umfeld unterstützen und ihre Peers positiv beeinflussen. Konkret könnte die Sozialversicherung geeignete Ärzte identifizieren und mit ihnen zusammenarbeiten, um erstens Wissen und Erfahrungen zu verbreiten und um zweitens einen Gesinnungswandel einzuleiten, Bedenken abzubauen und eine offenere Einstellung unter den Ärzten zu erzeugen.

5.2.8 Peer-Systeme: Stärkung der klinischen und organisatorischen Unterstützung für Ärzte

Die im Rahmen der Studie durchgeführten Interviews zeigen, dass Ärzte sich sowohl auf klinischer als auch auf organisatorischer Ebene oftmals mit Problemen bei der effektiven Versorgung chronisch kranker Patienten konfrontiert sehen. Dies trifft insbesondere bei Patienten zu, bei denen sich die Erkrankung in einem fortgeschrittenen Stadium befindet. Diesen beruflichen und organisatorischen Schwächen kann jedoch durch die Schaffung eines Peer-Systems wirkungsvoll begegnet werden. In einem solchen System können Ärzte mit Erfahrungen, z. B. bei komplexen Patienten, anderen Ärzten auf einer Vertrauensbasis beratend zur Seite stehen und damit auch Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten schaffen. Vielversprechend könnte in diesem Zusammenhang auch die Ausstattung der Ärzte mit den entsprechenden IT-Tools sein, sodass Schulungen und Decision Aids eingespielt sowie das alltägliche Office-Management unterstützt werden kann.

5.2.9 Neue Wege in der Patientenschulung

Das derzeitige System der Patientenschulung (wie es von einzelnen Ärzten zur Verfügung gestellt wird) scheint hinsichtlich seiner Effektivität fraglich. Nicht alle Ärzte sind gleichermaßen bereit oder in der Lage, qualitativ hochwertige Schulungen anzubieten. Eine „Überweisung“ an einen

Kollegen zur Patientenschulung wird von vielen Ärzten abgelehnt, da sie befürchten, ihren Patienten zu verlieren. Alternativ könnte hier die Sozialversicherung aktiv werden. Sie könnte z. B. mobile Einheiten für das Patiententraining initiieren und Gruppenschulungen anbieten. Möglicherweise wäre diese alternative Art der Patientenschulung auch kosteneffizienter.

Ärzte sollen Leadership übernehmen und sollten unterstützt werden.



5.2.10 Neue Wege im Vertragssystem

Bemühungen zur Verbesserung der Versorgungs-koordination werden durch das derzeitige Vertragssystem oftmals erschwert. Der Sozialversicherung könnte die Möglichkeit gegeben werden, spezielle Verträge zur Verbesserung der Versorgungs-koordination abzuschließen. Die Erfahrungen aus Deutschland zeigen, dass solche Vereinbarungen ein wichtiger Ansatzpunkt und innovativer Kern für Veränderungen im Gesundheitssystem sein können.

Ebene Sozialversicherung bzw. Träger der Krankenversicherung

5.2.11 Schaffung finanzieller Qualitätsanreize für die Sozialversicherung

Derzeit gibt es für die Sozialversicherung (konkret für die Krankenversicherungsträger) kaum explizite Anreize, sich Gedanken über die Qualität der Gesundheitsversorgung ihrer Versicherten zu machen. Vor dem Hintergrund der vermuteten Defizite in der Versorgungsqualität in Österreich stellt dies jedoch ein wirkliches Problem dar. Im Rahmen der Gesundheitsreform zur Zielsteuerung Gesundheit könnte sich jedoch an diesem Zustand etwas ändern: So könnten Qualitätsziele, die mit finanziellen Anreizen gekoppelt sind, eingeführt werden. Erfahrungen aus Deutschland zeigen, dass DMPs von den Krankenversicherungsträgern gut angenommen wurden, wenn ihre Einführung mit starken finanziellen Anreizen verbunden war.

5.2.12 Schaffung von finanziellen Anreizen für die Koordination der Schnittstellen

Weder Sozialversicherung noch Länder haben derzeit große finanzielle Anreize für die Bewältigung der Probleme der Versorgungs-koordination an der Schnittstelle zwischen intra- und extramuraler Versorgung. Diese unzulänglich definierte Anreizstruktur wird jedoch oftmals für Patienten negativ spürbar. Vom Reformpool wurde die Schnittstellenproblematik kaum angesprochen, weil dieser keine wirklichen zusätzlichen Mittel brachte.

Mehr Dynamik in die Überbrückung dieser Schnittstelle könnte die explizite Zuteilung von Finanzmitteln für Projekte bzw. Konzepte der Versorgungs-koordination sein. Flankierend dazu könnte die Bundesgesundheitskommission bzw. die Bundeszielsteuerungskommission nationale evidenzbasierte Modelle z. B. für die Weiterentwicklung von DMPs empfehlen, die dann für den regionalen Kontext entsprechend angepasst werden könnten.

5.2.13 Schaffung von Mechanismen für den Rollout erfolgreicher Pilotprojekte

Das in Österreich bisher angewandte Prozedere, um erfolgreiche Pilotprojekte in die Regelversor-



© N-Media-Images - Fotolia.com

Die Verbesserung von Anreizstrukturen spielt eine zentrale Rolle.

gung überzuführen und österreichweit verfügbar zu machen (z. B. über Bundesqualitätsleitlinien), zeigt zum heutigen Stand noch Optimierungspotenziale. Daher könnte überlegt werden, ob es weiterer Mechanismen bedarf, um erfolgreiche Pilotprojekte in „die Breite“ zu bringen. Vorstellbar wären z. B. Mechanismen zum Wissensaustausch (wie eine nationale Website) oder national verantwortliche Koordinatoren, die Leadership übernehmen.

5.2.14 Evaluierung als Standard

Internationale Erfahrungen zeigen, dass Initiativen zur Versorgungs-koordination ohne zusätzliche Mittel und gesetzliche Evaluierungsvorschriften (zur Durchführung und Veröffentlichung) in der Regel nicht evaluiert werden. Diese im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention übliche Vorgehensweise sollte auch für Projekte im Versorgungsbereich zum Standard werden. Eine Möglichkeit bestünde darin, die Evaluierung von Projekten und die Veröffentlichung der Ergebnisse zwingend vorzuschreiben. Dabei sollten Qualitätskriterien und Evaluierungsstandards festgelegt und gleichzeitig zweckgebundene Mittel für die Evaluierung zur Verfügung gestellt werden.

5.2.15 Transparenz hinsichtlich der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens

Nationales und subnationales Benchmarking und Versorgungsanalysen würden zu einem System der Ergebnismessung (Outcome Measurement) im österreichischen Gesundheitssystem beitragen.

Internationale Experten sind der Ansicht, dass die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in einer Einzelpraxis in vielen Fällen suboptimal ist und dass kleine Praxen für chronisch Kranke keine gut koordinierte Versorgung anbieten können.



© lightpoet - Fotolia.com

Die Förderung der Transparenz hinsichtlich der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems würde nebenbei auch zu einer veränderten Wahrnehmung von neuen Betreuungsmodellen, bei denen es nicht um Einkommensverteilungseffekte, sondern um bessere Outcomes für Patienten geht, beitragen. Konkret könnten Analysen initiiert werden, die regionale Unterschiede beim Einsatz und bei der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems transparent machen. Diese Methode scheint in Österreich revolutionär – international betrachtet ist sie jedoch nichts Neues, da derartige Analysen bereits in einigen Ländern durchgeführt werden (Right Care, 2012; Wennberg International Collaborative, 2012).

Auch die Rahmenbedingungen sollten geändert werden.

Zur Veröffentlichung und Verbreitung dieser Art von Erkenntnissen haben viele Länder bereits einen sog. Gesundheitsatlas im Internet veröffentlicht, in dem die regionalen Unterschiede bei der Versorgung bzw. bei der Versorgungsqualität ersichtlich sind. Dazu muss jedenfalls angemerkt werden, dass Daten über geografische Unterschiede bei der Leistungserbringung allein nichts darüber aussagen, ob und welche Änderungen im Leistungsbereich notwendig sind und ob die Versorgung bzw. die Versorgungsqualität angemessen ist (Tanenbaum, 2012). Die in England gemachten Erfahrungen zeigen jedoch, dass Informationen über regionale Unterschiede für Veränderungsprozesse sehr hilfreich sein können. So können dadurch mögliche Versorgungsdefizite sichtbar und positive „Reputationseffekte“ gefördert werden, indem das Verbesserungspotenzial von leistungsschwachen Akteuren aufgezeigt wird und vor allem, indem ein Problembewusstsein und eine gemeinsame Diskussionsbasis für die Stakeholder geschaffen wird (Schang et al., 2012).

5.3 Allgemeiner Empfehlungen

Bestrebungen zur Verbesserung der Versorgungskoordination und zur Qualitätssteigerung sollten im österreichischen Gesundheitssystem insbesondere bei der Organisation und der Leistungsfähigkeit der Primärversorgung ansetzen. In einer rezenten internationalen Vergleichsstudie mit 31 europäischen Ländern schneidet die österreichische Primärversorgung nicht gut ab – besonders schwach erwies sich im internationalen Vergleich die Förderung der Mitarbeiter in der Primärversorgung, die Versorgungskontinuität, die Versorgungskoordination und die Vollständigkeit der Versorgung (Kringos et al., 2012). Um hier Verbesserungspotenziale herbeizuführen, bedarf es voraussichtlich jedoch größerer Veränderungen im österreichischen Gesundheitssystem. Einige werden im Folgenden kurz skizziert.

5.3.1 Neuausrichtung und Investition in die Ausbildung von Allgemeinmedizinerinnen

Österreichs leistungsschwaches System der Primärversorgung wurzelt bereits in der Ausbildung der Allgemeinmediziner, die nur drei Jahre dauert und größtenteils im Krankenhaus absolviert werden kann. Dass ein Krankenhaus aber nicht die lebensnahe Umgebung eines niedergelassenen Allgemeinmediziners widerspiegelt und damit kaum die richtige Vorbereitung für das reale Berufsumfeld der Ärzte liefert, ist evident. Die Ausflüsse einer mangelhaften Ausbildung konkretisieren sich z. B. in häufigen Überweisungen, die der Versorgungskontinuität entgegenstehen. Ohne größere Investitionen in die Primärversorgung und ohne Konzept, was die Primärversorgung im österreichischen Kontext leisten soll, werden Maßnahmen zur Stärkung der Versorgungskoordination kaum signifikante und anhaltende Wirkungen zeigen.

5.3.2 Förderung von Gruppenpraxen und Qualifikationsmix in der Primärversorgung

Internationale Experten sind der Ansicht, dass die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in einer Einzelpraxis in vielen Fällen suboptimal ist und dass kleine Praxen für chronisch Kranke keine gut koordinierte Versorgung anbieten können. In England zum Beispiel konnte die Verbesserung der Leistungsfähigkeit entsprechend dem Quality and Outcomes Framework (QOF) in direkten Zusammenhang mit der Möglichkeit, in der Praxis die Versorgung zu organisieren, gebracht werden (Wang et al., 2006). Untersuchungen zeigen, dass die Größe und die Zusammensetzung des klinischen Teams in der Praxis wichtige Determinanten für die Erreichung eines hohen Qualitätsfaktors nach dem QOF waren, wodurch frühere Erkenntnisse, denen zufolge in größeren Praxen in England für chronisch Kranke eine bessere Versorgungsqualität angeboten wurde (obgleich kleinere Praxen einen besseren Zugang zur Versorgung bieten können), bestätigt wurden (Campbell et al., 2001; Sutton & McLean, 2006). Praxen mit weniger als vier Vollzeitkräften (praktische Ärzte und Ordinationsschwestern) wiesen weniger QOF-Punkte aus (Sutton & McLean, 2006).

Gruppenpraxen allein bieten für Österreich vermutlich kein Patentrezept, aber wahrscheinlich doch einen Schritt in Richtung Verbesserung der Versorgungskoordination – schließlich wird damit Ärzten die Möglichkeit gegeben, Ressourcen zu bündeln und damit auch ein größeres Team zu beschäftigen (z. B. diplomiertes Pflegepersonal für die Betreuung von chronisch kranken Patienten).

5.3.3 Koordinierung des Zugangs des Patienten

Im Rahmen der freien Arztwahl haben Patienten in Österreich direkten Zugang zu allen Ebenen des Versorgungssystems. Dieser kaum zu koordinierende Zugang der Patienten in Verbindung mit dem Nichtvorhandensein von Informationsflüssen zwischen den Leistungserbringern kann nicht nur für die Patienten schädliche Folgen haben, sondern erweist sich auch für das Gesundheitssystem als Ganzes als kostenintensiv. In Ländern mit starken Primärversorgungssystemen, wie den Niederlanden oder Großbritannien (Kringos et al., 2012), ist die hausarztzentrierte Versorgung die Antwort auf dieses Problem. Einige integrierte Versorgungsnetzwerke in Deutschland haben z. B. einen „Betreuungsarzt“ eingeführt. Diese Funktion kann jeder Arzt ausüben, der dann die Aufgabe übernimmt, die Versorgung des Patienten über einen längeren Zeitraum und zwischen den einzelnen Leistungserbringern zu koordinieren. In Öster-

reich wird diese Idee mit dem Konzept des „Best point of service“ – das mit der aktuellen Gesundheitsreform geboren wurde – weiterverfolgt.

5.3.4 Förderung der elektronischen Gesundheitsinformationssysteme

Ein Schlüsselement für eine Verbesserung der Versorgungskoordination stellt die Verfügbarkeit und die Verwendung von elektronischen Gesundheitsinformationssystemen innerhalb einer Praxis, aber auch zwischen den verschiedenen Leistungserbringern dar. Gerade das stark fragmentierte österreichische Gesundheitssystem würde von der Förderung einer effektiveren Kommunikation zwischen den Leistungserbringern sehr profitieren.

Im Rahmen der Bemühungen zur Implementierung elektronischer Kommunikation (z. B. ELGA) sollten auch die Ärzte als Anwender dabei unterstützt werden (Pechar, 2012).

5.3.5 Entwicklung einer Kultur von evidenzbasierter Medizin

Die Versorgungskoordination kann durch Richtlinien, die klinische Best Practice zum Inhalt haben, unterstützt werden. Die meisten EU-Länder verfügen über etablierte nationale, regionale oder lokale klinische Richtlinien, und viele haben Richtlinien für Prävention und Management von chronischen Erkrankungen (Legido-Quigley et al., 2012). Auch in Österreich existieren vergleichbare Leitlinien (z. B. Bundesqualitätsleitlinie gemäß Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen: Disease-Management-Programm für Diabetes mellitus Typ 2). Das Ausmaß der Einhaltung derartiger Richtlinien wurde in Österreich bisher jedoch nicht systematisch evaluiert und Qualitätssicherung und Assessment von niedergelassenen Ärzten sind weiterhin nicht sehr gut entwickelt (Czypionka et al., 2006a). In den im Rahmen der Studie geführten Interviews war bei den Leistungserbringern nicht nur Skepsis gegenüber der evidenzbasierten Praxis erkennbar, sondern es äußerte sich auch die Besorgnis über die öffentliche Bekanntmachung von Daten zur Leistungsfähigkeit. Daraus kann geschlossen werden, dass es lohnend sein könnte, Ärzte (und vielleicht auch Patientengruppen) verstärkt in die Entwicklung von Best-Practice-Guidelines und Qualitätsstandards zu involvieren. So könnte ein breiteres Verständnis für die Vorteile eines evidenzbasierten Ansatzes für die klinische Praxis geschaffen werden.

6 Fazit

Konzepte zur Verbesserung der Versorgungskoordination gibt es viele – jedoch entfalten sie in der Realität aufgrund von Implementierungsmängeln oftmals nicht ihre volle Wirkung. Der vorliegende Beitrag fasst in aller Kürze die wesentlichen Ergeb-

Ein Kulturwandel ist auf mehreren Ebenen notwendig.

nisse einer Studie der London School of Economics and Political Science zum Thema „Strengthening care coordination: a comparative analysis of reform implementation in Austria and Germany, with options for Austria“ zusammen. In der Gesamtschau

zeigt sich, dass alle im Gesundheitswesen tätigen Gruppen – vom Arzt über die Krankenversicherung bis hin zum Gesetzgeber – gemeinsam Anstrengungen unternehmen müssen, um die Versorgung für chronisch kranke Patienten zu verbessern.

LITERATURVERZEICHNIS

- Zitiert nach Schang, L., Czypionka, T., Thomson, S. (2013). Strengthening care coordination: a comparative analysis of reform implementation in Austria and Germany, with options for Austria. In Kürze abrufbar unter <http://www.hauptverband.at>
- Aubert, J., Polton, D. (2009). Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles: un élément d'une stratégie d'efficience. Paris: CNAMTS.
- Brand, H., Michelsen, K. (2012). Collaborative governance: the example of health conferences. In: McQueen, D., Wismar, M., Lin, V., Jones, C., Davies, M. (Eds.). *Intersectoral Governance for Health in All Policies. Structures, actions and experiences.* Observatory Studies Series No.26, 165–184. Copenhagen: World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Bressers, H., Klok, P. J. (1988). Fundamentals for a Theory of Policy Instruments. *International Journal of Social Economics*, 15, 22–41.
- Campbell, S., Hann, M., Hacker, M., Burns, C., Oliver, D., Thapar, A. et al. (2001). Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *British Medical Journal*, 323, 784–787.
- Czypionka, T., Riedel, M., & Roehrling, G. (2006a). Qualitätssicherung in Praxen: Eine europäische Perspektive. *Health System Watch*, HSW II/2006. Vienna: Institute for Advanced Studies.
- Dorda, W., Duftschmid, G., Gall, W. et al. (2011). OF-LÖG: Outcome-Forschung basierend auf Leistungsdaten des Österreichischen Gesundheitswesens. http://www.hauptverband.at/mediaDB/840978_OFLOeG_Endbericht.pdf (last accessed 24 March 2013).
- Gauvin, F. (2012). Involving the public to facilitate or trigger governance actions contributing to HiAP. In: McQueen, D., Wismar, M., Lin, V., Jones, C., Davies, M. (Eds.) *Intersectoral Governance for Health in All Policies. Structures, actions and experiences.* Observatory Studies Series No. 26, 147–164. Copenhagen: World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Hjern, B., Porter, D. O. (1981). Implementation Structures – a New Unit of Administrative Analysis. *Organization Studies*, 2, 211–227.
- Kringos, D., Boerma, W., Bourqueil, Y., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T. et al. (2012). The strength of primary care in Europe: an international comparative study. Background paper prepared for The Commonwealth Fund 2012 International Symposium on Health Care Policy. Washington: The Commonwealth Fund.
- McKee, M., Nolte, E. (2009). Chronic care. In: Smith, P. C., Mossialos, E., Papanicolas, I., Leatherman S. (Eds.) *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*, 406–425. Cambridge: Cambridge University Press.
- OECD (2010). *Making Reform Happen. Lessons from OECD Countries.* Paris: OECD Publishing.
- OECD (2011). *Health at a Glance 2011: OECD Indicators.* OECD Publishing. Available at: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en (last accessed 4 July 2012).
- O'Toole, L. J. (2004). The theory-practice issue in policy implementation research. *Public Administration*, 82, 309–329.
- Ovretveit, J. (2011). *Does clinical coordination improve quality and save money?* London: Health Foundation.
- Pechar, B. (2012). Der Hausarzt als Drehscheibe. „Elga darf kein Datenfriedhof werden“. *Gesundheitsökonom Thomas Czypionka fordert Datenzusammenfassung durch Arzt des Vertrauens.* *Wiener Zeitung*. http://www.wienerzeitung.at/nachrichten/oesterreich/politik/492513_Elga-darf-kein-Datenfriedhof-werden.html (accessed on 29/11/2012).
- Rakovac, I., Plank, J., Jeitler, K., Beck, P., Seereiner, S., Mrak, P. et al. (2009). Health status of type 2 diabetics in Austria - perspective of a quality improvement initiative. *Wien Med Wochenschr*, 159, 126–133.
- Right Care (2012). *International Atlases.* London: NHS Right Care. Available at: <http://www.rightcare.nhs.uk/index.php/tools-resources/international-atlases/> (last accessed 4 March 2012).
- Schang, L., Morton, A., DaSilva, P., Bevan, G. (2012). From data to decisions? Exploring how local healthcare payers in England respond to the NHS Atlas of Variation in Healthcare. *Special Issue of Health Policy: Geographic variation in health care – 40 years of “small-area variation”.* Under review.
- Sutton, M., McLean, G. (2006). Determinants of primary medical care quality measured under the new UK contract: cross sectional study. *British Medical Journal*, 332, 389–390.
- Tanenbaum, S. J. (2012). Reducing Variation in Health Care: The Rhetorical Politics of a Policy Idea. *J Health Polit Policy Law*.
- Wang, Y., O'Donnell, C., Mackay, D., Watt, G. (2006). Practice size and quality attainment under the new GMS contract: a cross-sectional analysis. *British Journal of General Practice*, 56, 830–835.
- Walt, G., Gilson, L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy Plan*, 9, 353–370.
- WHO (2000). *The world health report 2000 – Health systems: improving performance.* Geneva: World Health Organization.
- Wambach, V., Lindenthal, J. (2009). Finanzierung und Vergütung der Integrierten Versorgung aus Sicht der Ärztgenossenschaft Qualität und Effizienz – QuE Nürnberg. In: Braun, G., Güssow, J., Schumann, A., Heßbrügge, G. (Eds.) *Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen – Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung*, 39–48. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Wennberg International Collaborative (2012). *Bibliography on International Small-Area Health Care Variation Studies.* Available at: <http://wennbergcollaborative.org/publications> (retrieved 22. November 2012).