

Controlling in der ambulanten medizinischen Versorgung

am Beispiel der
«Vereinbarung zum Diabetes-Gesundheitsmanagement zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und der AOK M-V»

Im Oktober 2001 fand in München die 2. Gesundheits-tagung des Internationalen Controller Vereins¹ statt. Einer der Vorträge widmete sich dem Controlling im ambulanten Versorgungsbereich.

Mark Richter

Schon seit langem versucht der Gesetzgeber in Deutschland, durch Modellversuche, Strukturverträge, die integrierte Versorgung und neuerdings durch die so genannten Disease-Management-Programme die Möglichkeit zu eröffnen, für spezielle Versorgungsgebiete beziehungsweise spezielle Indikationen spezielle Versorgungsstrukturen zu entwickeln und so den Anstieg der Versorgungskosten abzdämpfen. Dabei vertreten die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) als genossenschaftlicher Zusammenschluss der Vertragsärzte deren Interessen gegenüber den Krankenkassen (siehe *Abbildung*). Sie schliessen Verträge und Vereinbarungen mit den Krankenkassen ab, kontrollieren die Qualität der erbrachten Leistungen und sind für die Honorarverteilung unter den zugelassenen Vertragsärzten zuständig.

¹ Der Controller Verein eV wurde 1975 gegründet, um die im praktischen Controlling tätigen Personen des deutschsprachigen Raumes zusammenzuführen, die Philosophie und die Anwendung des Controllings zu verbreiten und den fachlichen Erfahrungsaustausch und das Qualitätsniveau von Controlling in der Praxis zu heben. Gegründet wurde der Controller Verein von Absolventen der 5-stufigen Ausbildung der Controller Akademie, Gauting/München. Heute hat er rund 3500 Mitglieder in Deutschland, Österreich und der Schweiz sowie in einigen anderen Ländern der Welt (www.controllerverein.com).

Bisher wurden die Sonderverträge zwischen KVen und Kassen innerhalb des tradierten, starren Systems umgesetzt, was erhebliche Nachteile mit sich brachte. So wurden beispielsweise durch Qualifikation und Ausstattung spezialisierte diabetologische Schwerpunktpraxen (DSP) genehmigt, die von der Krankenkasse im Rahmen eines Sondervertrags eine Zusatzpauschale für die Betreuung der Diabetespatienten erhielten. Ausschlaggebend für das Honorar war dabei die Zahl der spezialisiert behandelten Diabetiker. Es gibt ein geflügeltes Wort, das die Auswirkungen dieses Umstandes aus Sicht des niedergelassenen, überweisenden Arztes treffend beschreibt: «Patient ist vom Feindflug nicht zurückgekehrt.» Ein solches Modell verbessert die Kommunikation und die Integration von Hausarzt und Facharzt nicht ausreichend. Dies muss aber eine wesentliche Aufgabe eines Sondervertrages sein, denn eine Verknüpfung zwischen den Versorgungsebenen ist zwingende Voraussetzung für eine optimale Versorgungsqualität.

Ein Beispiel für eine derartige Versorgungsstruktur wurde in Mecklenburg-Vorpommern mit der Vereinbarung zum Diabetes-Gesundheitsmanagement zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) und der Krankenkasse AOK Mecklenburg-Vorpommern (AOK M-V) entwickelt.

Hintergrund

In Mecklenburg-Vorpommern leiden derzeit etwa 4,7 Prozent der Bevölkerung (85 000 Personen) an Diabetes; zirka 60 000 davon sind bei der AOK versichert. Die Zahl der



Mark Richter

Erkrankten steigt jährlich etwa um 3 Prozent. Hinter diesen Zahlen verbergen sich neben menschlichem Leid auch hohe Behandlungskosten. Ein wichtiger kostentreibender Faktor sind die Spätfolgen (erhöhtes Infarktrisiko, Gefahr von Erblindungen und Nierenversagen, Fussamputationen). Studien zeigen, dass eine konsequente Risikovor-sorge und eine wirksame Therapie die Spätfolgen entscheidend reduzieren und eine hohe Lebensqualität der Betroffenen erhalten können. Die AOK M-V sieht hier Handlungsbedarf, denn die Altersstruktur der AOK-Versicherten entwickelt sich aufgrund der allgemein steigenden Lebenserwartung und des im Vergleich zu anderen Kassen verhältnismässig hohen Rentneranteils seit Jahren ungünstig und kostensteigernd; entsprechend nimmt die Zahl der an Altersdiabetes erkrankten Patienten zu.

Diabetesvertrag der KVMV mit der AOK M-V

Die KV Mecklenburg-Vorpommern

und die AOK M-V einigten sich auf die folgende Vereinbarung zum Diabetes-Gesundheitsmanagement (kurz: «Diabetesvereinbarung»):

Zieldefinition: Ziel der Vereinbarung ist es, «mit einem aktiven Diabetes-Gesundheitsmanagement die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Diabetikerversorgung für die bei der AOK versicherten DiabetikerInnen landesweit messbar, nachweisbar und anhaltend zu verbessern und die Zahl der jährlich neu an diabetologischen Spätfolgen erkrankenden DiabetikerInnen, entsprechend der «St. Vincent Deklaration», zu senken». Hinter dieser Formulierung verbergen sich monetäre Ziele der Krankenkasse. Kurzfristig sollen die Leistungen der häuslichen Krankenpflege und die Zahl der Krankenhauseinweisungen von Diabetikern durch Hausärzte gesenkt werden. Langfristig soll die Zahl der Amputationen und Erblindungen verringert werden. Gleichzeitig werden, entsprechend dem Grundsatz «das Geld soll der Leistung folgen», zusätzliche Mittel für den ambulanten Bereich bereitgestellt. «Das Programm Diabetes-Gesundheitsmanagement ist erfolgreich, wenn nachweisbare Ergebnisse hinsichtlich Wohlbefinden, Lebensqualität und langjähriger Progressionsverzögerungen beziehungsweise Abnahme

der diabetologischen Folgeerkrankungen vorliegen und es damit zusammenhängend zu deutlich verminderten und messbaren Diabetesbedingten Ausgaben kommt.»

Organisation der Diabetikerversorgung: Die Diabetikerversorgung erfolgt in 2 Versorgungsebenen:

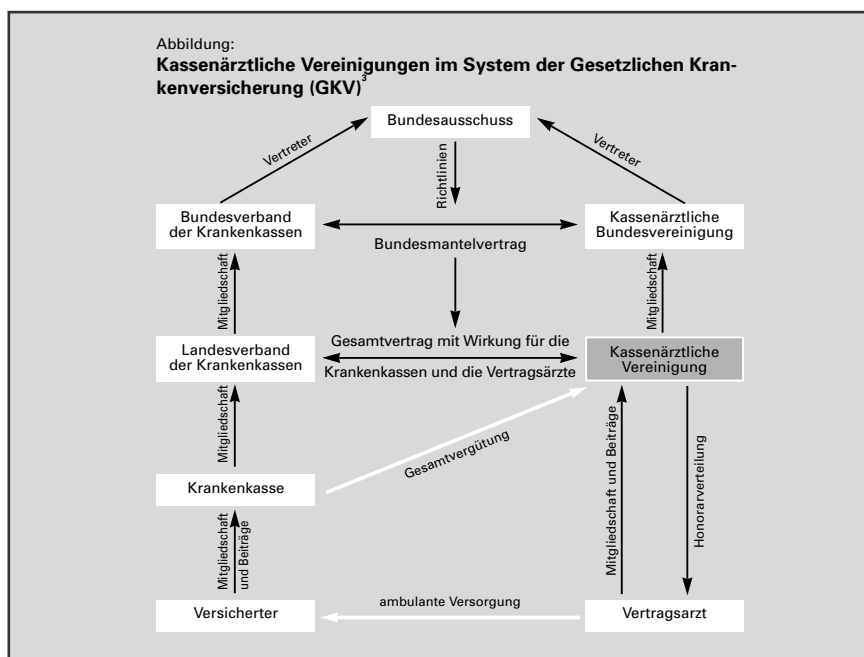
■ **Versorgungsebene 1 (VE 1):** Die ambulante dauerhafte Versorgung der DiabetikerInnen erfolgt im hausärztlichen Bereich und in Einzelfällen durch fachärztlich niedergelassene Internisten. Ambulante dauerhafte Versorgung bedeutet mindestens eine diabetologische Konsultation pro Quartal und mindestens eine HbA_{1c}-Wert-Messung² pro Quartal sowie die Erhebung weiterer Befunde, die dann auf dem Dokumentationsbogen erfasst werden.

■ **Versorgungsebene 2 (VE 2):** Die Diabetologische Schwerpunktpraxis (DSP) ist als spezialisierte Versorgungseinrichtung der hausärztlichen Versorgungsebene nachgeordnet und erbringt spezifische diagnostische und therapeutische Leistungen im Rahmen der Diabetikerbetreuung. Grundlage der Diabetestherapie sind wissenschaftliche Leitlinien. Struktur-, Prozess- und Ergebnisparameter bestimmen die Anforderungen an die Qualität der Arztpraxen. Das *Überweisungsverhalten* zwi-

schen den Versorgungsebenen wird durch Qualitätsindikatoren geregelt. Entspricht ein Qualitätsindikator nicht mehr dem Versorgungsauftrag des Arztes der VE 1, wird der Diabetiker in die VE 2 (DSP), die VE 3 (Krankenhaus) oder zur Schulung überwiesen. Wird beispielsweise der HbA_{1c}-Wert von 7,5 Prozent über zwei bis drei Quartale überschritten, dann soll der Hausarzt den Patienten an eine DSP überweisen. Die Rücküberweisung zum Arzt der VE 1 erfolgt, wenn die Qualitätsindikatoren wieder seinem Versorgungsauftrag entsprechen, jedoch maximal nach zwei Quartalen. Die Ärzte der VE 1 veranlassen grundsätzlich vor jeder Diabetesbedingten stationären Einweisung, ausser im Notfall, die Vorstellung in einer DSP.

Honorierung: Die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit der Diabetikerbehandlung erfolgt nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Für die *zusätzlichen Leistungen* (Dokumentation, Überweisungsprozedere, Schulung, Qualitätsverbesserung) erfolgt eine zusätzliche Vergütung, wobei die Auszahlung der Sondervergütung für die DSP und der Überweisungspauschale für den Hausarzt daran gebunden ist, dass der Patient nach erfolgter Mitbehandlung durch die Schwerpunktpraxis an den Hausarzt zurück überwiesen wurde.

Controlling: Zur Steuerung und Evaluation der Vereinbarung (Controlling) wird ein *Dokumentationsverfahren* durchgeführt. Aus der genannten Zieldefinition und den Qualitätsindikatoren leiten sich konkrete Ergebnisparameter ab, die mit Hilfe eines Dokumentationsbo-



² Das Therapieziel muss eine normnahe Einstellung des Blutzuckers sein, die zu HbA_{1c}-Werten führt, die im oberen Normbereich liegen oder leicht erhöht sind. Der HbA_{1c}-Wert ist ein Laborwert, der Auskunft gibt über die mittlere Blutzuckereinstellung während der letzten sechs bis acht Wochen («Blutzuckergedächtnis»).

³ In Deutschland sind rund 90 Prozent der Bevölkerung obligatorisch in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert. Daneben gibt es eine Private Krankenversicherung, in der sich selbständig Erwerbende, Beamte und Angestellte mit höherem Einkommen versichern können.

gens kontinuierlich erfasst und ausgewertet werden⁴. Die *Erstdokumentation* dient zur Einschätzung der Ausgangsversorgungssituation. Danach werden kontinuierlich, jeweils im Abstand von 12 bis höchstens 15 Monaten, *Folgedokumentationen* erhoben. Zuständig für die Dokumentation ist im Regelfall der dauerhaft behandelnde Arzt. Er hat die Dokumentation zusammen mit den Abrechnungsunterlagen bei der Kassenärztlichen Vereinigung einzureichen.

Die Folgedokumentation dient der Qualitätssicherung und der Verlaufskontrolle. Zusammen mit der Erstdokumentation bildet sie die Grundlage für die zusätzliche qualitätsorientierte Ergebnisvergütung sowie für die Honorierung des erhöhten Dokumentations- und Koordinationsaufwandes. Zudem ermöglichen die Folgedokumentationen einen Überblick über die langfristige Entwicklung der Versorgungssituation. So kann überprüft werden, ob die in der Diabetesvereinbarung angestrebte Ergebnisqualität erreicht wird. Das begleitende Controlling ist gemeinsame Aufgabe der KV und der Krankenkasse.

Erfahrungen

Die Diabetesvereinbarung gilt seit dem 1. April 2000. Nach 6 Quartalen hat sich gezeigt, dass es sehr mühsam ist, das Überweisungsverhalten zwischen den Versorgungsebenen im Sinne einer optimalen und zugleich wirtschaftlichen Patientenversorgung zu steuern. Neben der *ärztlichen Zusammenarbeit* spielt auch der *Patient mit seinem Inanspruchnahmeverhalten* eine wesentliche Rolle bei der Umsetzung der Vereinbarung. Ein Diabetiker, der erst einmal von einer diabetologischen Schwerpunktpraxis behandelt und optimal eingestellt wurde, wird nicht in jedem Fall von sich aus zur weiteren Betreuung zu seinem Hausarzt zurückkehren. Beide Aspekte zusammen stehen der optimalen Umsetzung der Versorgungskette entgegen.

Insgesamt liegen aus den ersten 4 Quartalen 18 000 Erstdokumentationsbögen vor, sodass von den rund 60 000 Diabetikern der AOK fast ein Drittel bereits im ersten Jahr im Rahmen des Vertrags betreut wurde. Es beteiligen sich gegenwärtig bereits 600 dauerbetreuende Praxen und 40 diabetologische Schwerpunktpraxen an dem Vertrag (insgesamt gibt es im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern rund 2500 Vertragsärzte).

Zurzeit läuft die erstmalige Abrechnung der Ergebnisvergütung. Aus dem 2. Quartal 2000 (Startquartal) gingen 5000 Erstdokumentationen ein. Diese wurden zusammengeführt mit den zugehörigen Folgedokumentationen des 2. Quartals 2001. Die Qualität der Dokumentation ist noch nicht optimal. Zum Teil sind Versichertennummer, Arztnummer, Datumsangaben, Krankenkasse und Ähnliches durch den Arzt unplausibel beziehungsweise nicht angegeben worden. Ebenfalls sind auf einer Reihe von Bögen die Befunde, welche Voraussetzung für die Ergebnishonorierung sind, nicht oder falsch

angekreuzt, wodurch die auszahlende ergebnisorientierte Vergütung hinter dem erwarteten Volumen zurückbleibt.

Unabhängig von Fragen der Vergütung werden die Ergebnisse des Vertrages von einem wissenschaftlichen Institut evaluiert. Die ersten Ergebnisse belegen die Effektivität der Betreuung. Bei 65,4 Prozent der Patienten, deren HbA_{1c}-Wert im Startquartal über 7,5 Prozent lag und damit nicht optimal war, wurde eine Verbesserung gegenüber der Erstdokumentation erreicht. Zurzeit werden die vorliegenden Daten auch mit Arzneimittel- und Krankenhausdaten zusammengeführt, um vollständige Informationen über die Entwicklung des Gesundheitszustandes und den Ressourcenverbrauch zu gewinnen. ■

Autor:
Dr. Mark Richter

Vorstandsreferent
der Kassenärztlichen Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Schwerin
E-Mail: mrichter@kvmmv.de

Disease-Management-Programme der Krankenkassen – eine Lösung?

Die Krankenkassen und die Politik in Deutschland planen derzeit die Einführung von Disease-Management-Programmen¹. Vor dem Hintergrund der Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Diabetesvereinbarung ergeben sich für diese Programme folgende Schlussfolgerungen:

- Eine (Neu-)Konzeption strukturierter Behandlungsprogramme für ausgewählte Indikationen kann von Krankenkassen allein nicht bewältigt werden; die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Kassen ist zwingend erforderlich, um erfolgreich die Versorgungsstruktur zu verbessern.
- Die Verknüpfung dieser Programme mit dem Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen könnte für Letztere zu einem Zielkonflikt führen zwischen der optimalen medizinischen Versorgung ihrer Versicherten und der Aussicht auf Rückerstattung überdurchschnittlicher Kosten durch den gemeinsamen Risikopool. Zurzeit entwickeln die Krankenkassen jeweils auf Bundesebene eigene Konzepte für Disease-Management-Programme. Es ist zu befürchten, dass alle bisher regional vereinbarten Sonderverträge durch diese Programme ersetzt werden.
- Eine Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker wird durch das «neue» Instrument der Disease-Management-Programme nicht erreicht; das Beispiel Diabetes-Gesundheitsmanagement in Mecklenburg-Vorpommern zeigt, dass bereits strukturierte, an Leitlinien orientierte Modelle der flächendeckenden Diabetikerversorgung bestehen.
- Die Erfahrungen mit der Diabetesvereinbarung zeigen, dass die grösste Herausforderung in der Umsetzung von leitliniengestützten Behandlungsprogrammen besteht und dass es nicht genügt, diese am «grünen Tisch» konzeptionell zu entwickeln.

1 Erläuterung der Redaktion: Es ist vorgesehen, dass deutsche Krankenkassen Disease-Management-Programme für chronische Krankheiten (z.B. Diabetes, Brustkrebs, Herz-Kreislauferkrankungen, Schlaganfall) einführen und akkreditieren lassen können. Die Gesundheitskosten jener Versicherten, die sie für die Einschreibung in diese Programme gewinnen können, sollen über einen gemeinsamen Risikopool unter den Krankenkassen ausgeglichen werden. So soll für Krankenversicherer ein Anreiz entstehen, sich um die bessere Versorgung chronisch Kranker zu kümmern.

4 Der Überweisungs- und Dokumentationsbogen sowie weitere Informationen zur Diabetesvereinbarung sind im Internet unter www.kvmmv.de unter «Recht/Verträge» verfügbar.