

Herausforderung Zukunft

Wie sieht in Zeiten knapper Kassen die Zukunft der strukturierten Versorgung aus? Der niederländische Gesundheitsexperte **Guus Schrijvers** skizziert verschiedene Szenarien und zieht dabei interessante historische Parallelen.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts kam die Idee der „wissenschaftlichen Betriebsführung“ auf: Das Management machte den Arbeitern detaillierte Vorgaben für die Arbeitsabläufe und die Dauer der einzelnen Arbeitsschritte. Vergleichbares spielte sich zwischen 2000 und 2010 im Gesundheitssektor ab: Viele europäische Länder legten Grenzen für die Verweildauer im Krankenhaus fest, führten diagnosebezogene Fallgruppen (DRGs) und standardisierte Behandlungspfade ein und stellten quantitative Zielvorgaben auf.

Budgets statt Standards. In der Industrie bewährten sich die strengen Normen seinerzeit nicht. Schon Ende der 1920er Jahre keimte an der Harvard Business School eine neue Idee: Macht keine starren Vorgaben, stellt den Managern einfach ein bestimmtes Budget zur Verfügung, mit dem sie auskommen müssen! Dieses Budgetsystem erlebte in der Zeit der Weltwirtschaftskrise einen beachtlichen Aufschwung. In den gegenwärtigen wirtschaftlich schwierigen Zeiten ist zu erwarten, dass alle europäischen Staaten Budgetierungsverfahren für das Gesundheitswesen entwickeln werden. Dabei sind zwei Szenarien vorstellbar.

Entweder erhält jeder Leistungserbringer ein individuelles Budget. Die Folgen wären die gleichen wie zur Zeit der Großen Depression: mehr Leistungsdruck und weniger Lohn für die Beschäftigten. Patienten müssten sich auf einen eingeschränkten Zugang zur Versorgung und längere Wartezeiten gefasst machen und damit rechnen, zu anderen Leistungserbringern „abgeschoben“ zu werden, sobald sie höhere Kosten verursachen.

Die andere Möglichkeit wäre, Leistungserbringern für die Versorgung bestimmter Personengruppen, etwa aller Diabetespatienten in einem Bundesland oder aller Bewohner einer Region, Gesamtbudgets zur Verfügung zu stellen, die sämtliche Kosten für Haus- und Fachärzte, Medikamente und Krankenhausbehandlungen abdecken. Die USA sind schon weiter. Hier bekommen regionale Verbände zur Integrierten Versorgung, sogenannte Accountable Care Organizations einen Teil des eingesparten Geldes, wenn sie eine qualitativ hochwertige Versorgung besonders wirtschaftlich erbringen („Shared Savings“).

Die Zeit drängt. Das zweite Szenario ist patientenfreundlicher. Doch die Arbeit mit pauschalen Vergütungen steckt noch in den Kinderschuhen. In den Niederlanden werden pauschale

Vergütungen für die Versorgung von Chronikern erprobt. In Deutschland gibt es Zuschläge für Disease-Management-Programme. Von Budgets, die alle Kosten für chronisch kranke Patienten in DMPs abdecken, sind wir aber noch weit entfernt. Das Modellprojekt zur Integrierten Versorgung im süddeutschen Kinzigtal ist europaweit bekannt. Doch was in einer ländlichen Region funktioniert, kann in einer Großstadt scheitern. Wissenschaftler und Politiker werden noch einige Zeit brauchen, um neue Vergütungssysteme zu entwickeln, die auf den Ideen von Gesamtbudgets, pauschalierter Vergütung und Shared Savings aufbauen. Es steht zu hoffen, dass es ihnen rasch gelingt. ■

Prof. Dr. Guus Schrijvers, PhD lehrt Public Health am Julius Centrum der Medizinischen Fakultät an der Universität Utrecht und ist Vorsitzender der International Foundation of Integrated Care.

Deutsche DMP geben wichtige Impulse



Disease-Management-Programme (DMP) sind aus der heutigen Versorgung chronischer Erkrankungen nicht mehr wegzudenken und kaum eine Krankenversicherung lässt es sich nehmen, dazu eigene Konzepte zu entwickeln. Auch wenn die Qualität der Versorgung durch die Einführung von DMPs nicht automatisch steigt und sich medizini-

nische Werte und Lebensqualität der Patientinnen und Patienten nicht allein durch die Einschreibung in ein DMP verbessern, so gingen von dieser Entwicklung doch wichtige Impulse aus, die weit über Deutschlands Grenzen hinaus reichen. Nachdem in den letzten zehn Jahren vor allem im Vordergrund stand, das Angebot auszuweiten und verschiedene Ansätze auszuprobieren, müssen nun die bestehenden Konzepte auf ihre Validität überprüft werden. Dabei gilt es vor allem, die Versorgung multimorbider Menschen in den Fokus zu rücken – Herausforderungen, die uns wohl die nächsten zehn Jahre beschäftigen werden. ■

Dr. rer. soc. oec. Katharina Viktoria Stein ist Gesundheitsökonomin und arbeitet am Institut für Sozialmedizin, Zentrum für Public Health der Medizinischen Universität Wien.