



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

OBSAN DOSSIER 45

45

Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke

Hintergründe und Schlüsselemente

Sima Djalali, Thomas Rosemann

Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden unter www.obsan.ch.

In der Reihe «**Obsan Dossier**» erscheinen Forschungsberichte, welche Fachleuten im Gesundheitswesen als Arbeitsgrundlage dienen sollen. Die Berichte werden vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Expertinnen und Experten in Auftrag gegeben oder intern erarbeitet. Der Inhalt der Obsan Dossiers unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Obsan Dossiers liegen in der Regel ausschliesslich in elektronischer Form (PDF) vor.

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autorinnen/Autoren

- Dr. med. Sima Djalali, Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich
- Prof. Dr. med. Thomas Rosemann, PhD, Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich

Begleitgruppe

- Ilona Kickbusch, Kickbusch Health Consult
- Fred Paccaud, Directeur de l'institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
- Thomas Zeltner, ehem. Direktor des Bundesamtes für Gesundheit
- Nicole Bachmann, Protagonist wicko GmbH
- Monika Diebold, Leiterin Obsan

Projektleitung Obsan

Monika Diebold

Reihe und Nummer

Obsan Dossier 45

Zitierweise

Djalali, S. & Rosemann, T. (2015). *Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke. Hintergründe und Schlüsselemente* (Obsan Dossier 45). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
Tel. 058 463 60 45
obsan@bfs.admin.ch
www.obsan.ch

Titelgrafik

Roland Hirter, Bern

Download PDF

www.obsan.ch → Publikationen
(eine gedruckte Fassung ist nicht erhältlich)

Publikationsnummer

1037-1501-05

ISBN

978-2-940502-44-8

© Obsan 2015



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke

Hintergründe und Schlüsselemente

Dr. med. Sima Djalali, Prof. Dr. med. Thomas Rosemann, PhD

Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich, Pestalozzistrasse 24, 8091 Zürich

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
Résumé	7
Vorbemerkungen / Definitionen	9
1 Einleitung	11
2 Hintergrund neuer Versorgungsmodelle	13
2.1 Leitidee der integrierten Versorgung	13
2.1.1 Integrierter Behandlungspfad	13
2.2 Rolle des Gatekeepers/-openers	14
2.3 Skillmix	15
2.4 Selbstmanagement	15
2.5 Klinische Entscheidungsfindung	16
2.5.1 Evidenzbasierte Medizin	16
2.5.2 Informationstechnologie	16
2.5.3 Shared Decision Making	18
2.6 Niederschwelliger Zugang	19
3 Verankerung neuer Versorgungsmodelle im Gesundheitssystem	21
4 Vorstellung spezifischer Modelle	23
4.1 Incentivierungsgestützte Modelle	23
4.1.1 Pay for Performance	23
4.1.2 Patientenpauschalen	24
4.2 Krankheits- und fallfokussierte Modelle	24
4.2.1 Disease Management	24
4.2.2 Case Management	25
4.3 Strukturfokussierte und organisationale Modelle	26
4.3.1 Managed-Care-Organisationen	27
4.3.2 Chronic-Care-Modell	33
4.3.3 Medizinische Versorgungszentren (Deutschland)	37
4.3.4 Maisons de santé pluridisciplinaires (Frankreich)	38
4.3.5 Multiprofessionelle Versorgungszentren (Finnland)	39
5 Schlüsselemente zur Differenzierung neuer Versorgungsmodelle	41
5.1 Evaluationsmatrix	43
5.2 Grafische Darstellung der Schlüsselementengewichtung	49
6 Anhang	59
6.1 Abkürzungsverzeichnis	59
6.2 Synonymverzeichnis	60
6.3 Abbildungsverzeichnis	61
6.4 Tabellenverzeichnis	61
7 Literatur	63
7.1 Direkt zitierte Referenzen im Text	63
7.2 Komplette Referenzliste in alphabetischer Reihenfolge	63

Zusammenfassung

Dreizehn Schlüsselemente wurden definiert anhand derer die Zielausrichtung von neuen Versorgungsmodellen für chronisch kranke und multimorbide Patienten evaluiert werden kann. Die grafische Darstellung der Schlüsselementengewichtung zeigt, dass die heute bestehenden prototypischen Modelle sehr heterogen sind und sich in ihrer Komplexität und Zielausrichtung stark unterscheiden. Dies liegt zum einen an der breiten Definition des Terminus «Versorgungsmodell» zum anderen daran, dass die Entwicklung der Modelle nicht chronologisch und gerichtet erfolgt ist, sondern das Ergebnis vielfältiger Entwicklungsströmungen, gegenseitiger Beeinflussung und unterschiedlicher Rahmenbedingungen in den zugrundeliegenden Gesundheitssystemen ist.

Unter Versorgungsmodell wird eine «Form der Leistungserbringung in der Gesundheitsversorgung» verstanden. Diese Definition lässt offen, ob spezielle Regulationen auf der Makroebene, spezielle Organisationsarten auf der Mesoebene oder spezielle Interaktionsformen auf der Mikroebene des Gesundheitssystems gemeint sind. Folglich umfasst eine Betrachtung neuer Versorgungsmodelle für chronisch kranke und multimorbide Patienten sämtliche Szenarien, die eine Anpassung von Makro-, Meso- und/oder Mikroebene bestehender Gesundheitssysteme an die Versorgung chronisch kranker und multimorbider Patienten vorsehen. Im Endeffekt werden so Modelle mit starker Fokussierung auf Einzelemente (z.B. finanzielle Incentives für Leistungserbringer) mit holistischen Modellen verglichen, die eine komplette Neuausrichtung der Grundversorgung vorsehen und die Versorgung chronisch kranker und multimorbider Patienten in ein Gesamtkonzept zur Gesundheitsversorgung der Gesamtbevölkerung einbetten.

Wie «neu» ein Versorgungsmodell ist, d.h. im Vergleich zum Status quo der Gesundheitsversorgung Anpassungen bedeutet, hängt von der nationalen Ausgangslage ab. Dies zeigt sich vor allem am Beispiel der Managed-Care-Modelle, die im europäischen Setting umfassende strukturfokussierte/organisationale Modelle darstellen, im amerikanischen Setting dagegen eine Form der Regelversorgung darstellen. Betrachtet man die Abdeckung der Schlüsselemente, fällt auch auf, dass die Managed-Care-Modelle eine vergleichsweise geringe Abdeckung aufweisen. Dies rührt daher, dass es sich um gewachsene Systeme handelt, die aus den Gegebenheiten des amerikanischen Gesundheitsmarktes ohne obligatorische Grundversicherung resultieren und nicht primär für die bessere Versorgung chronisch kranker und multimorbider Patienten entwickelt wurden. Erst im europäischen Setting stellen sie eine Neuerung dar. Angesichts der geringen Abdeckung der Schlüsselemente stellt sich jedoch die Frage, ob sie hinsichtlich der Versorgung chronisch kranker Menschen die optimale Neuerung darstellen. Ähnliche Fragen erwachsen bei der Betrachtung der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nach deutschem Vorbild. MVZ zeigen die geringste Abdeckung der Schlüsselemente.

Die breiteste Abdeckung von Schlüsselementen zeigen das Chronic-Care-Modell (CCM) und seine Variationen Guided Care, PCHM und Primärversorgungspraxis, theoretisch konzipierte Modelle, die extra im Hinblick auf die Anforderungen der Versorgung chronisch kranker Menschen entwickelt wurden. Sie unterscheiden sich von allen anderen Modellen hauptsächlich darin, dass sie die Schlüsselemente «Selbstmanagement», «Shared Decision Making» und «Skillmix» abdecken.

Allein aufgrund der Muster der Schlüsselementengewichtung lassen sich jedoch keine Schlüsse auf den tatsächlichen Impact von Versorgungsmodellen auf die Outcomes chronisch kranker und multimorbider Patienten ziehen. Es kann durchaus sein, dass ein stark auf Einzelemente fokussiertes, aber flächendeckend implementiertes Modell kurzfristig einen grossen, messbaren Einfluss entfaltet und komplexe organisationale Modelle an der Implementierung scheitern. Gerade die Schlüsselemente «Selbstmanagement», «Shared Decision Making» und «Skillmix» sind nicht einfach implementierbar sondern setzen neben umfassenden strukturellen Reorganisationen auch tiefgreifende Veränderungen an der Haltung und Gesinnung der Gesellschaft im Allgemeinen und der Leistungserbringer im Besonderen voraus. Änderungen in diesen Domänen zu bewirken, provoziert häufig irrationale, emotionale und von Partikularinteressen getragene Widerstände. Dies muss bei Implementierungsplänen berücksichtigt werden und sich in langfristigen strategisch angelegten «Gesellschaftsinterventionen» niederschlagen,

z.B. einer zielgerichteten Bildungsreform, die zukünftige Leistungserbringer für die Realisierung der Schlüsselemente ausbildet.

Bei Schlussfolgerung aufgrund der Schlüsselementengewichtung ist ferner zu beachten, dass in der vorliegenden Arbeit lediglich die prototypischen Grundkonzepte bestehender, als neu angesehener Versorgungsmodelle untersucht wurden. Die Realisation von Grundkonzepten im Alltagssetting geht häufig mit pragmatischen Änderungen einher. Zudem ist besonders die Umsetzung von Elementen auf der Mikroebene oft geprägt von der Persönlichkeit der Umsetzenden. In der Folge kann es zu Abweichungen kommen, so dass ein spezifisches Projekt zur Umsetzung eines Modells eine andere Schlüsselementengewichtung aufweist als das prototypische Grundkonzept. Es ist daher angezeigt, spezifische Umsetzungsprojekte nicht aufgrund des Grundkonzepts zu bewerten, auf dem sie theoretisch basieren, sondern die hier vorgestellte Evaluationsmatrix auf den Einzelfall anzuwenden.

Die Schlussfolgerungen, die zweifelsfrei gezogen werden können, sind die Antwort auf die Frage, was ein Modell umfasst und was nicht. Diese scheinbar banale Feststellung ist essenziell für die Bewertung von Förderungsanträgen für Umsetzungsprojekte und die zukünftige (Weiter-)Entwicklung von Modellen. Entscheidungsträger, die die Förderung von Umsetzungsprojekten regulieren oder Entwickler, die ein neues Versorgungsmodell konzipieren, können mithilfe der Matrix prüfen, welche Schlüsselemente abgedeckt sind und ob dies mit der angestrebten Zielsetzung übereinstimmt.

Résumé

Treize éléments clés ont été définis pour évaluer les nouveaux modèles de prise en charge des malades chroniques et des patients multimorbides. Une série de graphiques montrant le poids respectif de ces éléments dans chaque modèle fait apparaître leur hétérogénéité. Les modèles qui existent aujourd'hui à l'état de prototypes se différencient fortement par leur degré de complexité et par leurs orientations. Cette hétérogénéité tient d'une part à la définition très large de la notion de « modèle de soins », d'autre part au fait que les modèles qui existent aujourd'hui ne sont pas le résultat d'une évolution chronologique ordonnée, mais le fruit de courants multiples, d'influences diverses, et des conditions spécifiques du système de santé dont ils sont issus.

Par modèle de soins, on entend une « forme de prise en charge des patients au niveau des soins de base ». Cette définition, très ouverte, englobe des modèles qui prévoient soit des régulations spéciales au niveau macrostructurel, soit des formes d'organisation spéciales au niveau mésostructurel, soit des modes d'interaction spéciaux au niveau microstructurel du système de santé. Étudier les nouveaux modèles de soins, c'est examiner l'ensemble des scénarios qui visent à adapter les macrostructures, les mésostructures et/ou les microstructures du système de santé. On est dès lors amené à comparer des modèles fortement axés sur des éléments particuliers (p. ex. sur les incitations financières visant les fournisseurs de prestations) avec des modèles holistiques qui tendent à une refonte complète du système de santé et qui intègrent la question des maladies chroniques et de la multimorbidité dans une conception générale des soins de santé.

Le degré de « nouveauté » d'un modèle de soins – l'étendue des adaptations qu'il propose par rapport au statu quo – dépend du contexte national de départ. On le voit bien si l'on considère par exemple les modèles de *managed care*, qui dans le contexte européen passent pour des modèles structurels/organisationnels novateurs, alors que dans le contexte américain ils sont une forme classique de prise en charge des malades. Les modèles de *managed care* incluent relativement peu d'éléments clés. Il s'agit de modèles qui se sont développés progressivement dans le contexte du marché de la santé américain, où les soins de base ne sont pas obligatoires, et qui n'avaient pas pour but principal d'améliorer la prise en charge des malades chroniques et des patients multimorbides. C'est seulement dans le contexte européen qu'ils font figure de nouveauté. Vu le peu d'éléments clés qu'ils incluent, on peut se demander s'ils constituent une solution optimale pour la prise en charge des malades chroniques. On peut se poser la même question pour les *Medizinische Versorgungszentren (MVZ)* allemands. Les MVZ sont, parmi les modèles ici étudiés, ceux qui couvrent le moins d'éléments clés.

Les modèles qui incluent le plus d'éléments clés sont le *chronic care modell (CCM)* et ses variantes: *Guided Care*, *PCHM* et *Primärversorgungspraxis*. Ces modèles, fruit d'une réflexion théorique, ont été développés tout spécialement pour la prise en charge des malades chroniques. Contrairement à tous les autres modèles, ils comportent les éléments « autogestion du patient », « *shared decision making* » et « *skillmix* ».

L'analyse des éléments constitutifs de chaque modèle ne permet pas, à elle seule, de tirer des conclusions sur leur efficacité réelle et sur l'*outcome* qu'on peut en attendre dans le traitement des maladies chroniques et de la multimorbidité. Il se peut qu'un modèle limité à quelques éléments, mais réalisé à l'échelle nationale, produise rapidement des effets importants et mesurables, et que des modèles organisationnels plus complexes s'avèrent impossibles à mettre en œuvre. Les éléments « autogestion du patient », « *shared decision making* » et « *skillmix* » ne sont pas faciles à mettre en pratique. Ils nécessitent des restructurations importantes et impliquent des changements profonds dans les mentalités et dans les habitudes de la population et des fournisseurs de prestations. La mise en œuvre de tels changements risque de soulever des résistances irrationnelles, émotionnelles, liées à des intérêts particuliers. Il faut en tenir compte dans les plans de réalisation et prévoir à long terme une stratégie d'« intervention sur la société », par exemple une stratégie de réforme ciblée de la formation aux fins de préparer les fournisseurs de prestations à appliquer les éléments clés du modèle qu'on veut mettre en œuvre.

Avant toute conclusion, il faut considérer aussi que le présent travail ne fait qu'analyser les structures générales d'une série de modèles qui sont aujourd'hui à l'état de prototypes. Or la structure générale d'un modèle subit souvent, au moment de sa mise œuvre, des adaptations pragmatiques. Souvent aussi la réalisation de certains éléments, surtout au niveau microstructurel, est influencée par la personnalité de ceux qui les mettent en œuvre. Le modèle peut alors subir des changements tels que ses éléments clés ne seront plus tout à fait ceux du prototype initial. Nous recommandons à ceux qui ont à évaluer un projet de réalisation particulier de ne pas considérer seulement la structure théorique du modèle de départ, mais d'utiliser dans chaque cas la matrice d'évaluation exposée dans la présente étude.

Cette matrice permet de déterminer avec certitude ce qu'un modèle comprend et ce qu'il ne comprend pas. Cela peut paraître banal mais c'est essentiel pour évaluer un projet de réalisation et pour apprécier le potentiel d'évolution d'un modèle. Les autorités chargées de contrôler la réalisation des projets et les développeurs qui travaillent à la conception de nouveaux modèles pourront, grâce à cette matrice, vérifier quels éléments clés sont assurés et si ces éléments correspondent aux objectifs visés.

Vorbemerkungen / Definitionen

Vorbemerkungen

Da insbesondere der Bereich der Pflege durch zunehmende Spezialisierung und Akademisierung einem grossen Wandel unterworfen ist und international viele unterschiedliche Fachtitel in Verwendung sind, werden die Angehörigen dieser Fachgruppen im folgenden Bericht aus Gründen der Verständlichkeit – wenn nicht explizit anders benannt – als «Pflegefachpersonen» bezeichnet. Werden zusätzlich nicht-pflegerische Gesundheitsberufe (z.B. Diätberater, Apotheker) eingeschlossen, werden sie als «Gesundheitsfachpersonen» bezeichnet.

Definitionen

Neue Versorgungsmodelle: neuartige Formen der Leistungserbringung in der Gesundheitsversorgung. Die Klassifikation «neu» bezeichnet dabei nicht notwendigerweise eine erst kürzlich begonnene Entwicklungsgeschichte sondern den Umstand, dass die praktische Umsetzung dieser Modelle noch nicht die Regel ist und die Implementierung je nach Modell und nationaler Ausgangslage graduelle bis tiefgreifende Eingriffe an den heute bestehenden Gesundheitssystemen erfordern würde.

Leistungserbringer: Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen sowohl im personellen (z.B. einzelner Arzt) als auch institutionellen Sinn (Spital, Spitex, Pflegeheim).

(Medizinische) Grundversorgung: ambulante Versorgung der Bevölkerung durch ärztliche Grundversorger/Hausärzte (Ärzte mit Praxistätigkeit und Weiterbildungstitel in Allgemeinmedizin/Innere Medizin/Allgemeine Innere Medizin/Kinder- und Jugendmedizin resp. einem Titel als praktischer Arzt) sowie Angehörige weiterer Gesundheitsberufe wie Plegefachpersonen, Medizinische Praxisassistenten, Fachangestellte Gesundheit, Apotheker, Hebammen, Physio- und Ergotherapeuten.

Ebenen des Gesundheitssystems:

Mikroebene: Direkte Interaktion zwischen Patienten und den Versorgenden

Mesoebene: Organisation der Leistungserbringung

Makroebene: Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems (gesetzlich, finanziell, gesellschaftlich)

Sektoren des Gesundheitssystems: Gliederung des Gesundheitssystems in die Bereiche: Ambulante Versorgung, Stationäre Versorgung, Rehabilitationseinrichtungen.

Versorgungskette: Abfolge der Leistungserbringung.

Behandlungskette: Abfolge von diagnostischen und therapeutischen Prozessen.

1 Einleitung

Traditionell ist die Gesundheitsversorgung weltweit auf die Behandlung akuter Krankheiten ausgerichtet. In den Industrieländern wie der Schweiz haben sich hochspezialisierte, multidisziplinäre und -sektorale Gesundheitssysteme gebildet. Angesichts der steigenden Zahlen chronisch kranker und multimorbider Menschen in diesen Ländern stossen die Gesundheitssysteme jedoch an ihre Grenzen. Da chronisch kranke und multimorbide Patienten eine Vielzahl von Versorgungsbedürfnissen zur selben Zeit aufweisen, die einerseits in unterschiedlichen medizinischen Disziplinen angesiedelt sind und andererseits auch überlappen, sind diese Patienten häufig von Unter- und/oder Überversorgung betroffen. Es mangelt an einer Koordinierung der Behandlungskette über die Schnittstellen der verschiedenen Leistungserbringer und Sektoren hinweg.

Moderne Ansätze für die Versorgung chronisch kranker und multimorbider Patienten haben alle zum Ziel, dieses Defizit zu beheben und damit einerseits Versorgungslücken zu schliessen und andererseits Doppelspurigkeiten zu vermeiden. Die gemeinsame Leitidee ist das Konzept der «integrierten Versorgung». Dabei unterscheiden sich die Ansätze jedoch in ihrem Komplexitätsgrad und Fokus.

Ziel dieser Arbeit ist es, Gemeinsamkeiten und Unterschiede neuer Versorgungsmodelle aufzuzeigen und Schlüsselemente zu identifizieren, die eine schematische Charakterisierung und Differenzierung bestehender und zukünftig entwickelter integrierter Versorgungsmodelle erlauben.

2 Hintergrund neuer Versorgungsmodelle

2.1 Leitidee der integrierten Versorgung

Das Konzept der integrierten Versorgung ist die Leitidee der neuen Versorgungsmodelle für chronisch kranke und multimorbide Patienten. Darunter wird eine interdisziplinäre und sektorübergreifende Gesundheitsversorgung verstanden. Die Idee ist, dass durch eine stärkere Vernetzung der verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen und Professionen, inklusive konkreter netzinterner Kooperationsprotokolle und eines Qualitätsmanagements (Kapitel 2.1.1), eine kohärente und hinsichtlich Kosten-Nutzen-Profiles effiziente Gesundheitsversorgung gewährleistet werden kann. Allerdings besteht keine eindeutige Definition, die das Organisationssystem und konkrete Instrumente der integrierten Versorgung festlegt.

Vernetzen sich Leistungserbringer innerhalb eines Sektors miteinander (z.B. Bildung von Spitalketten, Spitexverbänden, Ärztenetzwerken) spricht man von horizontaler Integration. Vernetzen sich Leistungserbringer verschiedener Sektoren (z.B. Kooperationen zwischen Spital, Rehabilitationseinrichtung und Pflegeheim), spricht man von vertikaler Integration. Kennzeichnend ist in beiden Fällen, dass vormals getrennt voneinander agierende Leistungserbringer ihre Tätigkeiten aufeinander abstimmen. Diese Vernetzung kann sowohl durch Fusion von Institutionen, Neugründung von Kooperationsgesellschaften oder lockeren Kooperationsvereinbarungen zwischen Leistungserbringern entstehen.

2.1.1 Integrierter Behandlungspfad

Theoretische Grundvoraussetzungen für die Vernetzung von Leistungserbringern zu einem integrierten Versorgungsverbund sind, dass alle Teilnehmer:

- die Ressourcen ihres Verbunds kennen
- ein gemeinsames Verständnis vom optimalen Ressourceneinsatz haben
- eine definierte Rolle innerhalb der Versorgungskette einnehmen
- die Schnittstellen zu vor- und nachgelagerten Leistungserbringern in der Versorgungskette kennen
- standardisiert miteinander kommunizieren.

Zur Sicherstellung dieser Voraussetzungen kann ein sogenannter integrierter Behandlungspfad geschaffen werden, ein Protokoll, das den optimalen Weg eines speziellen Patiententyps durch ein definiertes Versorgungsnetz beschreibt mit seinen entscheidenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen und zeitlichen Abfolgen. Synonym gebrauchte Begriffe sind: Behandlungspfad, Patientenpfad, Versorgungspfad, Clinical pathway (CP), Standard operation procedure (SOP).

Die Pfaderstellung umfasst die Benennung von Unterstützungsprozessen, Art und Umfang des Ressourcenverbrauchs sowie das Festlegen von geeigneten Regelpunkten und Qualitätszielen, um den Pfad kontinuierlich evaluieren und anpassen zu können (Qualitätsmanagement). Ausgehend von einer standardisierten Beschreibung dessen, was in einem klinischen Versorgungssetting üblich ist, wird eine kontinuierliche Effizienzsteigerung angestrebt. Behandlungspfade werden eingesetzt als Steuerungsinstrument einer integrierten Versorgungskette, das die interdisziplinäre und interprofessionelle Kooperation beschreibt sowie die Massnahmen zur Umsetzung, Steuerung und ökonomischen Bewertung. Integration meint den Verknüpfungsprozess, bei dem einzelne Tätigkeiten, Rollen, Berufsgruppen, Organisationen, die innerhalb des Versorgungsnetzes zur Verfügung stehen, sowohl in horizontaler (arbeitsteiliger, funktionsspezialisierter) als auch in vertikaler (hierarchischer) Hinsicht beschrieben werden.

Somit sind die Wege der Patienten innerhalb eines integrierten Versorgungssystems theoretisch nachvollziehbar und durch pauschalisierte Prozessabsprachen unter den Leistungserbringern vorausgeplant. In der Praxis werden jedoch oft patientenindividuelle Prozessadaptionen benötigt. Vor

allem multimorbide Patienten, deren komplexe Versorgungsbedürfnisse sich nur bis zu einem gewissen Grad pauschalisieren lassen, sollen von einer Steuerungsinstanz profitieren, die die Versorgung orchestriert und eine Vielzahl pauschalisierter Einzelprozesse zu einer individualisierten Versorgungskette aneinanderreicht.

2.2 Rolle des Gatekeepers/-openers

Viele neue Versorgungsmodelle für chronisch kranke und multimorbide Patienten kombinieren das Konzept der integrierten Versorgung mit dem Einsatz eines designierten Behandlungskordinators, dem Gatekeeping- oder Gateopening-Prinzip.

Historisch stammt das Gatekeeping-Prinzip aus den US-amerikanischen Managed-Care-Organisationen (Kapitel 4.3.1) und dient der Steuerung der Patienten bei Eintritt in das Gesundheitssystem. Ein Leistungserbringer, der die Gatekeeper-Rolle übernimmt, ist bei gesundheitlichen Belangen der erste Ansprechpartner für den Patienten. Er übernimmt die Abklärung und Behandlung innerhalb seines medizinischen Kompetenzbereichs und überweist den Patienten bei Bedarf an Spezialisten/Fachinstitutionen weiter. Damit wird eine Triage der Patientenströme erreicht, die zur Entlastung und allgemeinen Effizienzsteigerung des Gesundheitssystems führen soll.

Voraussetzung für den Erfolg des Prinzips ist die verbindliche Anerkennung des Gatekeepers als erstem Ansprechpartner. Systeme, die Gatekeeper einsetzen, setzen daher in der Regel krankenversicherungsassoziierte Incentives resp. Restriktionen für Patienten ein, um zu verhindern, dass diese den Gatekeeper umgehen und eigenmächtig spezialisierte Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen (z.B. Reduktion der Krankenversicherungsprämie bei Einhaltung des Prinzips resp. Kostenübernahmeverweigerung bei Leistungsbezug, der nicht vom Gatekeeper empfohlen wurde).

Um sich von der negativen Konnotation der Leistungseinschränkung zu lösen und stattdessen den Aspekt einer bedarfsangepassten Vermittlung von Leistungen als Funktion zu betonen, wird gelegentlich der Begriff **Gateopener** dem -keeper vorgezogen.

Im erweiterten Begriffsverständnis wird mit dem Gatekeeping/-opening auch die Koordination der gesamten folgenden Behandlungskette verknüpft, d.h. der Gatekeeper/-opener plant die Behandlung des Patienten schnittstellenübergreifend, sammelt und evaluiert alle Befunde, vereint sie zu einer Gesamtsicht des Patienten und plant dann die weitere Behandlung bedarfsangepasst. Somit bleibt er auch im Verlauf der primäre Ansprechpartner für den Patienten und übernimmt die Funktion eines Lotsen im Gesundheitssystem, der den Weg des Patienten durch das System steuert und andere Leistungserbringer integriert. Wem diese Rolle zugeschrieben wird, variiert. Je nach Modell werden beschrieben:

- Hausarzt
- Multidisziplinäres Hausarztpraxis-Team
- Speziell geschulte Gesundheitsfachpersonen.

Charakteristisch ist, dass der Gatekeeper/-opener in der Grundversorgung tätig ist, d.h. die Behandlung chronisch kranker und multimorbider Patienten ist in den neuen Versorgungsmodellen primär in der Grundversorgung angesiedelt.

2.3 Skillmix

Der Einbezug nicht-ärztlicher Berufsgruppen – ob in der Funktion des Gatekeepers/-openers oder als nicht-steuernder Leistungserbringer innerhalb der koordinierten Versorgungskette – ist ein Merkmal vieler neuer Versorgungsmodelle für chronisch kranke und multimorbide Patienten und wird als «Skillmix» bezeichnet.

Ursprünglich stammt der Begriff aus der Pflegewissenschaft und bezeichnet die Durchmischung spezieller Berufs- und Lebenserfahrungen, Spezialisierungen in einem Teilbereich und/oder individueller Fähigkeiten innerhalb eines Pflgeteams. Dahinter steht der Gedanke, dass unterschiedliche Leistungen in der Pflege von unterschiedlich qualifizierten Mitarbeitern erbracht werden können. Gelegentlich wird der Begriff Grademix zusätzlich abgegrenzt, der explizit die Durchmischung unterschiedlicher, offiziell anerkannter Bildungsabschlüsse innerhalb des Berufsfeldes Pflege und Betreuung bezeichnet.

Im erweiterten Begriffsverständnis wird die Durchmischung unterschiedlicher ärztlicher und nicht-ärztlicher Professionen in der medizinischen Betreuung verstanden, wobei es zwei Ausprägungen gibt: bestimmte, traditionell ärztliche Aufgaben werden an entsprechend geschultes Pflegefachpersonal delegiert und von diesem weitestgehend eigenverantwortlich ausgeführt und/oder das ärztliche Leistungsspektrum wird routinemässig durch ergänzende Leistungen von Gesundheitsfachpersonen erweitert.

Während die Delegation vormals ärztlicher Aufgaben in den angelsächsischen und skandinavischen Ländern schon länger Tradition hat und nicht durch die Zunahme chronisch kranker Patienten zu begründen ist, gewinnen nicht-ärztliche Zusatzleistungen vor allem durch die neuen Versorgungsmodelle für chronisch kranke und multimorbide Patienten an Bedeutung. In diesem Rahmen ermöglicht es der Skillmix, vormals überlastete Ressourcen frei zu machen und neue Ressourcen zu schaffen. Insbesondere der Service der Grundversorgung wird so erweitert und es können umfassende Betreuungskonzepte realisiert werden, die über die rein klinische Versorgung des Patienten hinausgehen und langandauernde Lebensstilmodifikationen zum Ziel haben.

2.4 Selbstmanagement

Da chronische Erkrankungen nach ihrer Manifestation nicht umkehrbar sind, sind lebenslange Betreuungskonzepte gefragt. Viele neue Versorgungsmodelle für chronisch kranke und multimorbide Patienten umfassen dabei nicht nur die strukturiert erbrachte kontinuierliche Überwachung des Gesundheitszustands und akute Intervention bei Verschlechterungen, sondern haben eine umfassende, sekundärpräventiv wirksame Lebensstilmodifikation zum Ziel.

Kennzeichnend ist, dass die Anpassung des Lebensstils nicht durch auferlegte Massnahmen erreicht werden soll, sondern durch eine Befähigung des Patienten zum Selbstmanagement. Der Begriff des Selbstmanagements stammt aus der Sozialpsychologie und bezeichnet die Kompetenz einer Person, die eigene persönliche und berufliche Entwicklung weitgehend unabhängig von äusseren Einflüssen zu gestalten. Dazu gehören Teilkompetenzen wie zum Beispiel selbstständige Motivation, Zielsetzung, Planung, Organisation, Lernfähigkeit und Erfolgskontrolle durch Feedback.

Im Kontext der Versorgung chronisch kranker Patienten ist die Kompetenz des Patienten gemeint, den Verlauf seiner Krankheit bestmöglich zu beeinflussen, Veränderungen des Gesundheitszustands zuverlässig einzuschätzen und interne und externe Ressourcen effektiv zu nutzen, um Verschlechterungen vorzubeugen bzw. sich nach Exazerbationen zu restabilisieren. Der Patient ist in der Lage, sich Behandlungsziele resp. Ziele der Lebensstilveränderung zu setzen und kennt geeignete Massnahmen, diese Ziele im Alltag zu verfolgen, kennt aber auch seine Grenzen und weiss, wann er auf Hilfe angewiesen ist. Ein Beispiel für Selbstmanagement ist die selbstständige Blutzuckerkontrolle von Diabetikern, die in der Lage sind, den Effekt bestimmter Lebensmittel auf ihren Blutzuckerspiegel

einzuschätzen, ihre individuellen Symptome bei ungünstigen Blutzuckerspiegeln kennen und Gegenmassnahmen ergreifen können ohne ärztliche Hilfe zu beanspruchen.

Die Fähigkeit zum Selbstmanagement ist eng verknüpft mit der Selbstwirksamkeitserwartung/-erfahrung – d.h. der eigenen Erwartung resp. Erfahrung, aufgrund eigener Kompetenzen gewünschte Handlungen erfolgreich selbstständig ausführen zu können. Zudem sind korrektes medizinisches Wissen sowie eine bewusste Auseinandersetzung mit der Krankheit und dem eigenen Erleben von Symptomen notwendig.

Aufgabe der Behandler innerhalb entsprechender Versorgungsmodelle ist es, den Patienten zum Selbstmanagement zu befähigen und ihn darin zu unterstützen. Dies gelingt durch gezielte Schulungen («patient education»), offene Kommunikation und Informationsbereitstellung über die Krankheit und ihre Behandlung, sowie das gemeinsame Festlegen von Behandlungszielen und eines Aktionsplans, der dem Patienten konkrete Handlungsunterstützung und Problemlösungsstrategien im Alltag bietet. Diese Unterstützung wird auch als «patient empowerment» oder «patient activation» bezeichnet. Ein zum Selbstmanagement fähiger, «aktivierter» Patient ist in die Lage, den Behandelnden auf Augenhöhe zu begegnen und selbst Verantwortung für seine Behandlung zu übernehmen. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für das Shared Decision Making (Kapitel 2.5.3).

2.5 Klinische Entscheidungsfindung

Die langfristige, idealerweise lebenslange, umfassende Betreuung chronisch kranker und multimorbider Patienten ist regelmässig mit der Notwendigkeit verbunden, Entscheidungen über den weiteren Verlauf der Behandlung zu treffen. Im Rahmen neuer Versorgungsmodelle geben standardisierte Protokolle und Behandlungspfade eine gewisse Struktur für die Entscheidungsfindung vor. Rationale für die Entwicklung und den praktischen Umgang mit diesen Leitfäden ist prinzipiell die Evidenzbasierte Medizin.

2.5.1 Evidenzbasierte Medizin

Evidenzbasierte Medizin (EbM) bezeichnet die Behandlung eines individuellen Patienten nach dem jeweils aktuellsten, validesten und brauchbarsten verfügbaren medizinischen Wissen, welches durch systematische Literaturrecherche und Qualitätsbewertung generiert wurde und vom Behandler aufgrund seiner klinischen Expertise und Kenntnis des individuellen Falles für anwendbar befunden wurde. Die systematische Literaturrecherche und Bewertung der Validität erfolgt nach speziellen Kriterien. In der ursprünglichen Lehre wird die Durchführung der systematischen Literaturrecherche und Validitätsbewertung vom Behandler selbst gefordert, was aufgrund der grossen Zahl an Publikationen jedoch heute nicht mehr praktikabel ist. Heute wird diese Arbeit von Wissenschaftlern, EbM-orientierten Organisationen und Fachgesellschaften übernommen, die die Quintessenz in Form von systematischen Übersichtsarbeiten (Reviews), Metaanalysen und Guidelines publizieren und dem Behandler zur Verfügung stellen. Je besser das Evidenzlevel in einem Gebiet, desto grösser ist die wissenschaftliche Begründbarkeit des verfügbaren medizinischen Wissens. Unterschieden werden in der Regel die Evidenzlevel 1–4. Bei der höchsten Güte (Level 1) liegen Ergebnisse aus Metaanalysen mehrerer kontrollierter randomisierter Studien vor. Bei der niedrigsten Güte (Level 4) gründet sich das Wissen auf Expertenmeinungen resp. anerkannten klinischen Erfahrungswerten. Das Abwägen, inwiefern die Ergebnisse auf den Einzelfall übertragen werden können, obliegt weiterhin dem Behandler.

Die allgemein publizierten EbM-Ergebnisse liefern die Grundlage für die Prozessgestaltung und Entwicklung integrierter Versorgungspfade (Kapitel 2.1.1).

2.5.2 Informationstechnologie

Die neuen Versorgungsmodelle für chronisch kranke und multimorbide Patienten schaffen Strukturen, die eine systematische Anwendung evidenzbasierter Massnahmen für die Patienten zum Ziel haben. Das

impliziert, dass die Leistungserbringer stets über den aktuellen Stand der Evidenz informiert sind und über Möglichkeiten verfügen, die Durchführung der Massnahmen auf Patientenebene nachzuvollziehen. Der Einsatz moderner Informationstechnologie (IT)-Systeme ist darum integraler Bestandteil aller neuen Versorgungsmodelle. Einige Modelle betonen den IT-Einsatz für diese Zwecke explizit, was darauf zurückzuführen ist, dass die Erstbeschreibung dieser Modelle zu einer Zeit stattfand, als der IT-Einsatz in der Gesellschaft generell noch nicht so stark ausgeprägt war wie heute und eines Hinweises bedurfte. Dies bedeutet nicht, dass Modelle ohne spezifische Erwähnung des IT-Einsatzes diesen nicht voraussetzen resp. durch den IT-Einsatz effizienter werden würden.

Prinzipiell können drei hierarchische Ebenen des IT-Einsatzes unterschieden werden:

- Elektronische Datenhaltung
- Elektronischer Datenaustausch
- Clinical Decision Support Tools.

Unter elektronischer Datenhaltung wird die Tatsache verstanden, dass alle beteiligten Leistungserbringer die Daten, die sie während der Betreuung eines Patienten erheben, elektronisch dokumentieren und archivieren. Dies ist die Grundlage für alle weiteren Formen des IT-Einsatzes, denn nur Daten, die elektronisch erfasst sind, können unter den Leistungserbringern auch elektronisch ausgetauscht werden resp. für komplexe Datenverarbeitungsfunktionen wie Clinical Decision Support Tools genutzt werden.

Elektronische Krankengeschichte

Explizit oder implizit setzen alle neuen Versorgungsmodelle für chronisch kranke und multimorbide Patienten voraus, dass die Leistungserbringer die medizinischen Daten ihrer Patienten in Form einer elektronischen Krankengeschichte (eKG) dokumentieren, was ihnen einen besseren Überblick über ihre Praxisprozesse im Allgemeinen und die Prozesse am Patienten im Besonderen erlaubt.

Da die Vernetzung verschiedener Leistungserbringer das Kernelement der integrierten Versorgung darstellt, kann auch der elektronische Datenaustausch als Grundvoraussetzung der neuen Versorgungsmodelle angesehen werden. Er ermöglicht die Informationsweitergabe entlang der Behandlungskette und ermöglicht es dem gegebenenfalls designierten Behandlungskordinator alle im Versorgungsnetz verfügbaren Informationen zum Patienten in seine Planung einzubeziehen.

Dabei stehen das Führen gemeinsamer, institutionsübergreifender eKGs oder die Bereitstellung eines elektronischen Patientendossiers (EPD) – im Sinne einer Zusammenführung medizinischer Daten aus verschiedenen Quellsystemen der Leistungserbringer – als Austauschvehikel im Vordergrund.

Der unstrukturierte Austausch von Informationen via E-Mail und anderer elektronischer Wege, die heute noch mit Medienbrüchen (z.B. Einscannen von Papierunterlagen) einhergehen, zählt in diesem Kontext nicht als «elektronischer Datenaustausch» und soll überwunden werden.

Clinical Decision Support Tools

Die komplexeste Form des IT-Einsatzes zum Monitoring individueller Patientenverläufe und Sicherstellung evidenzbasierten Handelns stellen Clinical Decision Support (CDS) Tools dar. Es handelt sich um IT-gestützte Funktionen/Anwendungen/Instrumente, die die Verarbeitung und Verknüpfung von individuellen klinisch relevanten Patientendaten und sachdienlichem, evidenzbasiertem klinischem Wissen unterstützen und somit die gesundheitsbezogene Entscheidungsfindung und das klinische Handeln erleichtern.

Der Grad der Informationsverarbeitung, den solche Tools bieten, ist nicht definiert. Je komplexer die Funktionalität eines Clinical Decision Support Tools, desto stärker strukturiert müssen die zugrundeliegenden Datensätze sein. Idealerweise sind die Tools darum direkt an eine eKG gekoppelt und greifen auf deren Datensätze zurück, so dass dem Anwender eine doppelte Datenerfassung erspart wird. Simple Formen eines CDS Tools sind z.B. die Darstellung von klinischen Messergebnissen im Zeitverlauf

und das automatische Kenntlichmachen von Grenzwertüberschreitungen. Komplexe Formen eines Clinical Decision Support Tools sind mit einer künstlichen Intelligenz ausgestattet und theoretisch in der Lage, aufgrund individueller Konstellationen von klinischen Werten evidenzbasierte Behandlungsvorschläge zu liefern.

Speziell in der Versorgung chronisch kranker und multimorbider Patienten sind CDS Tools in Form medizinischer Monitore von Bedeutung, d.h. Anwendungen, die eine gefilterte Ansicht definierter klinischer Informationen bieten und damit der Überwachung eines bestimmten Verlaufs dienen. Die Art und Weise der Informationsdarstellung ist nicht definiert, ebenso wenig wie der Grad an Informationsverarbeitung/-aufbereitung, d.h. etwa die Wertung/Interpretation von Werten oder das automatisierte Bereitstellen von Zusatzinformationen/-funktionalitäten. Eine spezielle Darstellungsmöglichkeit eines Monitors ist ein medizinisches Dashboard, das sich an die Instrumentenanordnung in einem Cockpit anlehnt. Medizinische Parameter werden in Form von grafischen Anzeigen mit Ampelsystemen und Messskalen dargestellt, welche eine Einordnung der Werte (z.B. pathologisch/nicht pathologisch/Untersuchung ausstehend) auf den ersten Blick ermöglichen.

CDS Tools können sowohl auf individueller Patienten- als auch auf Populationsebene verwendet werden. Wird eine ganze Patientenpopulation monitoriert, wird dies als Panel Management Tool bezeichnet. Wird das Outcome von Leistungserbringern monitoriert und miteinander verglichen, kommen primär Feedback und Benchmark Tools zum Einsatz. Feedback Tools liefern Übersichtsstatistiken über Prozessparameter und Outcomes eines Leistungserbringers/Versorgungsverbands, wobei davon ausgegangen wird, dass die Reflexion über das eigene Handeln zur Entdeckung systematischer Versorgungslücken und -probleme und somit zum Qualitätsmanagement beiträgt. Benchmark Tools sind eine spezielle Form des Feedbacks, die zu definierten Werten Referenzinformationen (z.B. anderer vergleichbarer Leistungserbringer) liefern. Es wird davon ausgegangen, dass die Gegenüberstellung von Ist- und Referenzwerten eine Information generiert, die sich auf die klinische Entscheidungsfindung und das klinische Handeln akut im individuellen Fall auswirkt, oder sich auch langfristig auf die generelle Arbeitsweise des Entscheidungsträgers auswirkt.

Individuelle Formen von CDS Tools werden innerhalb der Grundkonzepte für neue Versorgungsmodelle für chronisch kranke und multimorbide Patienten nicht beschrieben. Eine fixe Zuordnung von IT-Systemen zu spezifischen Versorgungsmodellen ist auch nicht sinnvoll, da der allgemeine Entwicklungsgrad von CDS Tools international sehr inhomogen ist und sich im Fluss befindet. Aktuell erscheint die Palette potenziell realisierbarer IT-Funktionen zur Unterstützung der Entscheidungsfindung und Prozesse für kein Versorgungsmodell ausgeschöpft.

2.5.3 Shared Decision Making

Die Planung individualisierter und umfassender Versorgungsprozesse bringt es mit sich, dass Probleme aufgeworfen werden, für die es keine oder nur geringgradig evidenzbasierte Lösungsansätze gibt und verantwortbare Alternativen abgewogen werden müssen. Zudem müssen Wege der praktischen Umsetzung gefunden werden, die mit der individuellen Lebenssituation des Patienten kompatibel sind und seine Präferenzen berücksichtigen, da ansonsten die Adhärenz der Patienten leidet.

Einige der neuen Versorgungsmodelle für chronisch kranke und multimorbide Patienten setzen daher das Shared Decision Making (SDM) als Grundhaltung in der Behandlungsbeziehung voraus. Als SDM wird ein kommunikationsbasierter Prozess der Entscheidungsfindung bezeichnet an dem Arzt resp. das medizinische Personal und der Patient als gleichberechtigte Partner beteiligt sind und neben medizinischen Fakten auch die Präferenzen des Patienten einbezogen werden. Grundvoraussetzung sind eine gemeinsame Informationsbasis, die bilaterale Akzeptanz und Bereitschaft, die gemeinsam getroffenen Entscheide aktiv umzusetzen. Aufgrund ihres inhärenten Informationsvorsprungs liegt es in der Verantwortung der medizinischen Fachpersonen, den Patienten unvoreingenommen und in einer ihm leicht verständlichen Art und Weise zu informieren. Idealerweise wird der Patient zudem aktiv in seinem Selbstmanagement (Kapitel 2.4) unterstützt.

2.6 Niederschwelliger Zugang

Eine der Hauptaufgaben neuer Versorgungsmodelle für chronisch kranke und multimorbide Patienten ist, den Zugang zur medizinischen Versorgung zu regulieren und sicherzustellen, dass der Patient den kürzesten und effizientesten Pfad durch das Versorgungsnetz nimmt. Dies bedingt nicht nur, dass ein Zugangspunkt zum System, etwa ein Gatekeeper/-opener, definiert wird sondern auch, dass sichergestellt wird, dass dieser Zugangspunkt für die Patienten ohne grössere Umstände erreichbar ist.

Viele Modelle machen Vorschläge, wie die Patientenströme bereits vor Eintritt ins Gesundheitswesen so beeinflusst werden können, dass sie automatisch zum Gatekeeper/-opener gelangen, ohne dass Druck (z.B. durch Verlust der Versicherungsdeckung) aufgebaut wird. Es handelt sich um Serviceleistungen, die dem Patienten die Schwelle zur Kontaktaufnahme mit der richtigen Instanz erleichtern. Die wichtigsten Beispiele sind:

- Erweiterte Öffnungszeiten
- Terminmanagement mit kurzen Wartezeiten
- Notfalldienste
- Telemedizinische Angebote
- Multimediale Kommunikationsmöglichkeiten (E-Mail, Online-Portale etc.)

3 Verankerung neuer Versorgungsmodelle im Gesundheitssystem

Der Aufbau integrierter Versorgungsstrukturen mit weitgehend standardisierten, evidenzbasierten Prozessen ist das Merkmal aller neuen Versorgungsmodelle für chronisch kranke und multimorbide Patienten. Die Verwendung von IT-Unterstützung wird impliziert. Die Ausprägung von Merkmalen wie Gatekeeping/-opening, Skillmix und Stärkung der Patientenrolle ist dagegen abhängig davon, auf welcher Ebene des Gesundheitssystems ein Versorgungsmodell verankert ist und die Prozesse beschreibt.

Prinzipiell lassen sich die neuen Versorgungsmodelle drei Typen zuordnen, die die Ebenen des Gesundheitssystems in unterschiedlichem Ausmass betreffen:

- **Incentivierungsgestützte Modelle** sind auf der Makroebene der Gesundheitsversorgung verankert und betreffen die Rahmgebung des Gesamtsystems, indem sie Vergütungssysteme beschreiben, die Leistungserbringer für das Ausführen evidenzbasierter Massnahmen und/oder Koordinationsleistungen im Sinne der integrierten Versorgung belohnen. Das Bestreben der Leistungserbringer, die Belohnungskriterien optimal zu erfüllen, kann Anpassungen auf der Mesoebene (Reorganisation der Leistungserbringer) nach sich ziehen. Je nach Detailgrad der Belohnungskriterien stellen die incentivierungsgestützten Modelle einen direkten Handlungsleitfaden für die Leistungserbringer dar, der die Prozesse auf der Mikroebene (Interaktion zwischen Patient und Leistungserbringer) beeinflussen kann. Die Bedeutung von Gatekeeping/-opening, Skillmix und Stärkung der Patientenrolle variiert je nach Modell.

Beispiele für incentivierungsgestützte Modelle sind Pay-for-Performance-Programme und die Budgetverantwortung (Kapitel 4.1).

- **Krankheits-/Fallfokussierte Modelle** sind auf der Mikro- und Mesoebene der Gesundheitsversorgung verankert, d.h. sie beschreiben eine optimierte Patienten-Leistungserbringer-Interaktion und die ideale Organisation der Leistungserbringer. Sie machen auf Basis der verfügbaren Evidenz Vorschläge zur Steuerung und Standardisierung häufig vorkommender, medizinisch und ökonomisch relevanter Versorgungsszenarien. Prinzipiell lassen sich solche Modelle isoliert in einem bestehenden Netz kollaborierender Leistungserbringer integrieren. Den Konsens aller unmittelbar Beteiligten vorausgesetzt, sind Anpassungen auf übergeordneter Systemebene unnötig. Gatekeeping/-opening und die Stärkung der Patientenrolle spielen bei den heute bestehenden krankheits-/fallfokussierten Modellen eine grosse Rolle, der Skillmix ist primär von untergeordneter Bedeutung.

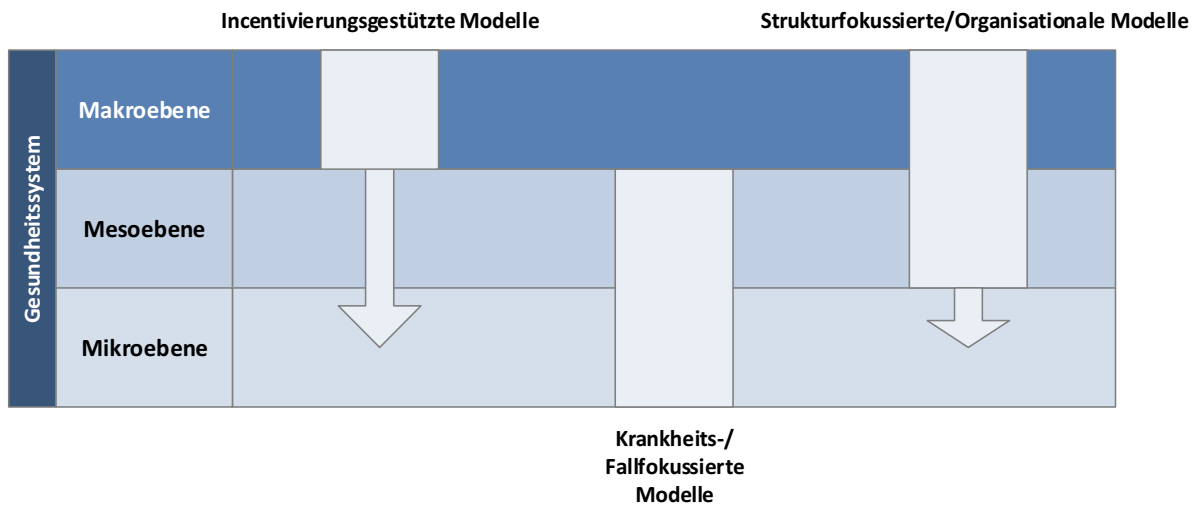
Beispiele sind Disease-Management-Programme und Case Management (Kapitel 4.2).

- **Strukturfokussierte/Organisationale Modelle** sind auf der Meso- und Makroebene der Gesundheitsversorgung verankert, d.h. sie betreffen die Organisation der Leistungserbringer sowie das übergeordnete System inklusive des politischen Rahmens. Sie beschreiben umfassende Versorgungssysteme resp. tiefgreifende Änderungsvorschläge an bestehenden Systemen, mit dem Ziel, Evidenz bestmöglich effizient durchzusetzen. Dabei greifen sie vielfach auf bekannte krankheits-/fallfokussierte Modelle als Instrument zurück und schaffen die Voraussetzung für deren flächendeckenden Einsatz. Bei erfolgreicher Implementation werden dadurch auch Prozesse der Mikroebene beeinflusst. Gatekeeping/-opening und Skillmix spielen bei den heute bestehenden strukturfokussierten/organisationalen Modellen eine grosse Rolle, die Stärkung der Patientenrolle variiert je nach Modell.

Beispiele sind Managed-Care-Organisationen und die Varianten des Chronic-Care-Modells (Kapitel 4.3.)

Abbildung 3.1 stellt die Ansiedlung der drei Versorgungsmodelltypen auf den Ebenen des Gesundheitssystems grafisch dar:

Abbildung 3.1 Verankerung von Versorgungsmodelltypen im Gesundheitssystem



4 Vorstellung spezifischer Modelle

4.1 Incentivierungsgestützte Modelle

Finanzielle Anreize sind ein Trigger für Systemveränderungen. Neue Versorgungsmodelle für chronisch kranke und multimorbide Patienten sehen in unterschiedlichem Ausmass Incentives für Patienten und/oder Leistungserbringer vor, um die Adhärenz zu evidenzbasierten Massnahmen und Leistungskoordination langfristig sicherzustellen.

Bei primär incentivierungsgestützten Modellen steht diese Anreizschaffung im Zentrum. Beschrieben werden eigenständige Vergütungssysteme, die charakteristischerweise eine Abkehr vom Fee-for-Service-Prinzip darstellen, d.h. nicht mehr die reine Frequenz von durchgeführten Einzelleistungen bestimmt die Einnahmen der Leistungserbringer. Wie stattdessen vergütet wird, variiert je nach Modell.

4.1.1 Pay for Performance

Pay for Performance (P4P) bezeichnet ein Vergütungssystem, das 2004 in Grossbritannien im Rahmen des «Quality and Outcomes Framework» (QOF) eingeführt wurde, einem staatlichen Programm zur Förderung evidenzbasierter Versorgungsprozesse in der Hausarztpraxis. Die Grundidee ist, dass Leistungserbringern nicht mehr die blossе Durchführung von Einzelleistungen («fee for service») vergütet wird, sondern die systematische Anwendung evidenzbasierter Prozesse in der Versorgung ihrer Patientenpopulation. Pro Praxis steht ein variabler Vergütungsanteil zur Verfügung, der sich an der Erfüllung von Qualitätsindikatoren bemisst – Parametern, die die Durchführung evidenzbasierter Versorgungsprozesse reflektieren. Die rund 150 Indikatoren sind gruppiert in Sets zu chronischen Volkskrankheiten (z.B. Diabetes, Asthma, Depression, koronare Herzkrankheit), sowie Sets zu Primärprävention, Patientenzufriedenheit und Praxismanagement. Man unterscheidet rein prozedurale Indikatoren, die messen, ob bestimmte diagnostische/therapeutische Massnahmen durchgeführt wurden (Bsp. «Durchführung von mindestens einer Blutdruckmessung innerhalb der letzten 15 Monate bei Diabetespatienten») und Outcomeindikatoren, die den Behandlungserfolg messen (Bsp. «Anteil der Diabetes-Patienten, die einen Blutdruck <140/90 mmHg erreichen»). Indem eine Praxis nach der Erfüllung der Indikatoren strebt, folgt sie automatisch einem Behandlungsleitfaden. Der Erfüllungsgrad der Indikatoren pro Praxis wird auf Populationsebene bewertet. Ausschlaggebend für die Vergütung ist, bei wie viel Prozent ihrer infrage kommenden Patienten eine Praxis einen Indikator erfüllt (Bsp. Parameter «mind. eine Blutdruckmessung bei Diabetikern» erfüllt bei <40% aller Diabetespatienten einer Praxis: keine Vergütung; bei 40–90%: proportional zunehmende Vergütung; >90%: fixer Maximalbetrag). Die Auswertung erfolgt auf Basis von Einträgen in der elektronischen Krankengeschichte und bedingt die Anlage von Patientenregistern, damit die Anzahl der Patienten, für die gewisse Indikatoren erfüllt sein müssen (z.B. Diabetespatienten), zuverlässig bestimmt werden kann. Hierzu exportieren die teilnehmenden Hausarztpraxen (99,8% aller Hausarztpraxen Grossbritanniens) die Daten an ein zentrales Analysezentrum. Die Ergebnisse werden öffentlich und unter Angabe des Praxis-/Arztname ns im Internet publiziert.

Da das klassische P4P-Programm auf das staatliche, hausarztzentrierte Gesundheitssystem Grossbritanniens ausgerichtet ist, ist die Gatekeeper/-opener-Rolle des Hausarztes impliziert. Nicht-ärztliches Gesundheitspersonal ist nur insofern eingebunden, als dass die notwendige Aktualisierung der elektronischen Patientenakten oft von nicht-ärztlichen Mitarbeitern der Praxis übernommen wird. Ein Skillmix in der klinischen Arbeit wird von den P4P-Indikatoren aktuell nicht abgebildet und belohnt. Auch Indikatoren für die Förderung des Selbstmanagements der Patienten sind noch nicht vorhanden.

Ausserhalb Grossbritanniens existieren vereinzelte Modellprojekte zur isolierten, nicht systemweiten, P4P-Einführung mit anderen Indikatorensets. Der Grundaufbau dieser Sets mit Prozess- und Outcomeparametern ähnelt jedoch stark dem P4P-Programm Grossbritanniens und repräsentiert Skillmix und Selbstmanagementmassnahmen nicht (vgl. de Bruin et al. 2011). Die Entwicklung neuer Indikatoren, die auch diese Kriterien abbilden, wäre in der Zukunft prinzipiell möglich.

4.1.2 Patientenpauschalen

Innerhalb von US-amerikanischen Managed-Care-Organisationen (MCO → Kapitel 4.3.1) haben sich Vergütungskonzepte ausgebildet, die statt der Einzelleistungsvergütung eine Pauschalvergütung von Leistungserbringern vorsehen. Varianten davon finden auch in Gesundheitssystemen ausserhalb der USA Einsatz, etwa in der Schweiz. Dabei ist die Nomenklatur vielfach ungenau und wird international uneinheitlich verwendet, wie sich am Beispiel der «Capitation» zeigt.

Prinzipiell bezeichnet der Begriff Capitation einen Pauschalbetrag für Gesundheitsleistungen innerhalb einer festgelegten Zeitspanne, den ein Versicherer im Rahmen eines Managed-Care-Vertrags pro Versichertem ansetzt, unabhängig von der Inanspruchnahme von Leistungen.

In den USA, wo die Capitation als Vergütungsmodell in MCO praktiziert wird, ist damit ein reeller Betrag gemeint: Der Leistungserbringer erhält von der MCO eine vertraglich festgelegte monatliche Pauschale pro MCO-Patient, unabhängig davon, ob und wie oft der Patient Leistungen in Anspruch nimmt.

In der Schweiz werden Capitationen dagegen als virtuelle Rechengrösse zur Berechnung von Kostenzielvorgaben verwendet, komplex zusammengesetzten Gesamtbudgets, die ein Versicherer einer Ärztgruppe (meist Ärztenetzen) für die Versorgung eines definierten Patientenkollektivs (Patienten, die über ein bestimmtes Versicherungsmodell versichert sind) zur Verfügung stellt. Je nach Vertragsmodell variiert die Handhabung von Budgetüberschreitungen resp. -unterschreitungen (Kostenzielvorgaben mit und ohne ökonomische Budgetmitverantwortung).

Auf die Feinheiten der unterschiedlichen Budgetberechnungen kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Entscheidend ist, dass Patientenpauschalen incentivierungsgestützte Versorgungsmodelle für die Versorgung chronisch kranker und multimorbider Patienten darstellen können. Die Leistungserbringer sind dafür verantwortlich, jedem Patienten alle individuell medizinisch notwendigen Leistungen zukommen zu lassen, auch wenn die Aufwände dafür die monatlich zur Verfügung stehende Pauschale übersteigen. In der Theorie werden solche im Einzelfall anfallenden Mehrkosten durch die Gelder ausgeglichen, die für Patienten ausbezahlt werden, die im selben Zeitraum keine oder nur wenige Leistungen in Anspruch nehmen. Damit trägt der einzelne Leistungserbringer einen Teil des Kostenrisikos selbst und wird dazu motiviert, seine Leistungen in jedem Fall auf das medizinisch Notwendige zu beschränken. Bezogen auf die Versorgung chronisch kranker und multimorbider Patienten kann so ein Anreiz gesetzt werden, die Versorgungskette stärker zu koordinieren, so dass eine Unterversorgung ausgeschlossen, Doppelspurigkeiten aber vermieden werden. Der Hausarzt wird in einer Gatekeeperrolle bestärkt, unmittelbare Anreize für einen Skillmix oder eine Selbstmanagementförderung bestehen nicht.

4.2 Krankheits- und fallfokussierte Modelle

Unterschiedliche chronische Krankheiten bedingen zum Teil unterschiedliche Versorgungsprozesse. Krankheits- und fallfokussierte Versorgungsmodelle sind auf ganz bestimmte hochprävalente Erkrankungen resp. Krankheitskonstellationen individueller Patienten zugeschnitten.

4.2.1 Disease Management

Ein Disease-Management-Programm (DMP) ist ein systematisches Interventions- und Massnahmenprogramm zur Koordinierung und Strukturierung der Betreuung chronisch kranker Patienten. Ziel ist, eine kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten, die Diagnostik, Therapie, Rehabilitation, Langzeitbetreuung, Gesundheitsförderung und (Sekundär-)Prävention umfasst und traditionelle Grenzen zwischen medizinischen Spezialdisziplinen und Institutionen überwindet. Die Behandlungsschritte sollen so weit wie möglich evidenzbasiert aufeinander abgestimmt sein. Demzufolge sind Behandlungs- und Betreuungsleitlinien, Zu- und Überweisungsprotokolle und ein strukturierter (IT-

gestützter) Informationsaustausch wichtige Bestandteile von DMP. Eine einheitliche Definition dessen, welche Mindestvoraussetzungen ein Behandlungsprogramm erfüllen muss und welche Instrumente zur Umsetzung eingesetzt werden müssen, damit es als DMP gilt, existiert nicht.

Gemeinsam ist den meisten Definitionen die Grundannahme, dass ein koordinierter Versorgungsansatz in Form strukturierter und möglichst evidenzbasierter Behandlungsprogramme und eines verbesserten Einbezugs der Patienten mittel- bis langfristig primär die Qualität der Gesundheitsversorgung, aber auch die Kostenfolgen bei einer bestimmten Krankheit positiv beeinflusst werden können.

Typisch für DMP ist die Betonung der aktiven Rolle des Patienten, der durch Schulungs-, Reminder- und Feedback-Massnahmen im Selbstmanagement seiner Krankheit gefördert wird und befähigt werden soll, seine Gesundheit zu erhalten, Verschlechterungen der Krankheit frühzeitig zu erkennen und das koordinierte medizinische Netzwerk um sich herum effizient zu nutzen. Erster Ansprechpartner für den Patienten und Koordinator der Langzeitbehandlung sind in der Regel der Hausarzt und sein Praxisteam. Ein wichtiges Steuerelement ist das Festlegen von Versorgungszielen mit dem Patienten, die gemeinsam in regelmässigen Abständen überprüft werden.

Im Gegensatz zum Case Management (Kapitel 4.2.2) beziehen sich DMP meist auf definierte chronische Krankheiten resp. Krankheitsgruppen, z.B. Diabetes, Asthma, COPD, Herzinsuffizienz, Rheuma, Hypertonie.

In Deutschland geht der Begriff DMP meist mit bürokratischen Implikationen einher, man spricht von DMP nach Risikostrukturvereinbarung (RSAV): Es handelt sich um strukturierte Behandlungsprogramme, die von gesetzlichen Krankenkassen ausgearbeitet und vom Bundesversicherungsamt akkreditiert werden. Akkreditierung bedeutet, dass den Krankenkassen Vorteile beim Risikostrukturausgleich gewährt werden, je mehr ihrer Versicherten in das DMP eingeschlossen sind. Der Einschluss von Patienten in ein Programm und die praktische Durchführung wird von Ärzten gewährleistet, mit denen die Krankenkasse jeweils regional über Kassenärztliche Vereinigungen (KV), Ärztenetze, Krankenhäuser oder auch Einzelverträge kontrahiert. Die Krankenkasse wiederum monitoriert die Durchführung mittels Dokumentationsbögen, die relevante medizinische Daten und Behandlungsbefunde enthalten und von Arzt und Versicherten regelmässig bei Follow-up-Terminen ausgefüllt werden. Die Dokumentationsbögen bilden gleichsam ein Behandlungsprotokoll. Im Falle von Protokollversäumnissen treten definierte Auslösealgorithmen und Reminderservices in Kraft, durch die entweder der Arzt oder der Patient seitens KV resp. Krankenkasse über die ausstehenden Behandlungsschritte informiert werden. Bemühungen, den Datenaustausch zwischen Leistungserbringern, KVen und Krankenkassen zu digitalisieren sind im Gange, aber noch nicht bundesweit implementiert.

Die Ärzte können Leistungen im DMP-Rahmen speziell abrechnen und erhalten dadurch finanzielle Incentives zur Teilnahme. Für die Versicherten ist die Teilnahme jeweils freiwillig und kostenlos, einige Krankenkassen bieten zudem Incentives etwa in Form von Prämienreduktionen.

Der Einsatz von Skillmix-Elementen in DMP variiert stark je nach Kontext resp. Gesundheitssystem, in dem DMP eingesetzt werden. In Ländern wie den Niederlanden, in denen traditionell mehr Pflegefachpersonen in der Grundversorgung eingesetzt werden, stellen DMP oftmals Leitfäden dar, nach denen Pflegefachpersonen selbstständig grosse Anteile der Versorgung chronisch kranker Patienten übernehmen. In Ländern ohne traditionelle Skillmixprägung wie Deutschland findet nicht-ärztliches Personal eher auf administrativer als klinischer Ebene Einsatz in DMP.

4.2.2 Case Management

Während DMP – systematisch implementiert – die Versorgung spezifischer Krankheiten in einer ganzen Patientenpopulation beeinflussen können, stellt das Case Management (CM) eine Methode zur fallorientierten Individualisierung von Versorgungsprozessen dar. Es ist ein aus der Sozialarbeit entlehntes Konzept, bei dem die Behandlung eines Patienten, ausgerichtet an seinem individuellen Versorgungsbedarf, über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg geplant, koordiniert,

überwacht und evaluiert wird. Ziel ist die Überwindung von Schnittstellenproblematiken in der Gesundheitsversorgung und gleichermassen effiziente wie ressourcenschonende Nutzung der Leistungen des Gesundheits-, Sozial- und Versicherungssystems im Sinne des Patienten und seines Umfelds.

Der Begriff Case Management (deutsch Fallmanagement) ist nicht exakt definiert und es existieren Konzeptvarianten: Im Brokerage-Modell ist dem individuellen Patienten ein Case Manager zugeteilt, der unabhängig von Versorgungsinstitutionen arbeitet und einen Betreuungsplan entwickelt. Dagegen wird beim integrierten Modell das Case Management durch ein interdisziplinär arbeitendes, untereinander vernetztes Behandlungsteam gewährleistet, das – stärker als ein generell integriert arbeitendes Behandlungsteam – seine Tätigkeit auf Einzelfallebene koordiniert. Ein Beispiel für solch ein Konzept sind Tumorboards.

Prinzipiell ermöglicht CM eine stärkere Berücksichtigung der Multimorbidität. Während ein Patient, der mehrere chronische Krankheiten gleichzeitig hat, bei Teilnahme an mehreren DMP-Programmen ohne weitere Koordination doch von Doppelspurigkeiten betroffen ist, können diese beim Case Management umgangen werden.

Ein designierter Case Manager übernimmt bis zu einem gewissen Grad Gatekeeper/-opener-Funktion, ohne selbst ein Behandelnder zu sein. Er begleitet den Behandlungsverlauf eines Patienten unter den Aspekten der Qualitätssicherung und der Kostenkontrolle und stellt eine bedarfsangepasste durchgängige Behandlungskette über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg sicher. Der Case Manager eruiert den individuellen Bedarf in Kooperation mit dem Patienten/Klienten und betreut nicht nur Schnittstellen zwischen Ärzten, Pflegekräften oder Therapeuten, sondern auch zum Medizincontrolling und den IT-Abteilungen, den Sozialdiensten und der nachstationären Betreuung sowie sozialen Hilfseinrichtungen. Meist wird der Beruf von Sozialarbeitern oder Pflegekräften ausgeübt. Ausbildungsgänge werden an privaten Akademien und Fachhochschulen angeboten, es handelt sich jedoch nicht um einen geschützten Beruf mit Ausbildungs-/Prüfungsordnung. In den Niederlanden praktizieren zum Teil freiberufliche Case Manager, die zum Patienten/Klienten in einem Auftragnehmer-Verhältnis stehen. In anderen Ländern und der Schweiz sind dagegen Case Manager in der Regel Angestellte von staatlichen Institutionen, Stiftungen, privaten Wohltätigkeitsvereinen, sowie Kostenträgern (Krankenkassen) des Gesundheitswesens und der beruflichen Rehabilitation.

Wie stark ein CM-Konzept in der Praxis einen Skillmix der Behandler und die Förderung des Selbstmanagements anstrebt, ist zu einem hohen Grad abhängig von den persönlichen Vorstellungen der ausführenden Case Manager/Teams und variiert darum in der Praxis.

4.3 Strukturfokussierte und organisationale Modelle

Strukturfokussierte resp. organisationale Versorgungsmodelle beschreiben umfassend die Bildung und Funktionsweise von Leistungserbringerverbänden, die die fragmentierte Grundversorgung ersetzen und den Zugang zu Spezialisten- und Spitalversorgung regulieren.

Sie schaffen die Rahmenstruktur für eine integrierte Versorgung. Dabei liegt der Fokus vieler Modelle nicht allein auf der Versorgung bereits chronisch kranker und multimorbider Patienten, sondern auch auf der Gesunderhaltung der übrigen Bevölkerung, d.h. der Primärprävention von (chronischen) Erkrankungen. Die Organisationen verstehen sich als Population Manager.

Population Management bedeutet die systematisch erbrachte, strukturierte Gesundheitsförderung und Krankenversorgung in einer definierten Bevölkerungsgruppe mit dem Ziel, gesunde Individuen durch präventivmedizinische Betreuung gesund zu erhalten, akut Erkrankte bestmöglich zu rehabilitieren und chronisch Kranke sekundärpräventiv zu begleiten. Die Idee ist, die Population in Subgruppen mit spezifischen medizinischen Betreuungsbedürfnissen zu stratifizieren und diese Subgruppen systematisch bedarfsangepassten evidenzbasierten Massnahmen zu unterziehen, wodurch jede Subgruppe ihren

bestmöglichen Gesundheitszustand erreicht. So kann beispielsweise die systematische Implementierung von Disease-Management-Programmen als Instrument des Population Managements angesehen werden, das spezifische chronisch kranke Patientengruppen adressiert. In Abgrenzung zu Public-Health-Programmen, die auf (inter-)nationaler Ebene angesiedelt und auf die Volksgesundheit ausgerichtet sind, gehen Population-Management-Massnahmen von einzelnen Stakeholdern im Gesundheitswesen aus, die sich für die Gesunderhaltung definierter Bevölkerungsanteile einsetzen – z.B. Krankenversicherer für ihre Versichertenpopulation oder einzelne Leistungserbringer für ihren Patientenstamm. Grundlage ist ein Monitoring der einzelnen Individuen der Population, das der Stratifizierung und Outcomekontrolle auf Patientenebene dient. Patientenregister, die ein rasches Filtern der Gesamtpopulation auf Zielgruppen für bestimmte Massnahmen ermöglichen, sind ein oft gebrauchtes Instrument.

4.3.1 Managed-Care-Organisationen

Primär bezeichnet Managed Care ein Steuerungsmodell im Gesundheitswesen, bei dem die freie Arztwahl und die Mechanismen der freien Marktwirtschaft zugunsten von geplanten, vertraglich geregelten Abläufen eingeschränkt sind. Ziel ist, eine Rahmenstruktur für eine integrierte Versorgung zu bieten, mit dem Vorsatz, die Versorgungsqualität zu erhöhen und die Kosten zu kontrollieren. Die Kostenkontrolle wird in Managed-Care-Systemen häufig durch Pauschalkostenmodelle (Kapitel 4.1.2) erreicht, die Leistungserbringer und -vergüter miteinander aushandeln sowie Utilization Reviews zur individuellen Fallkostenkontrolle (Health Networks).

In den USA, wo sich das Managed-Care-Konzept ursprünglich entwickelt hat, kann es nicht per se als «neues» Versorgungsmodell bezeichnet werden, da Managed-Care-Organisationen (MCO) dort eine reguläre Form der Gesundheitsversorgung darstellen und nicht in Hinblick auf die Zunahme chronisch kranker Patienten entwickelt wurden. In Europa und besonders in der Schweiz kommt es jedoch genau wegen der Zunahme chronisch kranker und multimorbider Patienten zu einer Adaption von Managed-Care-Prinzipien und einer Darstellung derselben als neue Versorgungsmodelle. Daher soll im Folgenden ein Überblick über die verschiedenen Managed-Care-Formen geschaffen werden.

Der Begriff MCO wird international für drei verschiedene Einrichtungen verwendet:

- a) für eine übergeordnete Steuerungsorganisation
- b) für die einzelne Versorgungseinheit innerhalb eines Managed-Care-Systems
- c) für eine Dienstleistungsorganisation, die als Intermediär zwischen Versicherer und Leistungserbringern fungiert und den Leistungserbringer beim Erfüllen der Managed-Care-Leistungen administrativ unterstützt.

a) MCO im Sinne einer übergeordneten Steuerungsorganisation:

Der Begriff bezeichnet eine Organisation ähnlich einem Krankenversicherer, die gegen eine im Voraus festgelegte Prämie die medizinische Versorgung ihrer Mitglieder übernimmt. Dabei betreiben die MCO eigene Versorgungseinrichtungen resp. gehen vertragliche Beziehungen mit ausgewählten Leistungserbringern (Gruppenpraxen, Ambulatorien, Krankenhäuser usw.) ein. Das Schliessen derartiger individueller Verträge zwischen Versicherer und Leistungserbringer wird als «selektives Kontrahieren» bezeichnet. Man unterscheidet Vertragsregelungen, nach denen der Leistungserbringer sich verpflichtet, exklusiv MCO-Patienten zu behandeln (closed panel), von Regelungen, die es dem Leistungserbringer erlauben, nebenher frei zu praktizieren und auch Patienten ohne MCO-Versicherung zu behandeln (open panel).

Die Vergütung der Leistungserbringer erfolgt vornehmlich über Capitation oder Discounted Fees (festgesetzte, gegenüber dem freien Markt herabgesetzte Preise für Einzelleistungen). Leistungen externer Anbieter werden nicht oder nur teilweise bezahlt. Die Versorgung innerhalb der MCO-Infrastruktur ist meist nach dem Gatekeeping-Prinzip organisiert. Des Weiteren werden zur individuellen Fallkostenkontrolle sogenannte Utilization Reviews verwendet. MCO nach dieser Definition stammen aus

den USA und sind dort sehr verbreitet. Prominentes Beispiel ist die Gesellschaft «Kaiser Permanente». Typisch ist, dass sich die Patienten nicht eigenständig versichern, sondern über ihren Arbeitgeber versichert sind, der einen Generalvertrag für die Prämien für alle seine Mitarbeiter mit der MCO schliesst und seinen Mitarbeitern die Prämien teilfinanziert.

Seit 1991 bietet das «National Comitee for Quality Insurance» in den USA eine freiwillige Akkreditierung von MCOs an und veröffentlicht Evaluationsreports der Organisationen (Health Plan Employer Data and Information Set [HEDIS]).

Spezielle Organisationsformen solcher MCO sind Health Maintenance Organizations (HMO), Preferred Provider Organizations (PPO) und Points of Service (POS), die in den Abschnitten zu Health Maintenance Organisation, Preferred Provider Organisation und Point of Service erläutert werden. Darüber hinaus existiert eine Vielzahl von MCO-Modellen, die sich graduell unterscheiden.

Der Einsatz von Pflegefachpersonen und Skillmix ist in diesen MCOs traditionell etwas stärker ausgeprägt als in europäischen Ländern, gewinnt aber erst in Pilotprojekten an Bedeutung und kann nicht als inhärentes Charakteristikum angesehen werden. Das Selbstmanagement von Patienten hat traditionell keine Bedeutung und gewinnt ebenso auch erst durch Pilotprojekte an Bedeutung.

Tabelle 4.1 Charakteristika von MCO nach Shi&Singh, 2009 [1]

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ MCO finanzieren, versichern, erbringen und vergüten Leistungen der Gesundheitsversorgung▪ Versicherungsprämien werden für gewöhnlich zwischen der MCO und einem Arbeitgeber ausgehandelt, dessen Mitarbeiter von der MCO versichert werden▪ MCOs funktionieren wie eine Versicherung und machen Risikoabschätzungen▪ MCOs organisieren die Leistungserbringung hauptsächlich durch Vertragsvereinbarung mit Leistungserbringern▪ MCOs kontrollieren die Nutzung von Leistungen der Gesundheitsversorgung▪ Die Vergütung der Leistungserbringung erfolgt in MCOs hauptsächlich über Capitation oder Discounted Fees |
|---|

b) MCO im Sinne einer einzelnen Versorgungseinheit innerhalb eines Managed-Care-Systems

Der Begriff bezeichnet eine einzelne Versorgungseinrichtung, die Gesundheitsversorgung nach dem Managed-Care-Prinzip erbringt, d.h. vertraglich an einen Versicherer gebunden ist, der die freie Arztwahl seiner Versicherten auf MCO eingeschränkt hat. Meist handelt es sich um Einrichtungen der Grundversorgung, die eine Gatekeeping-Funktion übernehmen. Diese Definition von MCO wird vorwiegend in Ländern eingesetzt, in denen klassische MCO nach US-Vorbild nicht existieren, jedoch Krankenkassen, die ihren Versicherten auf freiwilliger Basis (meist durch eine Prämienreduktionen honoriert) ein MCO-Modell anbieten.

Unabhängig von der obigen Definition kennzeichnen sich MCO dadurch, dass im Mikromanagement der Patientenversorgung verstärkt integrierte Versorgungspfade sowie Strategien aus Disease und Case Management zum Einsatz kommen sollen.

c) MCO im Sinne eines Intermediärs zwischen Versicherer und Leistungserbringern

Der Begriff bezeichnet eine Dienstleistungsorganisation, die Managed-Care-Verträge zwischen Versicherern und Leistungserbringern aushandelt und den Leistungserbringer beim Erfüllen der Managed-Care-Leistungen administrativ unterstützt, z.B. durch zentrale Verwaltung der Bestandes-, Überweisungs- und Kostendaten. MCO nach dieser Definition haben sich vornehmlich in der Schweiz etabliert und fungieren als Intermediär zwischen Versicherern und lokalen Ärztenetzen. Neben dem Controlling der Managed-Care-Leistungen wird den Ärztenetzen und deren Mitgliederpraxen meist ein breites Portfolio an zusätzlichen Dienstleistungen für Administration und Infrastrukturaufbau geboten, z.B. zentrales Rechnungswesen, Netzwerkverwaltung, Qualitätsmanagement, Marketing und Öffentlichkeitsarbeit.

Health Maintenance Organisation

Health Maintenance Organisationen (HMO) stellen eine spezifische Form von MCO dar. Analog zum doppeldeutigen Gebrauch des Begriffs MCO wird auch der Begriff HMO

- a) für eine übergeordnete Steuerungsorganisation,
- b) für die einzelne Versorgungseinheit innerhalb eines Managed-Care-Systems verwendet.

a) HMO als übergeordnete Steuerungsorganisation

Klassisches Begriffsverständnis in den USA, wo die HMO etabliert wurden und es keine allgemeine Krankenversicherung gibt: Gesellschaft, die Versicherungslösungen zwischen spezifischen Arbeitgebern, deren Arbeitnehmern und einem Netzwerk von Leistungserbringern anbietet. Leistungen externer Anbieter werden nicht oder nur teilweise bezahlt. Die Organisation verläuft streng nach dem Gatekeeping-Prinzip, wobei die Infrastruktur auch Spezialistenpraxen, Spitäler und nicht-ärztliche Dienste umfasst, an die die Patienten vom Hausarzt allfällig überwiesen werden.

Kennzeichnend für HMOs ist der Fokus auf präventive Versorgung. Die Organisation verpflichtet sich nicht nur der Krankenversorgung, sondern auch der Gesunderhaltung («Health Maintenance») ihrer Versichertenpopulation durch ein grosses Angebot an Präventions- und Screeningmassnahmen (Population Management).

Um die Hemmschwelle der Versicherten zu senken, diese Leistungen in Anspruch zu nehmen, verzichten HMOs klassischerweise auf Franchisen und verlangen weniger Zuzahlungen von den Versicherten als andere MCOs. Die Vergütung der Leistungserbringer erfolgt klassischerweise nach dem Capitationsprinzip, wobei je nach Organisationsstruktur des ambulanten Grundversorgernetzes fünf HMO-Typen unterschieden werden:

- I. **Staff Model HMO:** Die HMO betreibt exklusiv für ihre Versicherten eigene ambulante medizinische Einrichtungen inkl. Laboratorien und Radiologiezentren und nimmt dafür Ärzte verschiedener Fachrichtungen und Pflegepersonal für ein fixes Monatssalär unter Vertrag. Die stationäre Versorgung wird durch Generalverträge mit nahegelegenen unabhängigen Spitälern sichergestellt. Zum Jahresende werden den HMO-eigenen Ärzten gelegentlich zusätzliche Boni ausgezahlt, abhängig von ihrer individuellen Arbeitsleistung und der Gesamtrentabilität der HMO.
- II. **Group Model HMO:** Die ambulante medizinische Versorgung wird durch eine multiprofessionelle Gruppenpraxis erbracht, die von der HMO nach dem Capitationsprinzip entlohnt wird, wobei es zwei Möglichkeiten gibt: Unabhängige Gruppenpraxen können neben ihrem Vertrag mit der HMO frei praktizieren und auch Nicht-HMO-Patienten annehmen (Independent Group Model). Gruppenpraxen, die als eigenständige Betriebsgesellschaft geführt sind, jedoch im Besitz der HMO und administrativ an diese gebunden sind, versorgen ausschliesslich das Versichertenkollektiv der HMO (Captive Group Model). Prominentes Beispiel für eine HMO mit Captive Group Model ist die Gesellschaft «Kaiser Permanente». Kennzeichnend für Group Model HMOs ist, dass der einzelne Leistungserbringer primär Angestellter/Angehöriger der Gruppenpraxis ist und von dieser nach individuellen Prinzipien entlohnt wird. Die stationäre Versorgung wird durch Generalverträge mit nahegelegenen unabhängigen Spitälern sichergestellt.
- III. **Network Model HMO:** HMOs mit sehr vielen Versicherten in Ballungsgebieten oder weit verstreuten ländlichen Gebieten schliessen Versorgungsverträge mit mehreren unabhängigen allgemeinmedizinischen und/oder multiprofessionellen Gruppenpraxen und bilden damit ein Praxisnetz. Neben ihrem Vertrag mit der HMO können die Ärzte frei praktizieren und auch Nicht-HMO-Patienten annehmen. Die einzelnen Praxen werden unabhängig voneinander nach dem Capitationsprinzip entlohnt.
- IV. **Primary Care Network Model HMO:** Eine Sonderform von Network Model HMO, bei der das Vertragsnetzwerk der HMO nur Grundversorger (Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Pädiatrie)

umfasst. In diesem Modell erhalten die Grundversorgerpraxen entweder eine anteilige Capitation für das umschriebene Leistungsangebot der Grundversorgung, das sie selbst erbringen, oder eine Capitation für alle Grundversorgungsleistungen (all-inclusive physician capitation). Bei letzterer Vergütungsform sind die Praxen dann, wenn Leistungen notwendig sind, die die Praxis selber nicht anbietet, dafür verantwortlich, den Patienten an einen entsprechenden Spezialisten zu überweisen und müssen für die entstehenden Kosten aufkommen.

- V. **Independent Practice Association (IPA):** Gesellschaft, die einen Verbund von Einzel- und/oder Gruppenpraxen repräsentiert, und für diese einen gemeinsamen Versorgungsvertrag mit einer HMO eingeht. Die HMO entlohnt die IPA nach dem Capitationsmodell, die IPA wiederum vergütet die ihr angehörenden Praxen nach individuellen Modellen. Eine verbindliche Organisationsform für IPAs existiert nicht, oft finanzieren sie sich durch Mitgliederbeiträge und/oder Anteile aus den Capitationszahlungen. Neben den Vertragsverhandlungen mit den HMOs und Zahlungsadministration übernehmen die Gesellschaften häufig auch Aufgaben des Qualitätsmanagements und Utilization Reviews innerhalb des Verbunds.

b) HMO als einzelne Versorgungseinheit

Begriffsverwendung in der Schweiz: Unter HMO werden Grundversorgerpraxen verstanden, die entweder einer Betriebsgesellschaft (meist eine Krankenkasse) gehören, oder über ein Ärztenetz Verträge mit Kassen haben, die ihren Versicherten ein HMO-Modell anbieten. Für Patienten, die über ein HMO-Modell versichert sind, stellen die HMO-Praxen die erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem dar. Es wird nach dem Gatekeeping-System gearbeitet, wobei Überweisungen zum Spezialisten nicht vom Versicherer kontrolliert werden, der Hausarzt hat die freie Wahl. Die Kostenkontrolle wird häufig durch Kostenzielvorgaben für die Betreuung des speziell versicherten Patientenkollektivs gesteuert.

Häufig wird Hausarztmodell synonym verwendet (§ Hausarztmodelle)

Preferred Provider Organisation

Bei Preferred Provider Organisation (PPO) handelt es sich um eine spezifische Form von MCO in den USA. Patienten, die bei einer PPO versichert sind, haben innerhalb des PPO-Netzwerks die freie Arztwahl. Sie sind nicht verpflichtet, jedes Mal zuerst einen Hausarzt aufzusuchen. Leistungen externer Anbieter werden zum Teil auch übernommen, allerdings ist der Selbstbehalt des Patienten in solchen Fällen deutlich höher als bei Wahl eines PPO-Vertragsarztes. Die Vergütung der PPO-Vertragsärzte erfolgt klassischerweise nach dem Discounted-fees-Prinzip.

Point of Service

Point of Service (POS) sind eine spezifische Form von MCO in den USA, ein Mischsystem, das sowohl Eigenschaften einer HMO wie einer PPO aufweist. Der Patient wählt einen festen Hausarzt aus dem POS-Netzwerk, der ihn nach dem Gatekeeping-Prinzip betreut. Sofern der Hausarzt eine Überweisung ausstellt, sind Leistungen externer Anbieter (Spezialisten) ebenfalls versichert. Ohne Überweisung werden die Kosten nur in geringem Umfang resp. gar nicht übernommen.

Hausarztmodelle

Hausarztmodell bezeichnet ein Versicherungsmodell in der Schweiz, das teilweise vom HMO-Modell unterschieden wird, teilweise als Synonym angesehen wird. Unterschieden wird es immer dann, wenn unter einer HMO-Praxis per definitionem eine Praxis verstanden wird, die von einer Betriebsgesellschaft (meist einer Krankenkasse) betrieben wird, zu der die Ärzte in einem Angestelltenverhältnis stehen. Dann bedeutet «Hausarztmodell» im Gegensatz dazu, dass die teilnehmenden Praxen zu einem selbstständigen Ärztenetz gehören, das einen Vertrag mit einer Kasse geschlossen hat. Patienten, die über ein

Hausarztmodell versichert sind, wählen einen persönlichen Hausarzt aus einem Netzwerk, das mit der Krankenkasse einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen hat und verpflichten sich, jedes Mal zuerst den Hausarzt aufzusuchen, der ggf. weiter überweist. Das Netzwerk handelt mit den Krankenkassen eine Kostenzielvorgabe für die Betreuung dieses speziell versicherten Patientenkollektivs aus.

Health Networks

Unter Health Network wird ein Netzwerk kooperierender Versorgungseinrichtungen mit und ohne gemeinsame Ressourcennutzung verstanden, das integrierte Gesundheitsversorgung im akut-stationären und ambulanten Sektor sowie in den Bereichen der Langzeitpflege, Spitex und Hospiz bietet. Health Networks entstanden in den USA ausgehend von Spitälern, die ihr Leistungsangebot durch Zukauf oder Neugründung anderer Institutionen und Kooperationsvereinbarungen mit bestehenden Leistungsanbietern erweiterten und auf die spitalexterne Versorgung ausweiteten. Triebkraft der Entwicklung war der Druck zur Kostenreduktion und Effizienzsteigerung, um sich gegen die zunehmende Marktmacht der Managed-Care-Organisationen in den 1980er und 90er Jahren zu behaupten. Heute haben viele Health Networks Versorgungsverträge mit Managed-Care-Organisationen resp. werden von dieser betrieben. Sehr grosse Health Networks agieren auch selbst als Versicherer und bieten eigene Krankenversicherungsmodelle an.

Tabelle 4.2 Charakteristika von Health Networks nach DeLuca&Cagan, 1998 [2]

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mindestens ein Akutspital im Verbund ▪ Umfassen ambulante Versorgungseinrichtungen (Ambulatorien/Tageskliniken) ▪ Mindestens eine internistische Gruppenpraxis im Verbund ▪ Mindestens eine Langzeitpflegeeinrichtung im Verbund ▪ Umfassen Spitexpflege und Hospizangebot ▪ Sind Eigentum einer MCO resp. haben Managed-Care Verträge mit mindestens einer MCO |
|--|

Ärztetzwerke

Als Ärztenetzwerk wird ein Verbund von Grundversorgern, gelegentlich auch niedergelassenen und im Spital tätigen Spezialisten bezeichnet, die über verbindliche Abmachungen unter den einzelnen Mitgliedern und strukturierte Kommunikationsformen (Qualitätszirkel, Critical Incident Reportings, Guidelines) miteinander kooperieren. Es gibt keine verbindlichen Vorgaben, was ein Ärztenetzwerk definiert und es existieren viele Organisationsformen, von lockeren Vereinsstrukturen bis hin zu hochorganisierten Betriebsgesellschaften mit gemeinsamer Budgetplanung und ökonomischer Mitverantwortung der einzelnen Mitglieder, in denen Formen der integrierten Versorgung realisiert werden sollen. Häufig ist ein Teilen der Infrastruktur, z.B. das gemeinsame Bestellen von Medikamenten und medizinischem Verbrauchsmaterialien.

Charakteristische Aufgabe der Ärztenetzwerke ist das Aushandeln gemeinsamer Verträge mit Krankenkassen für die Mitglieder zur Teilnahme an Hausarzt- und HMO-Modellen. Die Netzwerkverwaltung ist diesbezüglich verantwortlich für die Kostentransparenz und die Verrechnung der Einzelleistungen der einzelnen Mitglieder mit dem vom Versicherer zur Verfügung gestellten Budgets. Es existieren verschiedene Vertragsregelungen, wie Versicherer und Ärztenetzwerk bei Budgetüber- oder -unterschreitungen vorgehen. Wichtig ist, dass der einzelne Arzt bei Budgetüberschreitungen nicht mit seinem Privatvermögen oder mit seinen in der Praxis verrechneten Leistungen haftet, sondern das Netz haftet. Es ist auch möglich, eine maximale Verlustbeitragsgrenze für das Netz vertraglich zu fixieren.

Methoden der Leistungssteuerung

Grundlegendes Charakteristikum von Managed-Care-Ansätzen ist die Involvierung von Krankenversicherern, die integrierte Versorgungsstrukturen fördern. Während der Einfluss der

Leistungsträger auf klinische Entscheide in europäischen Ländern und der Schweiz beschränkt ist, haben sich in US-amerikanischen MCOs Methoden zur Behandlungssteuerung entwickelt, die der direkten, individuellen Fallkostenkontrolle dienen. Zum Gatekeeper/-opener kommt der «Utilization Manager» als koordinierende Instanz hinzu, die das klinische Vorgehen entlang der Behandlungskette auf Evidenz und Effizienz hin prüft. Bei chronisch kranken und multimorbiden Patienten gewinnt das Utilization Management umso mehr an Bedeutung, da der Behandlungsverlauf langfristig zu betrachten ist.

Eine allgemeingültige genaue Definition von **Utilization Management** existiert nicht, die Bedeutung variiert, je nachdem, ob und wie im selben Kontext der Begriff Utilization Review verstanden wird. Drei Definitionen sind aktuell üblich:

- I. kann Utilization Management als Überbegriff verwendet werden, der alle Aktivitäten der Behandlungssteuerung in einem Patientenkollektiv meint, einschliesslich Utilization Review individueller Fälle, Case und Disease Management (Kapitel 4.2) sowie Demand Management (s.u.).
- II. kann Utilization Management als Sammelbegriff für prospektive und synchrone Methoden verwendet werden, mit denen individuelle Behandlungsfälle hinsichtlich Angemessenheit und Kosteneffizienz kontrolliert werden. Der Begriff ersetzt dann die Unterscheidung zwischen Prospektive und Concurrent Utilization Review und impliziert, dass Utilization Review die rein retrospektiven Methoden (s.u) umfasst.
- III. kann Utilization Management als Synonym für Utilization Review verwendet werden.

Utilization Review subsumiert Methoden zur individuellen Fallkostenkontrolle, wobei der medizinische Leistungsanspruch und das Behandlungsvorgehen im individuellen Fall hinsichtlich Angemessenheit und Kosteneffizienz evaluiert werden. Primäres Ziel soll nicht die Leistungseinschränkung sein, sondern das Sicherstellen einer, dem Verlauf angepassten, evidenzbasierten Eskalierung der Behandlung.

Prospective Utilization Review umfasst prospektive Methoden der Behandlungssteuerung, mit denen die Notwendigkeit von Behandlungsmassnahmen vor der Inanspruchnahme evaluiert wird. Ein klassisches Beispiel ist das Gatekeeping-Prinzip, bei dem der Patient zuerst einen Grundversorger aufsucht, der überprüft, ob eine Überweisung zum Spezialisten angemessen ist. Eine andere Form, die in Versicherungsmodellen US-amerikanischer MCOs vorkommt, ist das Prinzip der «precertification», d.h. der Patient oder sein Leistungserbringer müssen vor Beginn bestimmter Behandlungen oder geplanter Hospitalisationen eine Freigabe der Versicherung einholen. Bei Notfalleinweisungen ist die Versicherung innert 24 Stunden zu informieren. Ziel ist die Vermeidung unnötiger Eingriffe und Hospitalisationen. Für die Fallevaluation und Freigabe werden sog. «health plan administrators» eingesetzt.

Concurrent Utilization Review umfasst synchrone Methoden der Behandlungssteuerung, mit denen der Behandlungsverlauf fortlaufend monitorisiert wird und die Beurteilungsergebnisse direkt über die weitere Behandlungsplanung entscheiden. Häufigste Form ist die in US-amerikanischen MCOs praktizierte Monitorisierung der stationären Aufenthaltsdauer. Je nach Einweisungsgrund hat jeder Patient eine pauschale Aufenthaltsdauer zu Gute, jeder weitere Hospitalisationstag muss bewilligt werden. Dafür ist speziell geschultes Pflegepersonal im Einsatz, das den Status des Patienten hinsichtlich bestimmter Indikatoren monitorisiert und zusammen mit den Ärzten über die weitere Verweildauer entscheidet. Eine weitere Form ist das systematisierte Entlassmanagement («discharge management») bei dem noch vor Ende des Spitalaufenthalts die Entlassung und Nachsorge abgestimmt auf die Prognose und die Ressourcen des Patienten, seines Umfelds sowie die Versicherungsabdeckung organisiert wird.

Retrospective Utilization Review umfasst retrospektive Methoden der Evaluation, mit denen die Angemessenheit und Kosteneffizienz von Gesundheitsleistungen nach erfolgter Inanspruchnahme beurteilt werden. Der Behandlungsverlauf wird nachvollzogen, meist auf Basis der Patientenakten, und rückblickend beurteilt, ob, gemessen an der vorliegenden Evidenz, die richtigen Entscheidungen getroffen wurden. Eingesetzt wird die retrospektive Evaluation z.B. in Fällen mit ausserordentlich hohen Rechnungsforderungen oder im Rahmen von Datenanalysen für ein Qualitätsmanagement, zur Entdeckung ineffizienter Abläufe in der Behandlungskette.

Demand Management umfasst jegliche Art von Massnahmen zur Patientenberatung und -information, mit denen Krankenversicherer versuchen, die Nachfrage ihrer Versicherten nach Gesundheitsleistungen zu steuern und damit Über- und Unterversorgung vorzubeugen. Dies umfasst das einfache Bereitstellen von Informationsmaterialien ebenso wie telemedizinische Angebote zur individuellen Beratung über Telefonhotlines oder Internetportale durch angestellte Demand-Manager. Eingesetzt wird dafür in der Regel speziell geschultes medizinisches Fachpersonal. Häufig sind Demand-Management-Massnahmen an spezielle Versicherungsmodelle gekoppelt, die den Versicherten eine Prämienreduktion gewähren, wenn sie sich verpflichten, vor Arztbesuchen einen Demand Manager zu konsultieren. In diesem Fall übernimmt der Demand Manager eine gewisse Gatekeeping- und/oder Triagefunktion und die Verflechtung von Demand und Kostenmanagement weist Parallelen mit dem Prospective Utilization Review auf.

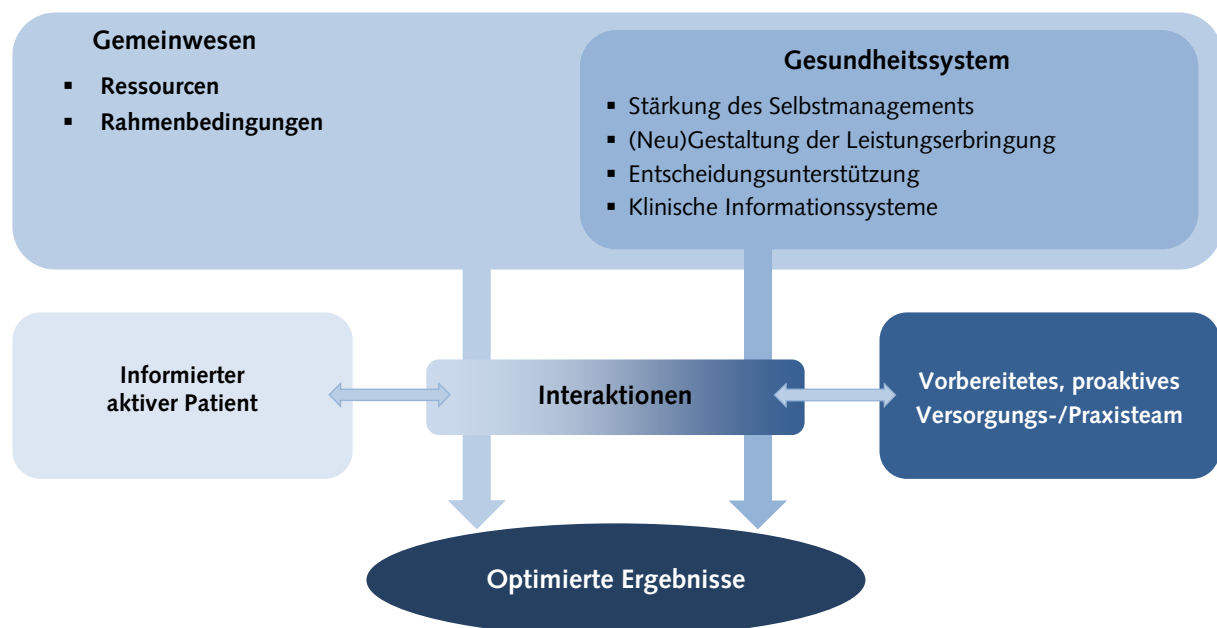
4.3.2 Chronic-Care-Modell

Das Chronic-Care-Modell (CCM) ist ein organisatorisches Konzept für die Versorgung von chronisch kranken Menschen in der Grundversorgung, bei dem die faktenbasierte Interaktion zwischen einem informierten, aktiven Patienten und einem vorbereiteten, proaktiven Praxisteam im Mittelpunkt steht. Das Konzept stützt sich auf Methoden zur Qualitätssteigerung und Strategien der Systemveränderung. Ziel ist eine kontinuierliche und koordinierte Begleitung, wobei das Praxisteam (Arzt und spezifisch geschultes medizinisches Fachpersonal) gemeinsam mit dem Patienten an der Ausarbeitung und Erreichung individuell realistischer Behandlungsziele arbeitet.

Diese Art der Interaktion soll durch effizientes Nutzen interner und externer Ressourcen, z.B. des Gemeinwesens, ermöglicht werden und darauf ausgerichtet sein, den Patienten in seinem Selbstmanagement und gesundheitsfördernden Verhalten zu unterstützen, wodurch Komplikationen und Notfallsituationen reduziert werden sollen. Statt einer reaktiven Patientenbetreuung soll eine proaktive Betreuung stattfinden. Auf Ebene der Leistungserbringer sind die Bereitstellung von klinischer Entscheidungsunterstützung durch evidenzbasierte Richtlinien und Behandlungspfade, Teamschulungen für eine verantwortliche und effiziente Aufgabenteilung innerhalb des Praxisteam, die Koordination mit Spezialisten und Spitälern sowie der Einsatz klinischer Informationssysteme integrale Bestandteile des CCM-Konzepts. Disease-Management-Programme und Case Management (Kapitel 4.2) sind Instrumente, die im Sinne des CCM eingesetzt werden können.

Abbildung 4.1 zeigt den Zusammenhang der CCM-Konzeptelemente:

Abbildung 4.1 Chronic-Care-Modell (Steurer-Stey, adaptiert nach Wagner 1999 [3])



Im Gegensatz zu den klassischen Managed-Care-Organisationen handelt es sich beim CCM nicht um eine gewachsene Struktur, sondern um ein theoretisches Konzept für die Neugestaltung und Transformation gewachsener Gesundheitssysteme. Es kann international als «neu» angesehen werden, weil die ganzheitliche Sicht des Patienten und seiner internen und externen Ressourcen international einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgung darstellt. Gatekeeping/-opening, Skillmix und Selbstmanagement sind voll ausgeprägt.

2002 wurde das CCM von der WHO zur Basis des Rahmenkonzepts für die innovative Versorgung chronischer Erkrankungen, dem «Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC)» Framework, ernannt und findet seitdem international Einsatz in Pilotprojekten. Das ICCC Framework definiert politische Handlungsfelder auf Mikro-, Meso- und Makroebene, die für die erfolgreiche Implementation des CCM entscheidend sind.

Die systemweite Implementation des CCM ist noch in keinem Land erfolgt. In den USA wird die praktische Umsetzung vornehmlich durch HMO wie «Kaiser Permanente» vorangetrieben, wobei sich Variationen und Erweiterungen des Grundkonzepts entwickelt haben, die im Folgenden vorgestellt werden. Die Konzepte Guided Care und Patient Centered Medical Home stellen zwei gegensätzliche Entwicklungsrichtungen dar. Während das Guided-Care-Modell Anpassungen am CCM hinsichtlich multimorbiden Patienten vornimmt, überträgt das Patient-Centered-Medical-Home-Modell Grundsätze des CCM auch auf Gesunde.

Guided Care

Guided Care ist ein Versorgungskonzept für die engmaschige Betreuung chronisch kranker multimorbider Menschen in der Grundversorgung. Es stellt eine Weiterentwicklung des Chronic-Care-Modells dar, das speziell auf multimorbide hochbetagte Patienten ausgerichtet ist und nicht das Praxisteam, sondern eine speziell geschulte Pflegefachperson (Guided Care Nurse, GCN) als hauptverantwortliche Betreuungskordinatorin benennt.

Die GCN arbeitet praxisassoziiert und ist für jeweils 50–60 Patienten zuständig, deren chronische Betreuung sie plant und begleitet. Die Tätigkeit vereint Elemente des Disease und Case Managements und stellt im Sinne des CCM vor allem den Aspekt des Selbstmanagements sowie die Nutzung von Ressourcen des Gemein- und Sozialwesens in den Vordergrund. Die Betreuungsbeziehung beginnt mit einem Hausbesuch, bei dem die GCN den Gesundheitszustand, die Lebensbedingungen sowie das soziale Umfeld des Patienten evaluiert. Anschliessend entwirft sie einen umfassenden Betreuungsplan («Care Guide»), der die Einbindung aller möglichen internen und externen Ressourcen des Patienten sowie seiner Leistungserbringer umfasst. Der Patient erhält ein Exzerpt dieses Plans mit laienverständlichen konkreten Handlungsempfehlungen («Action Plan», Aktionsplan), der als Aufhänger für die regelmässige, mindestens monatliche Kontaktaufnahme mit dem Patienten dient. Dabei eruiert die GCN, wie der Patient mit seinem Aktionsplan zurechtkommt. Sie kann ggf. Anpassungen vornehmen resp. weitergehende Betreuungsbedürfnisse identifizieren und den Patienten in seinem Selbstmanagement bestärken. Im Falle von notwendigen Überweisungen übernimmt die GCN das Schnittstellenmanagement, in dem sie in Kontakt mit den verschiedenen Leistungserbringern des Patienten tritt, sie umfassend über die medizinische Situation und den Betreuungsplan informiert. Bei Spitalaufenthalten ist die GCN umfassend in das Austrittsmanagement und die Nachsorgeplanung involviert und stellt sicher, dass dem Patienten und seinen Angehörigen der Wiederanschluss an das ambulante Setting gelingt.

Die Unterstützung durch IT-Systeme ist konkret formuliert: Die GCN führt eine eigene elektronische Patientenakte, die mit einem Decision-Support-Tool ausgestattet ist, das anhand der eingegebenen Patientendaten einen provisorischen Care Guide erstellt, den die GCN nur noch in Absprache mit dem Hausarzt des Patienten individualisieren muss. Zudem verfügt die elektronische Patientenakte über Reminderfunktionen, die die GCN darauf hinweisen, wenn diese über einen individuell festgesetzten Zeitraum keinen persönlichen Kontakt mit dem Patienten hatte

Tabelle 4.3 Die acht Kompetenzbereiche der Guided Care Nurse nach Boulton 2008 [4]

- **Assessment:** Hausbesuch zur Erfassung von klinischem Zustand, Medikation, Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung, geistiger Gesundheit, körperlicher Betätigung, Ernährung, häuslicher Umgebung, Betreuungspersonen, anderer Leistungserbringer und Versicherungsstatus
- **Betreuungsplanung:** Rohentwurf eines umfassenden Betreuungsplans («Care Guide») mit Unterstützung eines elektronischen Decision-Support-Tools; Anpassung des Care Guides an die individuellen Bedürfnisse des Patienten in Absprache mit dem Hausarzt. Übersetzung des Care Guides in einen handlungsorientierten Aktionsplan für den Patienten («Action Plan»)
- **Monitoring:** Mindestens monatliche Kontaktaufnahme mit dem Patienten, bedarfsangepasst in der Hausarztpraxis, Zuhause, im Spital oder per Telefon zur Prüfung der Aktionsplan-Umsetzung, ggf. Anpassung der Betreuungs- und Aktionspläne
- **Coaching:** Motivation zur Erfüllung der individuellen Behandlungsziele durch spezielle Gesprächstechniken (Motivational Interviewing)
- **Selbstmanagement:** Vermittlung von regelmässigen, in Gruppen stattfindenden Patientenschulungen in Selbstmanagement
- **Weiterbildung und Unterstützung von Betreuungspersonen:** Organisation von regelmässigen Schulungen und individuelle Beratung von Betreuungspersonen der Patienten
- **Übertrittsmanagement:** Schnittstellenmanagement bei Wechsel/Einbezug neuer Leistungserbringer insbesondere während und nach Spitalaufenthalt, Vermittlung zwischen fremden Leistungserbringern, Patienten und Angehörigen
- **Einbezug externer Ressourcen:** Vernetzung mit lokalen Institutionen und Vermittlung von Dienstleistungen des Gemein- und Sozialwesens für den Patienten

Patient Centered Medical Home

Das Patient Centered Medical Home (PCMH) ist ein organisatorisches Konzept für eine medizinische Grundversorgung mit der Funktion einer individuellen, umfassend integrierten, lebenslangen, proaktiven Gesundheitsförderung und Krankenversorgung. Es zeigt grosse Parallelen mit dem Chronic Care Model, unterscheidet sich von diesem aber vor allem darin, dass es die Versorgung der gesamten Population und nicht nur chronisch kranker Menschen umfasst.

Im Mittelpunkt steht der Patient, der nicht erst im Krankheitsfall zum Patienten wird, sondern kontinuierlich mit einem Team von Gesundheitsfachpersonen in Kontakt steht, das ihn auch präventivmedizinisch begleitet und ein «medizinisches Zuhause» bietet, d.h. einen festen Anlaufpunkt im Gesundheitswesen, wo der Patient, seine Lebensumstände und medizinische Vorgeschichte umfassend bekannt sind. Das Team übernimmt dabei Gateopener- und Case-Manager-Funktionen. Geleitet wird das Team von einem persönlichen Arzt und umfasst weitere Berufsgruppen, z.B. Apotheker, Pflegefachpersonen, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter und Versicherungsagenten, die auf gemeinsamer Informationsbasis definierte Rollen im Versorgungsprozess übernehmen. Ziel ist es, gemeinschaftlich eine evidenzbasierte, ressourcenorientierte und bedarfsangepasste Versorgung des Patienten sicherzustellen, gegebenenfalls unter Integration externer Spezialisten. Der Patient wird dabei als Teampartner angesehen, der durch geeignete Schulungsmassnahmen in seiner Gesundheitskompetenz und seinem Selbstmanagement gefördert und in die medizinische Entscheidungsfindung miteinbezogen wird (Shared Decision Making).

Charakteristisch ist die niedrige Kontaktschwelle. Durch erweiterte Öffnungszeiten, offene Termingestaltung, Telemedizin und Nutzung neuer Kommunikationsformen soll das medizinische Zuhause dem Patienten jederzeit offenstehen. Geeignete IT-Systeme für Koordination, Informationsaustausch und klinische Prozess- und Entscheidungsunterstützung sind integraler Bestandteil ebenso wie ein eigenes Vergütungssystem, das explizit die Koordinationsleistungen des Teams ausserhalb der Konsultationen berücksichtigt und Massnahmen zur Qualitätsverbesserung, Patientenschulung und evidenzbasierten Arbeit incentiviert. Die detaillierte Ausgestaltung des Vergütungssystems innerhalb eines PCMH ist nicht vorgegeben. In den USA adaptieren zunehmend Health Networks und grosse HMOs wie Kaiser Permanente das PCMH und integrieren dafür spezielle Incentiveprogramme für Leistungserbringer

in ihre Vergütungskonzepte. Um als PCMH-Einrichtung anerkannt zu werden, ist in diesem Rahmen eine Akkreditierung notwendig, z.B. durch die Accreditation Association for Ambulatory Health Care (AAHC) oder das National Committee for Quality Assurance (NCQA).

Tabelle 4.4 Sieben Säulen des PCMH nach American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Physicians and American Osteopathic Association, 2007 [5]

- Persönlicher Arzt: Jeder Patient hat einen persönlichen Arzt, in der Regel – aber nicht zwingend – ein Grundversorger
- Ärztlich geleitete medizinische Praxis: Der persönliche Arzt des Patienten leitet ein Praxisteam von Gesundheitsfachpersonen, das gemeinsam für die Versorgung des Patienten verantwortlich ist
- Umfassende Patientenzentrierung: Der persönliche Arzt und sein Team sind für alle gesundheitlichen Belange des Patienten zuständig und stellen im Bedarfsfall die Behandlung durch Spezialisten sicher. Dies umfasst alle Lebensphasen, Akut- und chronische Versorgung, Prävention und Palliativmedizin.
- Koordinierte resp. Integrierte Versorgung: Die Versorgung erfolgt interdisziplinär und sektorübergreifend und bindet das soziale Netz des Patienten (z.B. Familie, privates und öffentliches Gemeinwesen) ein. Dies geschieht unter Einsatz von Datenaustausch, Zugang zu Registern und Informationstechnologien.
- Qualität und Sicherheit: Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung werden durch den Einsatz evidenzbasierter Medizin, unterstützender IT-Systeme, Outcome- und Performance-Messungen und weiteren Massnahmen des Qualitätsmanagements sowie Shared Decision Making und Patientenbefragungen sichergestellt. Die Praxis lässt sich als PCMH akkreditieren.
- Verbessertes Zugang: Niederschwelliger Zugang zur medizinischen Betreuung durch erweiterte Öffnungszeiten, offene Termingestaltung, Telemedizin und Nutzung neuer Kommunikationsformen
- Adäquate Vergütung: Leistungen des Praxisteams im Sinne der Behandlungscoordination und langfristigen Planung ausserhalb des direkten Patientenkontakts werden vergütet, ohne dass die Vergütung direkter Patientenkontakte reduziert wird. Incentives existieren für die Implementierung von Qualitätsmanagementinstrumenten und IT-Systemen sowie Massnahmen, die einen niederschweligen Zugang zur medizinischen Betreuung fördern. Morbiditätsfaktoren der individuellen Patientenpopulation einer Praxis werden in die Vergütung miteinbezogen.

Ein Kriterium, das dabei zunehmend in den Vordergrund rückt und damit ebenfalls als Kernelement des PCMH angesehen werden kann, ist das Panel Management.

Panel Management bezeichnet eine spezifische Form des Population Managements, die von der US-amerikanischen HMO «Kaiser Permanente» im Zuge der praktischen Umsetzung des PCHM etabliert wurde. Als «Panel» wird der Patientenstamm einer Grundversorgereinrichtung bezeichnet, «Panel Management» benennt die systematische proaktive Kontaktaufnahme mit dem Patienten zur Stärkung der Beziehung mit seinem medizinischen Zuhause und Förderung seiner Adhärenz.

Innerhalb des PCMH-Teams wird die Rolle eines Panel Management Assistant (PMA) geschaffen, dessen Aufgabe es ist, den Patienten telefonisch/per E-Mail zu kontaktieren, sich nach seinem Befinden zu erkundigen und zu eruieren, ob er mit seinem aktuellen Behandlungsplan zurechtkommt und ihn gegebenenfalls an die im Team vereinbarten Behandlungsziele zu erinnern und Unterstützung im Selbstmanagement zu bieten. Stehen gewisse evidenzbasierte Prozeduren aus, die der Patient aufgrund seines Morbiditätsprofils durchführen sollte, wird er über diesen Kanal informiert. Werden in diesen kurzen Kontakten Hindernisse offenbar, die den Patienten daran hindern, dem Betreuungsplan zu folgen, leitet der PMA entsprechende problemspezifisch standardisierte Prozesse ein, so dass das PCMH-Team auf das Hindernis proaktiv reagieren kann. Der leitende Arzt des PCMH-Teams plant dafür ein Zeitfenster in seinem Praxisalltag ein, in dem er sich exklusiv der Entscheidungsfindung in Panel-Management-Fragen widmet.

Die Rolle des PMA wird meist von nichtärztlichem Personal übernommen. Charakteristisch ist der Einsatz von IT-Systemen zur Analyse der verfügbaren klinischen und administrativen Patientendaten und konsekutiver Identifikation von «evidence performance gaps» in der bisher erfolgten Versorgung auf Patientenniveau.

Primärversorgungspraxis

Die Primärversorgungspraxis (PVP) ist ein organisatorisches Konzept, das der deutsche Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009 in einem Positionspapier als Empfehlung für die Transformierung der deutschen Grundversorgung publizierte und das seitdem in einigen Modellversuchen in Deutschland umgesetzt wird. Das Konzept vereint Elemente von Managed-Care, Chronic-Care- und Patient-Centered-Medical-Home-Modell und stellt dabei vor allem das Population Management (→ s. dort) in den Vordergrund. Die Idee ist, dass jeder Bürger bei einer wohnortsnahen PVP registriert ist, die für seine präventiv- und allgemeinmedizinische Grundversorgung zuständig ist. Die PVP wird von mindestens einem Arzt und einem Team nicht-ärztlicher Gesundheitsfachpersonen geführt. Geeignete IT-Systeme unterstützen das PVP-Team bei der kontinuierlichen Analyse der soziodemografischen Struktur und Morbiditätsverteilung des eigenen Patientenstamms sowie der Überwachung von Prozessparametern der Praxis. So können insbesondere chronisch kranke Patienten besser monitoriert und prospektiv behandelt werden. Im Fokus stehen dabei das Vereinbaren von Behandlungszielen mit dem Patient sowie die Unterstützung seines Selbstmanagements.

Die Stratifizierung der Patienten gemäss ihrem Versorgungsbedarf ermöglicht die Differenzierung von Akut-, Präventions- und Chronikersprechstunden, flexible Öffnungszeiten sowie die operative Aufgabenteilung im Praxisteam. Der Arzt soll eine starke Rolle als Behandlungskordinator übernehmen und bestimmte Aufgaben, die nicht zwingend eine ärztliche Approbation erfordern, an speziell ausgebildete medizinische Fachangestellte und Pflegefachpersonen delegieren, z.B. Präventionsleistungen (Impfungen, Patientenschulungen), Versorgung kleinerer Probleme (Verbandswechsel, Fäden ziehen) und das Monitoring chronisch Kranker mit Hilfe von einfachen, hochstrukturierten, validierten Checklisten. Als Letztverantwortlicher für die Behandlung ist der Arzt auch zuständig für die Vernetzung des PVPs mit Spezialisten und Spitälern und Sicherstellung einer integrierten Versorgungskette.

Das PVP-Konzept sieht ein reformiertes Vergütungssystem vor, das die Morbiditätsstruktur des Patientenstamms der PVP berücksichtigt und auch Koordinationsleistungen, die ausserhalb der Konsultation erbracht werden, vergütet.

4.3.3 Medizinische Versorgungszentren (Deutschland)

Ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) ist eine ambulante Gesundheitsversorgungseinrichtung, die in Deutschland seit 2004 gesetzlich definiert ist als «ärztlich geleitete Einrichtung, die über die strukturierte Zusammenarbeit mindestens zweier Ärzte mit unterschiedlichen Facharzttiteln bzw. Schwerpunktbezeichnungen eine interdisziplinäre Versorgung gewährleistet».

Die Abgrenzung eines MVZ gegenüber einer Gruppenpraxis erfolgt über die Rechtsform: Zur Teilnahme an der – durch die deutschen gesetzlichen Krankenkassen abgedeckten – ambulanten Gesundheitsversorgung benötigen Ärzte prinzipiell eine Zulassung als sog. Vertragsarzt. Diese wird traditionellerweise personengebunden ausgestellt. Eine Gruppenpraxis stellt somit einen Verbund von Ärzten mit jeweils eigener personenbezogener Zulassung dar. Dagegen ist ein MVZ per definitionem eine juristische Person und Inhaber einer nicht personengebundenen, institutionellen Zulassung, über die Ärzte im Angestelltenverhältnis tätig sein können. Ärzte, die eine Kassenzulassung haben, können sich einem MVZ zwar als selbstständiger Vertragsarzt anschliessen, häufiger ist jedoch der Fall, dass sie ihre Zulassung an das MVZ abtreten und sich vom MVZ anstellen lassen. In jedem Fall tritt das MVZ gegenüber Patienten, Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen als einziger Leistungserbringer und Vertragspartner auf. Es ist dabei bis auf wenige Ausnahmen denselben Regeln der Leistungserbringung unterworfen wie ein einzelner Vertragsarzt.

Gruppenpraxen können nur von Ärzten gegründet werden, sowohl fachgleich als auch fächerübergreifend. Dagegen können MVZ nach aktueller Gesetzeslage sowohl von zugelassenen Ärzten als auch Krankenhäusern und Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen gegründet und getragen werden. Die Trägergesellschaft übernimmt das wirtschaftliche Risiko des MVZ und stellt die Infrastruktur.

Charakteristisch ist eine Trennung zwischen medizinischer und kaufmännischer Leitung des MVZ, wobei gesetzlich vorgeschrieben ist, dass die medizinische Leitung von einem Arzt übernommen wird, der selber im MVZ praktiziert und weisungsungebunden von der kaufmännischen Leitung agiert.

Organisation und Instrumente der interdisziplinären Zusammenarbeit in einem MVZ sind nicht gesetzlich definiert. Zwingend ist einzig die Integration mindestens zweier verschiedener ärztlicher Fachgruppen. Darüber hinaus ist die Integration anderer Gesundheitsberufe nicht explizit ausgeschlossen, aber auch nicht vorgeschrieben und in der Praxis selten. Methoden zum Schnittstellenmanagement obliegen den Betreibern ebenso wie die Gestaltung der Infrastruktur. Theoretisch können die Versorgungseinheiten eines MVZ auch geografisch verteilt sein, das typische Erscheinungsbild sind jedoch Gebäudekomplexe, in denen die Versorgungseinheiten untergebracht sind und wo sie sich gewisse Ressourcen (z.B. Bildung, Labor) teilen.

4.3.4 Maisons de santé pluridisciplinaires (Frankreich)

Ein Maison de santé pluridisciplinaire (MSP) ist eine ambulante Gesundheitsversorgungseinrichtung, deren Gründung in Frankreich im Rahmen einer staatlich vorangetriebenen Reform des Gesundheitswesens seit 2009 finanziell begünstigt wird, wobei sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Definitionen noch im Fluss befinden.

Grundidee der französischen Gesundheitsreform war, dass in der medizinischen Grundversorgung lokale multiprofessionelle integrierte Versorgungsstrukturen aufgebaut werden sollen. MSP sind neben «Pôles de santé» eine mögliche Organisationsform, in der ärztliche und nicht-ärztliche Gesundheitsfachpersonen kollaborieren und eine koordinierte, ambulante Versorgungskette mit niederschwelligem Zugang und erweiterten Öffnungszeiten gewährleisten sollen. Als strukturgebendes Bindeglied zwischen den Professionen sollen sogenannte «projets de santé» dienen, gemeinsam erarbeitete Versorgungsziele für ein definiertes medizinisches, epidemiologisch relevantes Problem. Die Idee ist, dass jeder Gründung eines MSP/Pôle de santé eine strukturierte Evaluation des lokalen Versorgungsbedarfs und der durch die Fachpersonen dargebotenen Ressourcen vorangeht. Die Leistungserbringer, die sich zusammenschließen, analysieren ihren Markt, treffen Absprachen hinsichtlich der Schnittstellenkoordination, entwerfen Kooperationsprotokolle und definieren Outcomes an denen der Erfolg ihres gemeinsamen Projekts gemessen werden kann. Diese Pläne geben sie bei den eigens geschaffenen Agences régionales de santé (ARS) ein, lokal operierende staatliche Institutionen, deren Aufgabe es ist, die Projekte auf ihre Konformität mit den Zielen der Gesundheitsreform zu evaluieren und im positiven Falle eine zeitlich limitierte Akkreditierung zu erteilen, die die MSP/Pôles de santé dazu berechtigt, an den staatlichen Zuschussprogrammen teilzunehmen. Nach Ablauf der Akkreditierung kommt es wiederum zur Re-Evaluation. Die kooperierenden Leistungserbringer sollen unterdessen regelmässig in Qualitätszirkeln zusammenkommen und ihr Projekt adaptieren. Im Grunde handelt es sich bei den «projets de santé» um staatlich supervidierte integrierte Behandlungspfade, wobei zusätzlich ein Businessplan entworfen wird, der die Kooperation auch finanziell regelt. Langfristiges Ziel der Gesundheitsreform ist es, Vergütungssysteme zu schaffen, die es Leistungserbringern erlauben, im Angestelltenverhältnis zu arbeiten und auch nicht konsultationsgebundene Koordinationsleistungen abzurechnen, ähnlich wie es die Finanzierung von Patient Centered Medical Homes vorsieht. Derzeit gibt es mannigfaltige Lösungen in Frankreich, viele Ausnahme- und Modellregelungen, die erst nach und nach im Gesetz fixiert werden.

Der Unterschied zwischen MSP und Pôles de santé ist die räumliche Organisation: während in einem MSP alle Leistungserbringer an einem gemeinsamen Ort untergebracht sind, ist ein Pôle de santé ein Verbund eigenständiger, geografisch verteilter Leistungserbringer, die koordiniert zusammenarbeiten. Historisch gesehen handelt es sich bei MSP eher um Neugründungen, während Pôles de santé eine Möglichkeit für bereits etablierte Leistungserbringer einer Region darstellen, sich der Reform des Gesundheitssystems anzupassen und von den staatlichen Zuschüssen zu profitieren. Gelegentlich werden noch «Centres de santé» von den MSP abgegrenzt, wobei nach dieser Definition Centres de santé auch Spezialisten integrieren, während MSP den Fokus auf die Grundversorgung legen. Häufig werden MSP und Centres de santé jedoch auch synonym verwendet.

Details zur multiprofessionellen Zusammensetzung eines MSP sind im Gesetz nicht verankert. Einzige Bedingung ist, dass mindestens zwei Allgemeinmediziner und eine nicht-ärztliche Gesundheitsperson (z.B. Pflegefachperson, Kinesiotherapeut, Podologe) involviert sind. Apotheker werden nicht dazu gezählt, können aber optional integriert werden. Es existieren bislang sieben prototypische Behandlungsempfehlungen für häufige medizinische Probleme in der Grundversorgung, die als Grundlage für die Ausarbeitung von Behandlungspfaden dienen sollen, sowie ein Leitfaden für die Entwicklung von «projets des santé» – Dokumente, die im Auftrag des Staatsdepartements für Gesundheit entwickelt wurden. Eine Zuteilung von Kompetenzen zu den verschiedenen Gesundheitsprofessionen oder die Benennung von konkreten Instrumenten der interdisziplinären Zusammenarbeit bleiben darin aussen vor. Lediglich die Nutzung gemeinsamer elektronischer Informationssysteme wird allgemein empfohlen, ein Pflichtenheft für datenschutzkonforme Softwareprodukte ist in Arbeit.

4.3.5 Multiprofessionelle Versorgungszentren (Finnland)

Multiprofessionelle Gesundheitszentren sind öffentliche Organisationen, die in Finnland die Grundversorgung der Bevölkerung in einer Region sicherstellen. Träger sind die örtlichen Gemeinden, sowohl administratives Personal als auch die Leistungserbringer sind Angestellte der Gemeinde. Selten handelt es sich um eine einzige, örtlich gebundene Versorgungseinrichtung, in der die Leistungen erbracht werden. Meist wird das Gesundheitszentrum von einem Verbund regional niedergelassener Leistungserbringer und mobiler Dienste gebildet und umfasst neben Allgemein- und Fachärzten Zahnärzte, Pflegenden, Hebammen, Physiotherapeuten, Psychologen und Sozialarbeiter.

Weder Grösse, Infrastruktur noch Leistungsangebot und Art der multiprofessionellen Zusammenarbeit sind gesetzlich festgelegt. Sie werden von den Gemeinden individuell bestimmt. So variiert das Spektrum landesweit stark. In entlegenen, bevölkerungsarmen Gebieten beschränkt sich das ständige Angebot oft auf Notfall- und Basismedizin, während fachärztliche Leistungen nur periodisch durch Konsiliardienste abgedeckt werden. Zur typischen Infrastruktur eines Gesundheitszentrums zählen in der Regel eine kleine stationäre Einrichtung, in der leicht oder chronisch Erkrankte kurzzeitig behandelt werden können, ein Labor sowie eine radiologische Abteilung und eine Physiotherapieeinrichtung.

Grundsätzlich agieren Hausärzte innerhalb eines Gesundheitszentrums nach dem Gatekeeper-Prinzip und sind für einen registrierten Patientenstamm verantwortlich. Für Facharztbesuche und Hospitalisierungen sind Überweisungen notwendig. In einigen Regionen übernehmen auch speziell ausgebildete Pflegefachpersonen die Aufgabe einer – dem Hausarzt noch vorgeschalteten – Triage mittels Telefonkonsultation und/oder ambulanter Untersuchungen und Vorabklärungen. Des Weiteren führen Pflegefachpersonen oft auch eigene Sprechstunden z.B. für Wundversorgung, Monitoringuntersuchungen oder Impfungen. Seit 2010 dürfen Pflegefachpersonen auch Medikamente verschreiben.

Der Datenaustausch zwischen den Leistungserbringern eines Gesundheitszentrums erfolgt über eine gemeinsam bewirtschaftete eKG. Integrationsarbeiten sind im Gange, durch die eine medienbruchfreie Vernetzung bislang nicht kompatibler eKG-Systeme verschiedener Gesundheitszentren untereinander sowie mit Spitälern durch ein EPD bis 2015 erreicht werden soll.

5 Schlüsselemente zur Differenzierung neuer Versorgungsmodelle

Die ungerichtete, unkontrollierte Entwicklung neuer Versorgungsmodelle vor dem Hintergrund unterschiedlicher Gesundheitssysteme erschwert es, eine sinnvolle Kategorisierung vorzunehmen, die allen graduellen Unterschieden gerecht wird und so generisch ist, dass sie auch künftig entwickelte Versorgungsmodelle abdecken würde.

In dieser Arbeit wurde eine Einteilung in incentivierungsgestützte, krankheits-/fallfokussierte und strukturfokussierte/organisationale Versorgungsmodelle vorgestellt. Diese Kategorisierung diente primär der Darstellung der unterschiedlichen Komplexität von Versorgungsmodellen und ihrer Eindringtiefe ins Gesundheitssystem (Kapitel 3). Dies ist sinnvoll um zu evaluieren, mit welchem Aufwand eine potenzielle Implementierung verbunden ist. Davon abgesehen, zeigen viele Modelle jedoch Parallelen und Überlappungen, was durch die Kategorisierung nicht adäquat abgebildet wird.

Das folgende Beispiel zeigt auf, wie vielfältig die Parallelen, Überlappungen und graduellen Unterschiede zwischen den Modellen sind: So können ein P4P-Indikatorset für eine bestimmte Krankheit (incentivierungsgestütztes Modell) und ein DMP (krankheitsfokussiertes Modell) auf denselben evidenzbasierten Leitlinien beruhen und für den Patienten im Endeffekt dieselben Untersuchungen und Behandlungen und denselben Pfad durchs Gesundheitswesen vorgeben – mit dem Unterschied, dass ein DMP zusätzlich mit einem Selbstmanagementkurs für den Patienten verbunden sein könnte. Wenn der Patient zum Panel einer Primärversorgungspraxis (strukturfokussiertes organisationales Modell) gehörte, würden die Routinekontrollen vielleicht sogar häufiger von einer Pflegefachperson als von einem Arzt ausgeführt, weil dort ein Skillmix üblich ist.

Eine detaillierte Übersicht über Gemeinsamkeiten und Unterschiede der spezifischen Modelle ist nötig, um zu evaluieren, wo generelles Ausbaupotenzial eines Modells besteht oder inwiefern sich Modelle gegebenenfalls kombinieren liessen. Ziel dieser Arbeit war es deshalb, Schlüsselemente zu identifizieren, die eine schematische Charakterisierung und Differenzierung bestehender und zukünftig entwickelter integrierter Versorgungsmodelle erlauben und damit die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der in dieser Arbeit vorgestellten Modelle aufzuzeigen.

Auf Basis der in Kapitel 2 vorgestellten Grundelemente integrierter Versorgungsmodelle wurden folgende Schlüsselemente definiert:

- Vorgabe eines Protokolls fürs Schnittstellenmanagement
- Vorgabe eines Protokolls für klinische Tätigkeiten
- Kontinuierliche Evaluation und Anpassung der Prozessqualität
- Definierte Gateopener-Rolle
- Skillmix
- Patientenedukation (klinisches Selbstmanagement)"
- Shared decision making
- Niederschwelliger Zugang.

Wie in Kapitel 2.5.2 dargelegt, ist der Einsatz von Informationstechnologien ein nicht hinreichend differenzierendes Merkmal für neue Versorgungsmodelle.

Auf Basis der in Kapitel 4 herausgearbeiteten spezifischen Charakteristika der neuen Versorgungsmodelle wurden folgende Schlüsselemente definiert:

- Krankheitsspezifisch
- Fokus Versorgung chronisch kranker Menschen
- Finanzielle Incentives für Leistungserbringer
- Kopplung an Krankenversicherungsmodell
- Individuelle Fallkostenkontrolle.

Die Funktion des Population Managements wurde nicht als Schlüsselement angesehen, weil es sich weniger um ein Merkmal handelt, als um ein übergeordnetes Ziel, dem ein Versorgungsmodell als Instrument dienen kann, vorausgesetzt, man unterstellt eine systemweite Implementierung. Dies sei am Beispiel von DMP erläutert: Ein einzelnes DMP ist krankheitsspezifisch und könnte theoretisch von einem einzigen Leistungserbringerverbund im Alleingang implementiert werden. Mehrere DMP im gesamten System implementiert, stellen dagegen eine systematische Gesundheitsförderung einer ganzen Population dar und wären ein Instrument des Population Managements.

Beurteilt werden sollen jedoch die Versorgungsmodelle in ihrer Reinform und nicht ihr theoretischer Effekt auf die Bevölkerung.

Das Panel Management, eine spezielle Form des Population Managements, kann zwar als innerhalb eines Modells angewandte Methode aufgefasst werden, ist aber kein hinreichend differenzierendes Merkmal, weil es bereits durch das Schlüsselement «Skillmix» abgebildet ist. Der Einsatz des sogenannten Panel Management Assistants wird als Ausprägung des «Skillmix» betrachtet.

Daraus ergibt sich eine Evaluationsmatrix mit 13 Dimensionen, die Beurteilung der spezifischen Modelle erfolgt nach einem Ampelschema:

- Rot = Schlüsselement nicht ausgeprägt
- Gelb = Schlüsselement teilweise ausgeprägt
- Grün = Schlüsselement ausgeprägt

Die Reihenfolge der Modelle in der Matrix entspricht der Reihenfolge der Präsentation in Kapitel 4. Zur besseren Nachvollziehbarkeit der Evaluationsergebnisse sind die ausschlaggebenden Fakten in der jeweiligen Matrixzelle eingetragen. Zu beachten ist, dass die vorliegende Evaluation sich ausschliesslich auf die prototypische Modelldefinition bezieht und nicht auf konkrete, real umgesetzte Einzelprojekte. Die Evaluation von spezifischen Projekten kann im Einzelfall von den Evaluationsergebnissen der Pauschalmodelle abweichen.

Zusätzlich wurde ein einfacher Score entwickelt, um die Ergebnisse der Evaluationsmatrix in Spinnennetzgrafiken übertragen zu können:

- Schlüsselement nicht ausgeprägt = 0 Punkte,
- Schlüsselement teilweise ausgeprägt = 5 Punkte,
- Schlüsselement ausgeprägt = 10 Punkte.

Die Punkte wurden für jedes Versorgungsmodell in ein 13-Achsen-Koordinatensystem übertragen. Die resultierenden Spinnennetzdiagramme zeigen auf, wie stark die Schlüsselemente je Versorgungsmodell gewichtet sind.

5.1 Evaluationsmatrix

	Integrierter Behandlungspfad	Pay-for-performance (UK)	Budgetmitverantwortung/ Capitation
Krankheitsspezifisch	Behandlungspfad für bestimmte Erkrankungen/Erkrankungsmuster/Symptome	Komplettes Programm umfasst Indikatorsets zu chronischen Krankheiten und unabhängigen Praxisprozessparametern	Pauschalberechnung für die gesamte Patientenpopulation
Fokus Versorgung chronisch kranker Menschen	akute und chronische Behandlungspfade	Komplettes Programm umfasst Indikatorsets zu chronischen Krankheiten und unabhängigen Praxisprozessparametern	Pauschalberechnung für die gesamte Patientenpopulation
Definierte Gateopener-Rolle	Vorgegeben durch Pfad	Gateopener-Rolle des Hausarztes durch Gesundheitssystem in Grossbritannien vorgegeben	Allfällige Vorgaben werden durch das Versicherungsmodell definiert, nicht durch die Capitation selber
Protokoll für Schnittstellenmanagement	Vorgegeben durch Pfad	Programm umfasst hauptsächlich Prozesse, die vom Hausarzt zu erbringen sind, für Spezialleistungen sind Zuweisungsinstanzen zuständig	Allfällige Vorgaben werden durch das Versicherungsmodell definiert, nicht durch die Capitation selber
Protokoll für klinische Tätigkeiten	Vorgegeben durch Pfad	Programm gibt vor, welche Untersuchungen/ Prozeduren durchzuführen sind	Allfällige Vorgaben werden durch das Versicherungsmodell definiert, nicht durch die Capitation selber
Kontinuierliche Evaluation und Anpassung der Prozessqualität	Teil der Definition	Inhalte des Programms sind festgelegt, werden aber jährlich angepasst. Anwender sind nicht explizit Teil des iterativen Verbesserungsprozesses	Budgetberechnungen können aufgrund vorangegangener Abrechnungsperioden angepasst werden. Überprüfung der Prozessqualität ist nicht Teil der Definition
Patientenedukation (klinisches Selbstmanagement)	Nicht Teil der Definition	Keine entsprechenden Indikatoren	Nicht Teil der Definition
Shared decision making	Nicht Teil der Definition	Keine entsprechenden Indikatoren	Nicht Teil der Definition
Skillmix	Horizontale und vertikale Vernetzung aller vorhandenen Ressourcen	Keine entsprechenden Indikatoren	Nicht Teil der Definition
Niederschwelliger Zugang	Aufgabe des Casemanagers	Keine entsprechenden Indikatoren	Nicht Teil der Definition
Finanzielle Incentives für Leistungserbringer	Nicht Teil der Definition	Indikatorenerfüllung wird vergütet	Kostenzielvorgaben
Kopplung an Krankenversicherungsmodell	Nicht Teil der Definition	Staatliches Gesundheitssystem	Managed-Care-Verträge
Individuelle Fallkostenkontrolle	Nicht Teil der Definition	Kein Einbezug individueller Fallkosten	Methoden variabel, Vorhandensein impliziert durch Kostenzielvorgaben

5 Schlüsselemente zur Differenzierung neuer Versorgungsmodelle

	Disease Management Programm	Case Management (Brokerage-Modell)	Health Maintenance Organisation (USA)
Krankheitsspezifisch	z.B. Asthma, COPD, KHK, Diabetes	Individuelle Patientenfälle	Versorgung der gesamten Versicherungspopulation
Fokus Versorgung chronisch kranker Menschen	z.B. Asthma, COPD, KHK, Diabetes	Individuelle Patientenfälle, akut und chronisch	Versorgung der gesamten Versicherungspopulation
Definierte Gateopener-Rolle	Hausarzt	Case Manager	Hausarzt (Primary Care Physician)
Protokoll für Schnittstellenmanagement	Programm gibt vor, wann Überweisungen zu spezialisierten Leistungserbringern angezeigt sind	Case Manager agiert als Schnittstellenmanager, Vorgehen semi-strukturiert, nicht standardisiert	HMO-Struktur gibt vor, wann und wie Zuweisungen zu spezialisierten Leistungserbringern erfolgen, nicht notwendigerweise in Form eines Protokolls
Protokoll für klinische Tätigkeiten	Programm gibt vor, welche Untersuchungen/ Prozeduren durchzuführen sind	Medizinische Entscheide bleiben Hoheit der Leistungserbringer	Nicht Teil der Definition
Kontinuierliche Evaluation und Anpassung der Prozessqualität	Inhalte des Programms sind festgelegt, Anwender sind nicht explizit Teil des iterativen Verbesserungsprozesses	Nicht Teil der Definition	Anforderung für nicht-obligatorische Akkreditierung
Patientenedukation (klinisches Selbstmanagement)	Schulungen, Reminder- und Feedbackmechanismen zur Stärkung des Selbstmanagements	Nicht Teil der Definition	Nicht Teil der Definition
Shared decision making	Gemeinsame Zielvereinbarung zwischen Arzt und Patient	Gemeinsame Zielvereinbarung zwischen Case Manager und Patient, Absprache organisatorischer Entscheide	Nicht Teil der Definition
Skillmix	Nicht Teil der Definition; Einbezug von medizinischem Fachpersonal im Alltag jedoch Usus	Case Manager plant professions- und institutionsübergreifende Versorgung, welche im Einzelfall auch den Einbezug von medizinischem Fachpersonal bedeuten kann	Durch den Aufbau des US-amerikanischen Gesundheitswesens traditionell vorgegeben
Niederschwelliger Zugang	Nicht Teil der Definition	Aufgabe des Casemanagers	Nicht Teil der Definition
Finanzielle Incentives für Leistungserbringer	Nicht Teil der Definition, in der Praxis aber häufig zur Akzeptanzsteigerung; Bsp. Deutschland: Ärzte erhalten Prämie für Einschluss von Patienten	Keine	Capitation
Kopplung an Krankenversicherungsmodell	Nicht Teil der Definition, in der Praxis aber häufig zur Akzeptanzsteigerung; Bsp. Deutschland: Teilnehmende Patienten erhalten reduzierte Krankenkassenprämien	Nicht Teil der Definition, aber in der Praxis häufig; Bsp. Schweiz: Case Manager Angestellte von Versicherungen	HMO fungiert als Versicherer
Individuelle Fallkostenkontrolle	Programm gibt Leistungskatalog (mit fixen Kosten) vor	Case Manager plant ressourcenorientierte Versorgung	Utilization Review

	HMO-/Hausarztmodelle (CH)	Preferred Provider Organisation (USA)	Point of Service (USA)
Krankheitsspezifisch	Versorgung der gesamten Versicherungspopulation	Versorgung der gesamten Versicherungspopulation	Versorgung der gesamten Versicherungspopulation
Fokus Versorgung chronisch kranker Menschen	Versorgung der gesamten Versicherungspopulation	Versorgung der gesamten Versicherungspopulation	Versorgung der gesamten Versicherungspopulation
Definierte Gateopener-Rolle	Hausarzt	Freie Wahl der Leistungserbringer im PPO-Netz	Hausarzt (Primary Care Physician)
Protokoll für Schnittstellenmanagement	Listen mit bevorzugten Zuweisungsadressen teilweise vorhanden	PPO-Struktur gibt vor, wann und wie Zuweisungen zu spezialisierten Leistungserbringern erfolgen, nicht notwendigerweise in Form eines Protokolls	Vom Hausarzt ausgestellte Überweisung legitimiert die Inanspruchnahme von Leistungen ausserhalb des POS-Netzes
Protokoll für klinische Tätigkeiten	Nicht Teil der Definition	Nicht Teil der Definition	Nicht Teil der Definition
Kontinuierliche Evaluation und Anpassung der Prozessqualität	Nicht Teil der Definition	Anforderung für nicht-obligatorische Akkreditierung	Anforderung für nicht-obligatorische Akkreditierung
Patientenedukation (klinisches Selbstmanagement)	Nicht Teil der Definition	Nicht Teil der Definition	Nicht Teil der Definition
Shared decision making	Nicht Teil der Definition	Nicht Teil der Definition	Nicht Teil der Definition
Skillmix	Nicht Teil der Definition	Durch den Aufbau des US-amerikanischen Gesundheitswesens traditionell vorgegeben	Durch den Aufbau des US-amerikanischen Gesundheitswesens traditionell vorgegeben
Niederschwelliger Zugang	Nicht Teil der Definition	Nicht Teil der Definition	Nicht Teil der Definition
Finanzielle Incentives für Leistungserbringer	Variiert je nach Ausprägung der Budgetmitverantwortung	Discounted Fees	Capitation
Kopplung an Krankenversicherungsmodell	Teil der Definition	Teil der Definition	Teil der Definition
Individuelle Fallkostenkontrolle	Nicht Teil der Definition	Utilization Review	Utilization Review

	Health Networks (USA)	Ärztetz	Chronic-Care-Modell
Krankheitsspezifisch	Versorgung der gesamten Versicherungspopulation	Versorgung des gesamten Patientenstamms	Gültig für alle chronischen Erkrankungen
Fokus Versorgung chronisch kranker Menschen	Versorgung der gesamten Versicherungspopulation	Versorgung des gesamten Patientenstamms	Teil der Definition
Definierte Gateopener-Rolle	variiert je nach Versicherungsmodell, das angeboten wird	Nicht Teil der Definition	Hausarzt und Praxisteam
Protokoll für Schnittstellenmanagement	Network-Struktur gibt vor, wann und wie Zuweisungen zu spezialisierten Leistungserbringern erfolgen, nicht notwendigerweise in Form eines Protokolls	Absprachen unter Netzteilnehmern	Teil der Definition
Protokoll für klinische Tätigkeiten	Nicht Teil der Definition	Netziinterne Guidelines	Teil der Definition
Kontinuierliche Evaluation und Anpassung der Prozessqualität	Nicht Teil der Definition	Netziinterne Qualitätszirkel, Feedbackstatistiken, Peer Meetings etc.	Teil der Definition
Patientenedukation (klinisches Selbstmanagement)	Nicht Teil der Definition	Nicht Teil der Definition	Teil der Definition
Shared decision making	Nicht Teil der Definition	Nicht Teil der Definition	Teil der Definition
Skillmix	Durch den Aufbau des US-amerikanischen Gesundheitswesens traditionell vorgegeben	Nicht Teil der Definition	Teil der Definition
Niederschwelliger Zugang	Nicht Teil der Definition	Netziinterne Services, z.B. Vertretungen und Notfalldienste	Nicht Teil der Definition
Finanzielle Incentives für Leistungserbringer	Variiert je nach Vertragsgrundlage der teilnehmenden Leistungserbringer	Nicht Teil der Definition	Nicht Teil der Definition
Kopplung an Krankenversicherungsmodell	z.T. Angebot eigener Versicherungsmodelle, z.T. Kontrahieren mit MCOs, z.T. Behandlung auf Selbstkosten des Patienten	Nicht Teil der Definition	Nicht Teil der Definition
Individuelle Fallkostenkontrolle	Variiert je nach Kopplung an Versicherungsmodell	Variiert je nach Betriebsform	Praxisteam plant ressourcenorientierte Versorgung

	Guided Care	Patient Centered Medical Homes	Primärversorgungspraxis
Krankheitsspezifisch	Gültig für alle chronischen Erkrankungen	Versorgung des gesamten Patientenstamms unabhängig von pathologischen Zuständen	Versorgung des gesamten Patientenstamms unabhängig von pathologischen Zuständen
Fokus Versorgung chronisch kranker Menschen	Teil der Definition	Versorgung des gesamten Patientenstamms unabhängig von pathologischen Zuständen	Versorgung des gesamten Patientenstamms unabhängig von pathologischen Zuständen
Definierte Gateopener-Rolle	Guided Care Nurse in Zusammenarbeit mit Hausarzt	Hausarzt und Praxisteam	Hausarzt und Praxisteam
Protokoll für Schnittstellenmanagement	Teil der Definition	Teil der Definition	Teil der Definition
Protokoll für klinische Tätigkeiten	Teil der Definition	Teil der Definition	Teil der Definition
Kontinuierliche Evaluation und Anpassung der Prozessqualität	Teil der Definition	Teil der Definition	Teil der Definition
Patientenedukation (klinisches Selbstmanagement)	Teil der Definition	Teil der Definition	Teil der Definition
Shared decision making	Teil der Definition	Teil der Definition	Teil der Definition
Skillmix	Teil der Definition	Teil der Definition	Teil der Definition
Niederschwelliger Zugang	Aufgabe der Guided Care Nurse	Teil der Definition	Teil der Definition
Finanzielle Incentives für Leistungserbringer	Teil der Definition	Teil der Definition	Teil der Definition
Kopplung an Krankenversicherungsmodell	Nicht Teil der Definition	Nicht Teil der Definition	Nicht Teil der Definition
Individuelle Fallkostenkontrolle	Guided Care Nurse plant ressourcenorientierte Versorgung	Praxisteam plant ressourcenorientierte Versorgung	Praxisteam plant ressourcenorientierte Versorgung

5 Schlüsselemente zur Differenzierung neuer Versorgungsmodelle

	Medizinische Versorgungszentren (D)	Maison de santé pluridisciplinaire (F)	Multi-professionelle Versorgungszentren (FIN)
Krankheitsspezifisch	Versorgung des gesamten Patientenstamms	Versorgung des gesamten Patientenstamms	Versorgung des gesamten Patientenstamms
Fokus Versorgung chronisch kranker Menschen	Versorgung des gesamten Patientenstamms	Versorgung des gesamten Patientenstamms	Versorgung des gesamten Patientenstamms
Definierte Gateopener-Rolle	Teilnahme am freien Gesundheitsmarkt	Nicht Teil der Definition	Hausarzt
Protokoll für Schnittstellenmanagement	Nicht Teil der Definition	Projet de santé	Zentrums-Struktur gibt vor, wann und wie Zuweisungen zu spezialisierten Leistungserbringern erfolgen, nicht notwendigerweise in Form eines Protokolls
Protokoll für klinische Tätigkeiten	Nicht Teil der Definition	Behandlungspfade	Nicht Teil der Definition
Kontinuierliche Evaluation und Anpassung der Prozessqualität	Nicht Teil der Definition	Projet de santé	Nicht Teil der Definition
Patientenedukation (klinisches Selbstmanagement)	Nicht Teil der Definition	Nicht Teil der Definition	Nicht Teil der Definition
Shared decision making	Nicht Teil der Definition	Nicht Teil der Definition	Nicht Teil der Definition
Skillmix	Nicht Teil der Definition	Proklamiert, aber nicht näher definiert	Durch den Aufbau des finnischen Gesundheitswesens traditionell vorgegeben
Niederschwelliger Zugang	Nicht Teil der Definition	Teil der Definition	Nicht Teil der Definition
Finanzielle Incentives für Leistungserbringer	Teilnahme am freien Gesundheitsmarkt	Nicht Teil der Definition	Nicht Teil der Definition
Kopplung an Krankenversicherungsmodell	Nicht Teil der Definition	Nicht Teil der Definition	Staatliches Gesundheitssystem
Individuelle Fallkostenkontrolle	Nicht Teil der Definition	Nicht Teil der Definition	Nicht Teil der Definition

5.2 Grafische Darstellung der Schlüsselementengewichtung

Abbildung 5.1 Integrierter Behandlungspfad – Gewichtung der Schlüsselemente

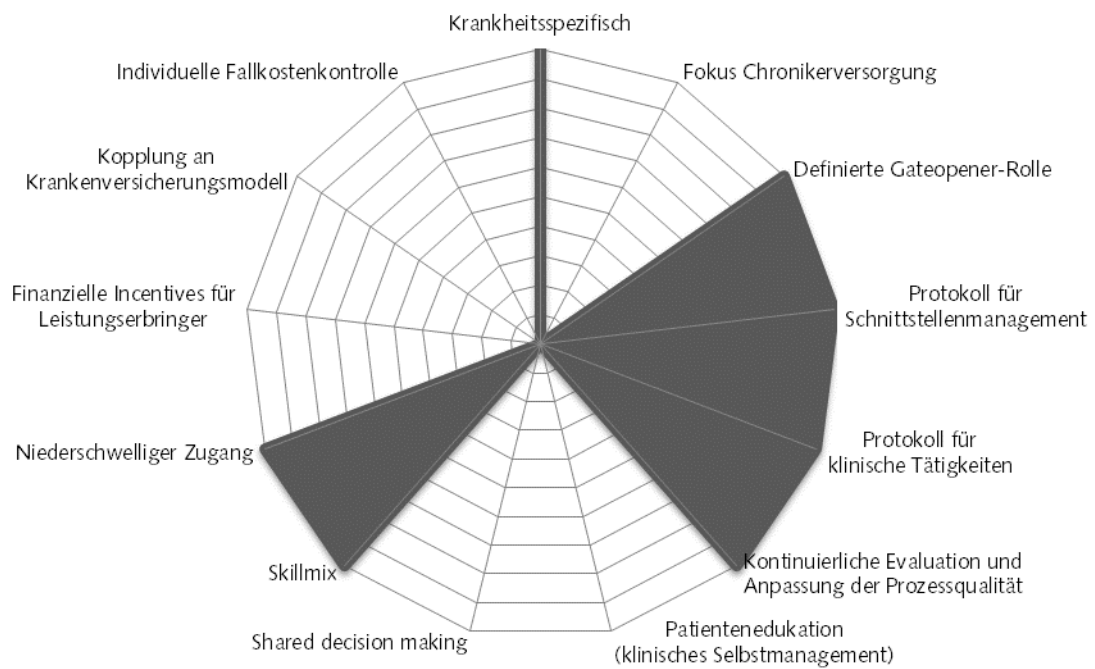


Abbildung 5.2 Pay-for-Performance (UK) – Gewichtung der Schlüsselemente

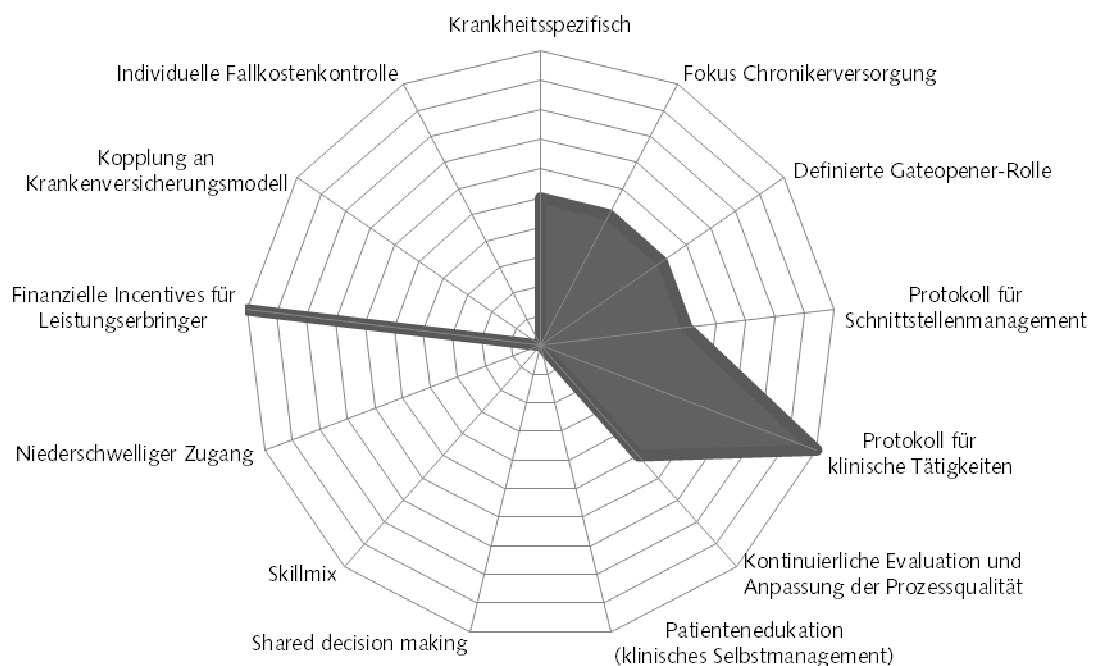


Abbildung 5.3 Budgetmitverantwortung/Capitation – Gewichtung der Schlüsselemente

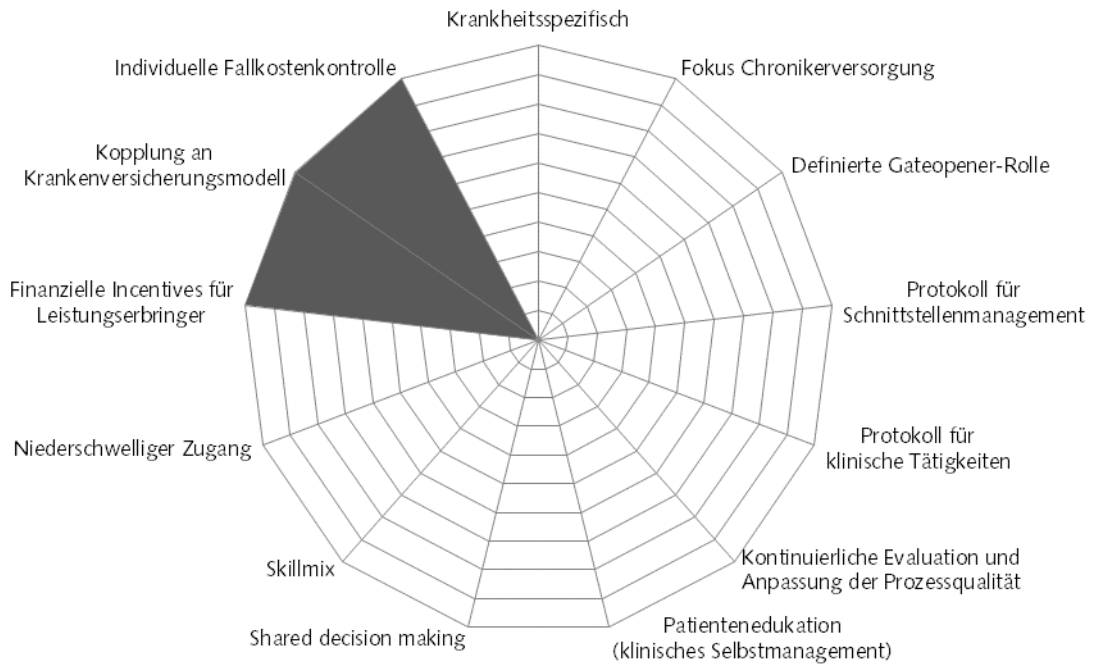


Abbildung 5.4 Disease-Management-Programm – Gewichtung der Schlüsselemente

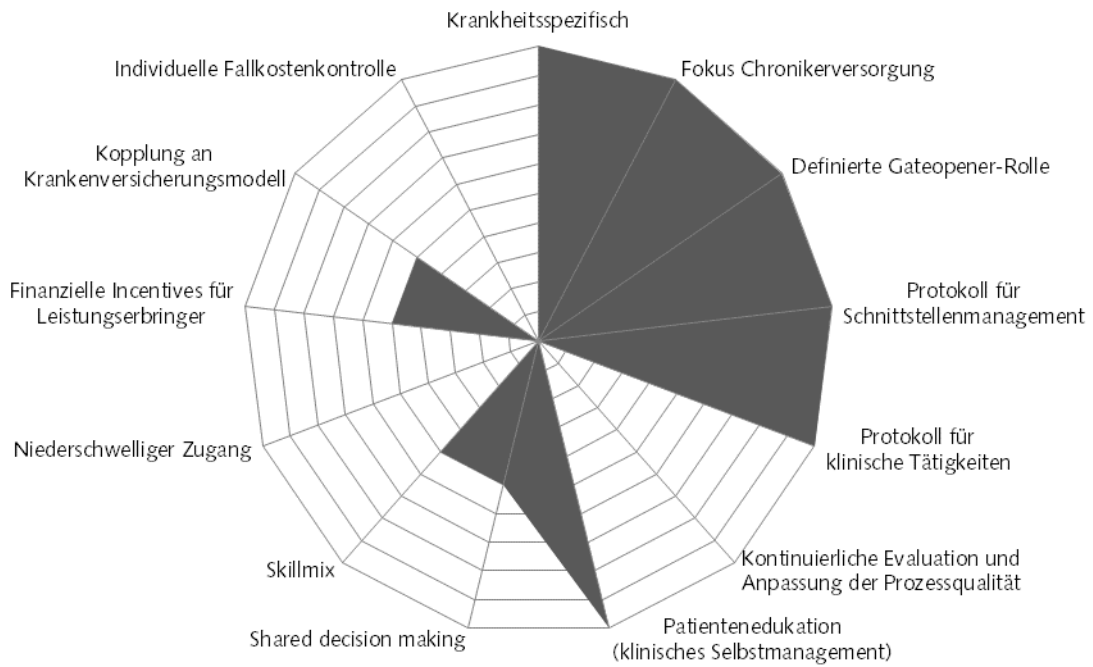


Abbildung 5.5 Case Management (Brokerage-Modell) – Gewichtung der Schlüsselemente

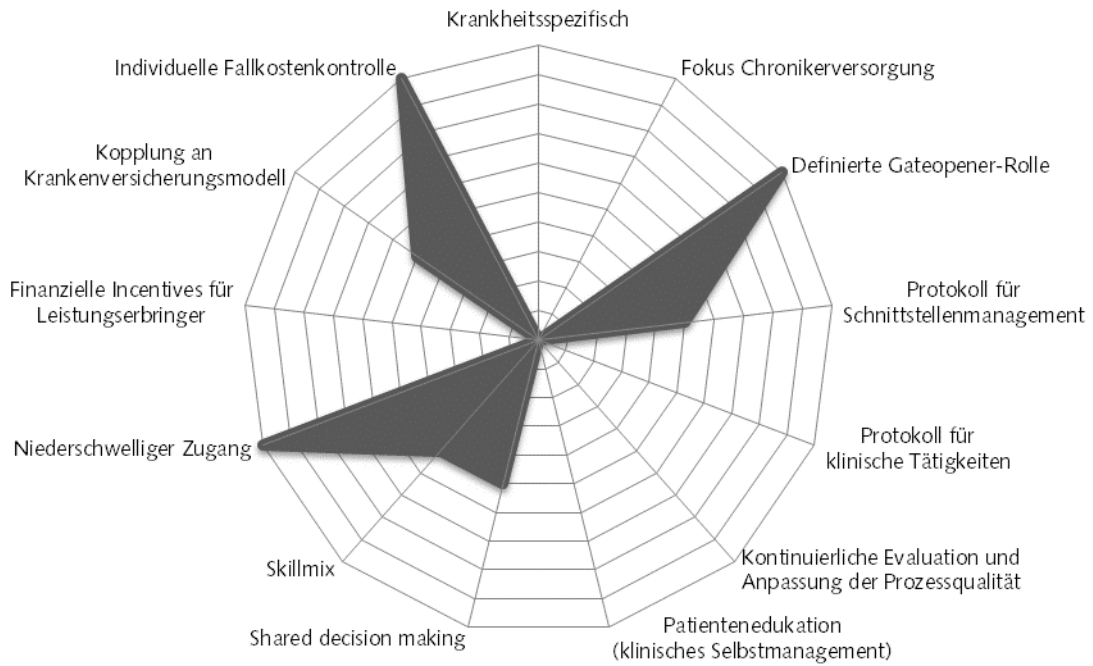


Abbildung 5.6 Health Maintenance Organisation (USA) – Gewichtung der Schlüsselemente

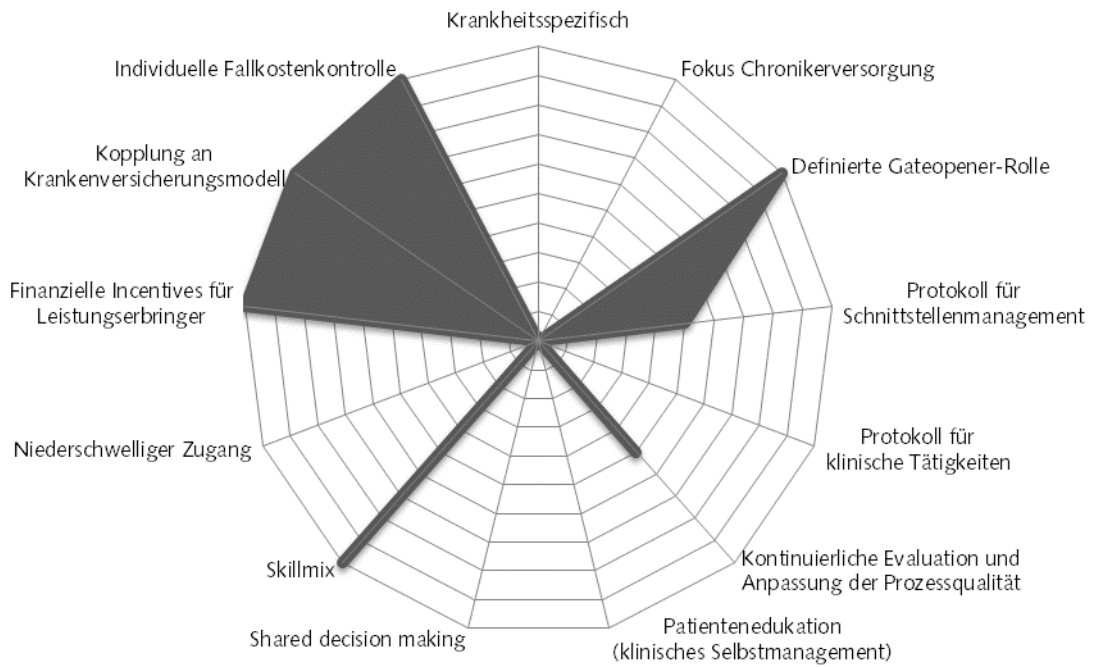


Abbildung 5.7 HMO-/Hausarztmodelle (CH) – Gewichtung der Schlüsselemente

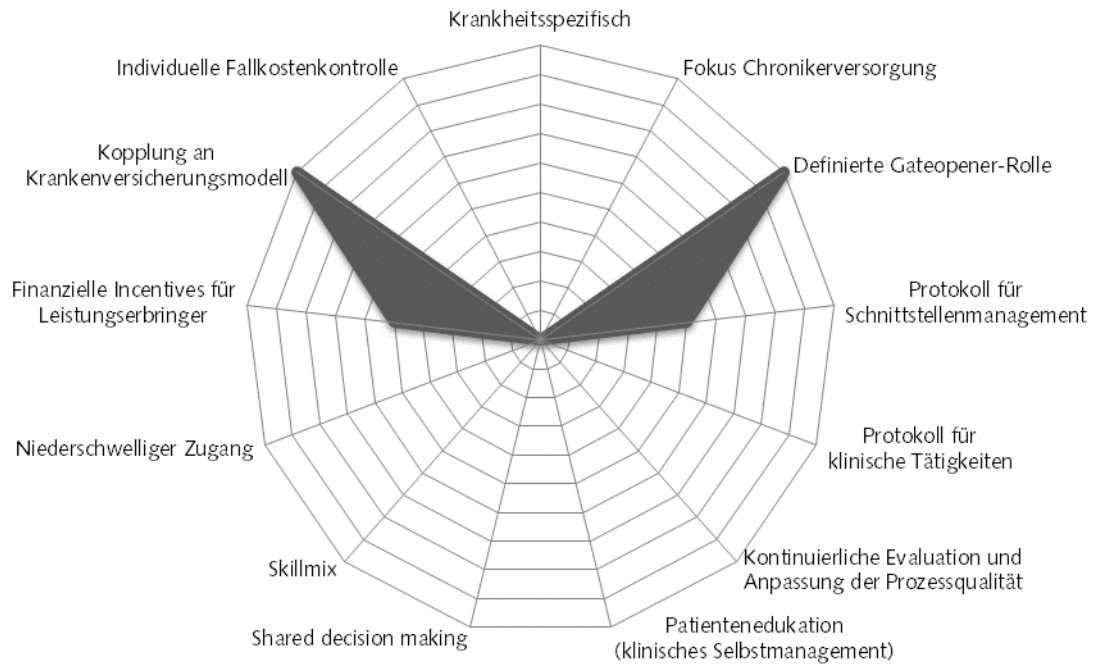


Abbildung 5.8 Preferred Provider Organisation (USA) – Gewichtung der Schlüsselemente

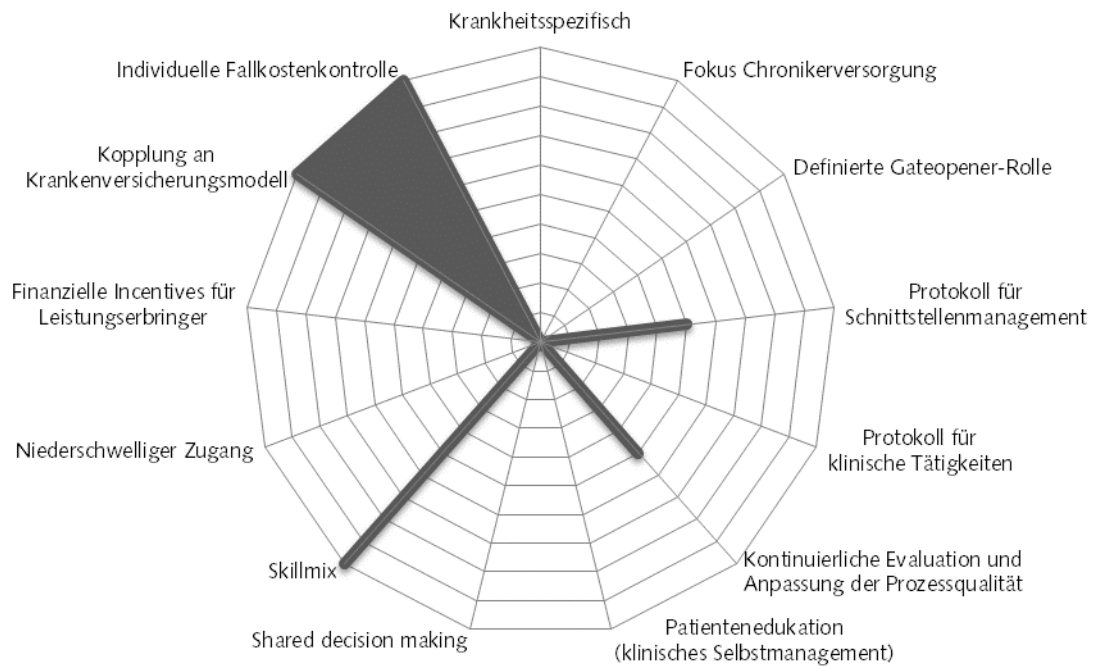


Abbildung 5.9 Point of Service (USA) – Gewichtung der Schlüsselemente

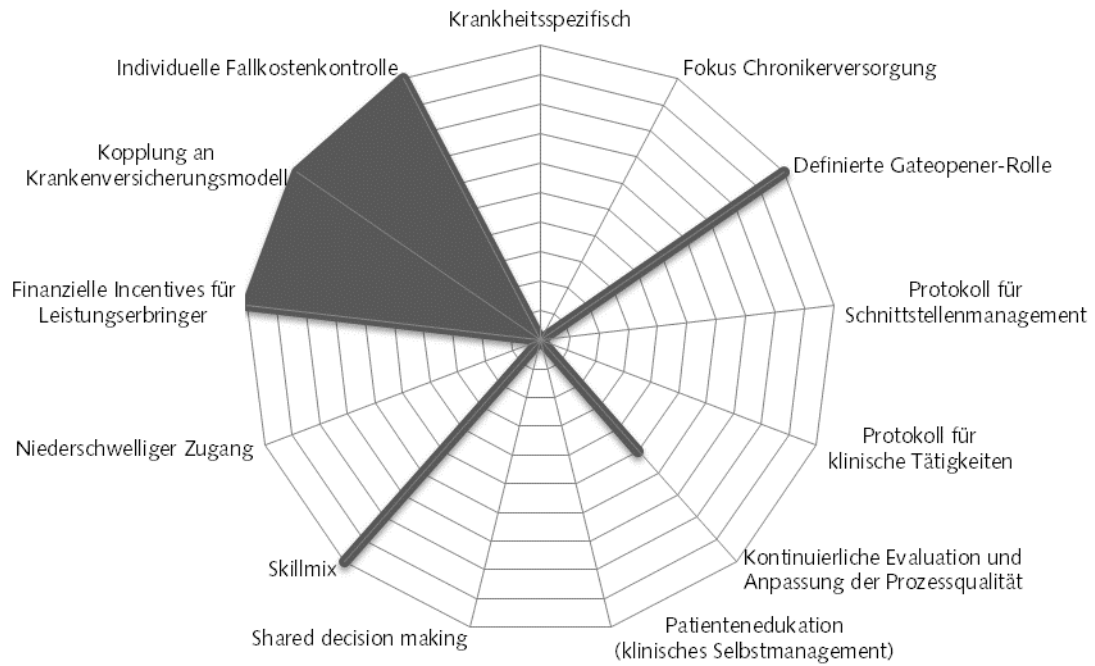


Abbildung 5.10 Health Networks (USA) – Gewichtung der Schlüsselemente

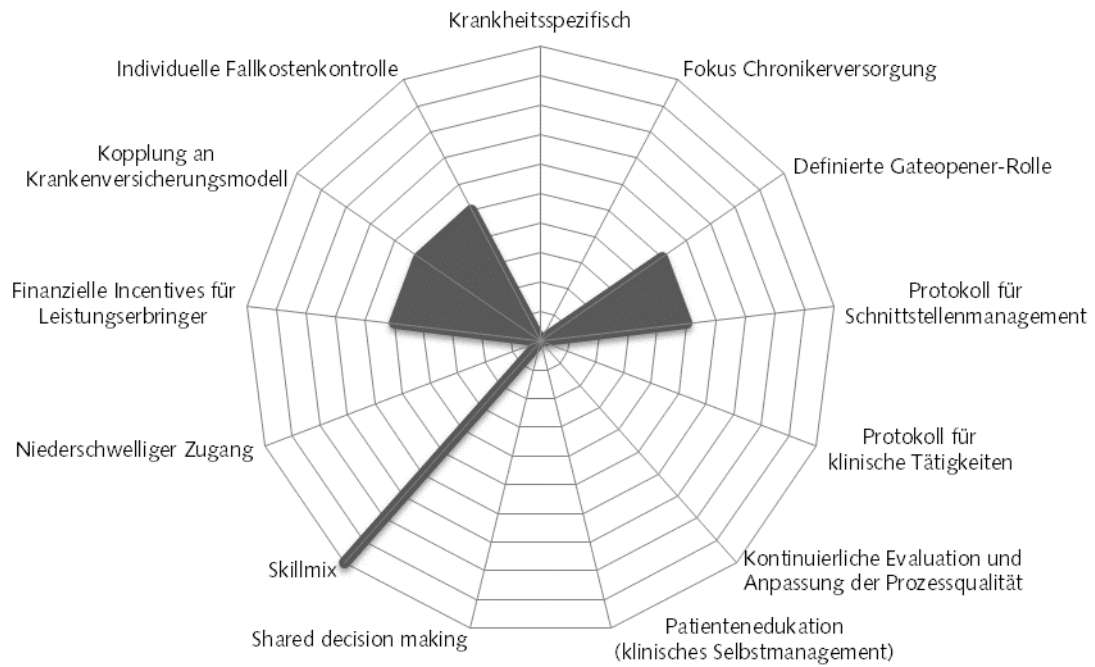


Abbildung 5.11 Ärztenetz – Gewichtung der Schlüsselemente

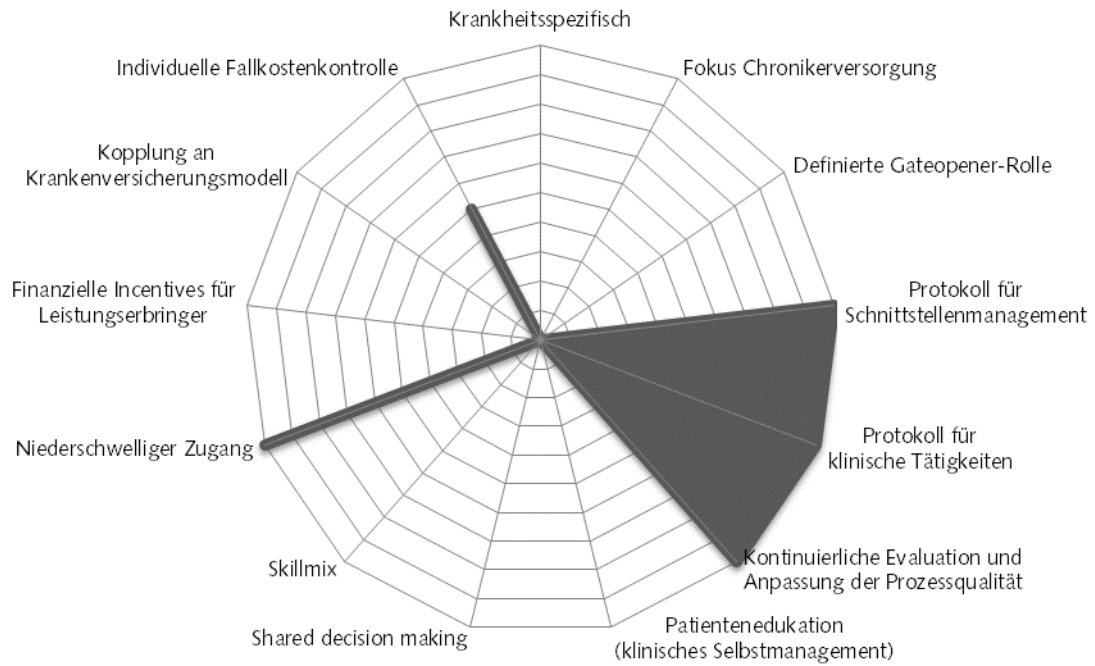


Abbildung 5.12 Chronic-Care-Modell – Gewichtung der Schlüsselemente

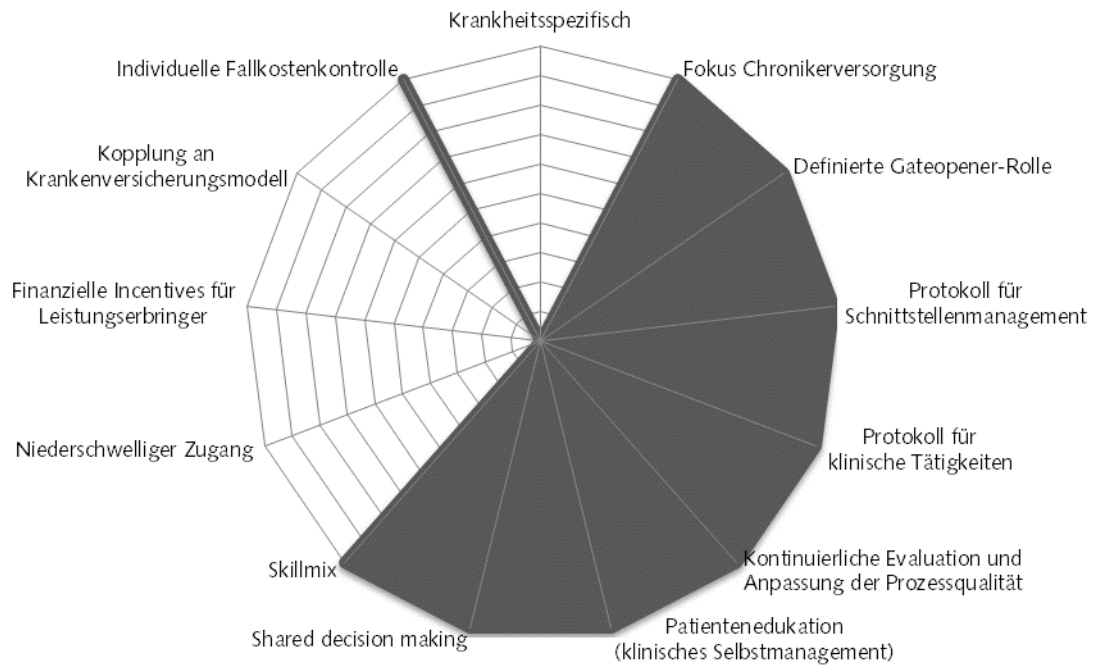


Abbildung 5.13 Guided Care – Gewichtung der Schlüsselemente

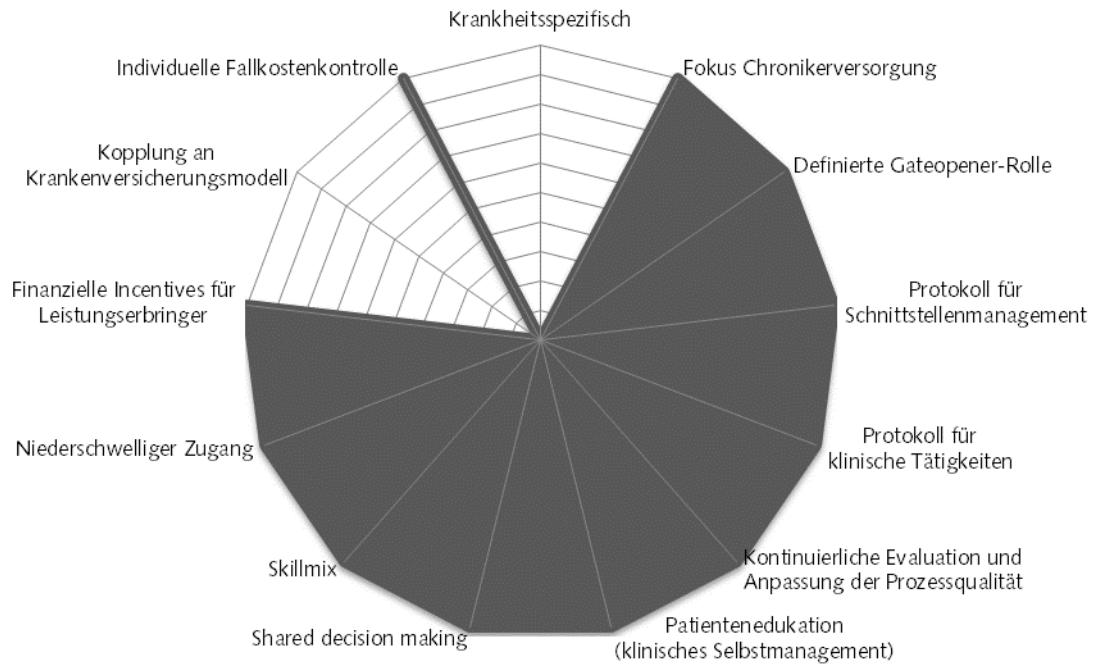


Abbildung 5.14 Patient Centered Medical Homes – Gewichtung der Schlüsselemente

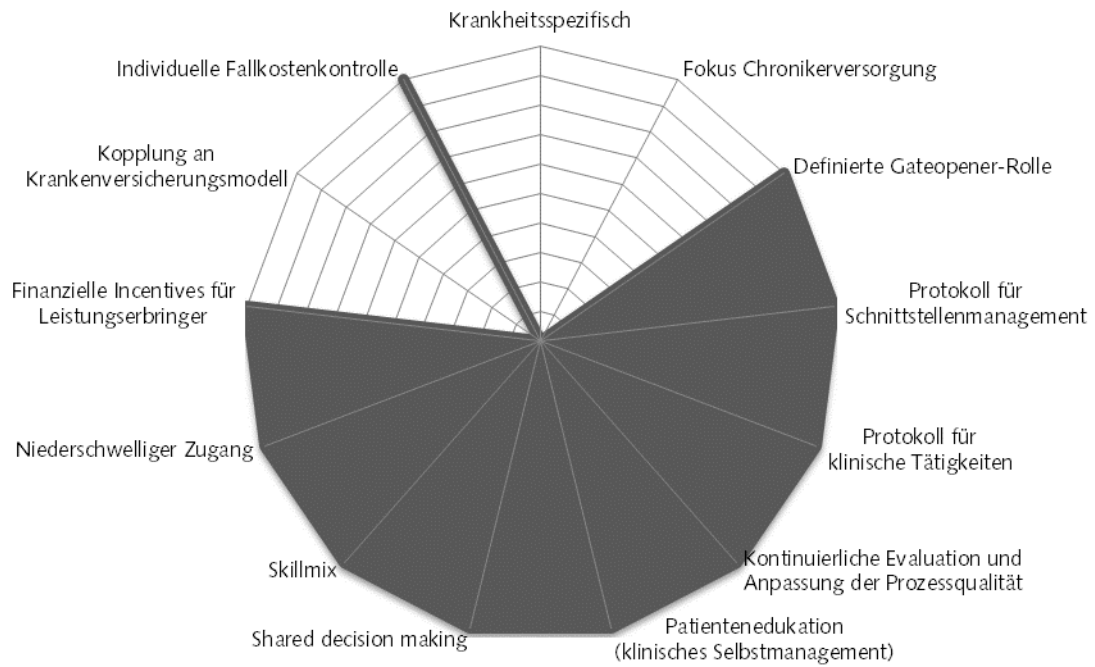


Abbildung 5.15 Primärversorgungspraxis – Gewichtung der Schlüsselemente

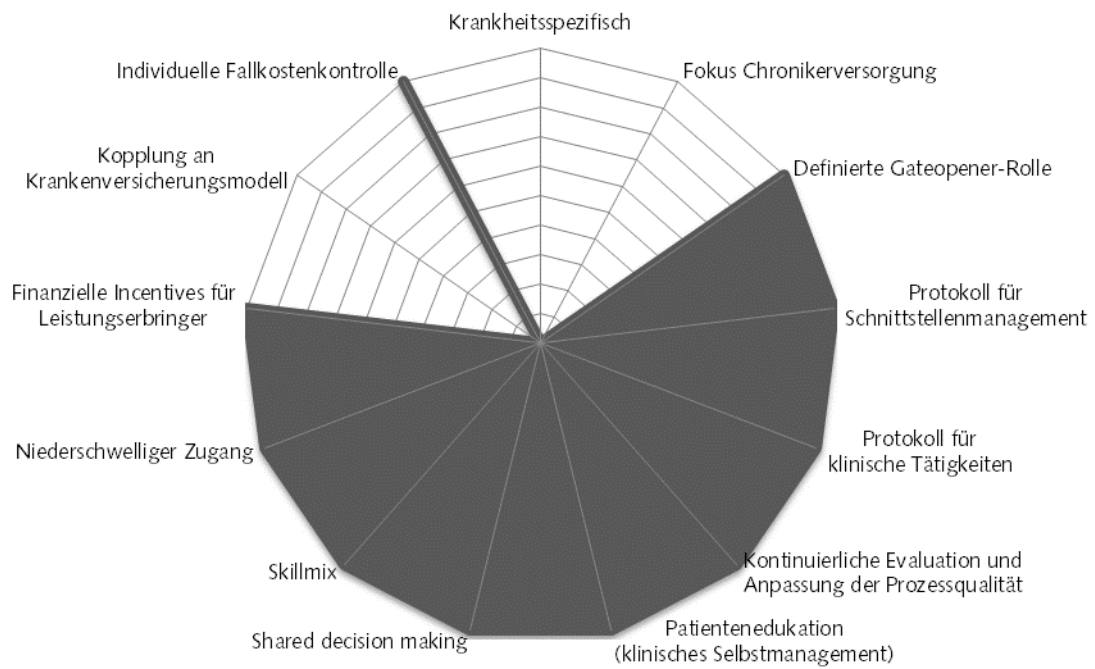


Abbildung 5.16 Medizinische Versorgungszentren (D) – Gewichtung der Schlüsselemente

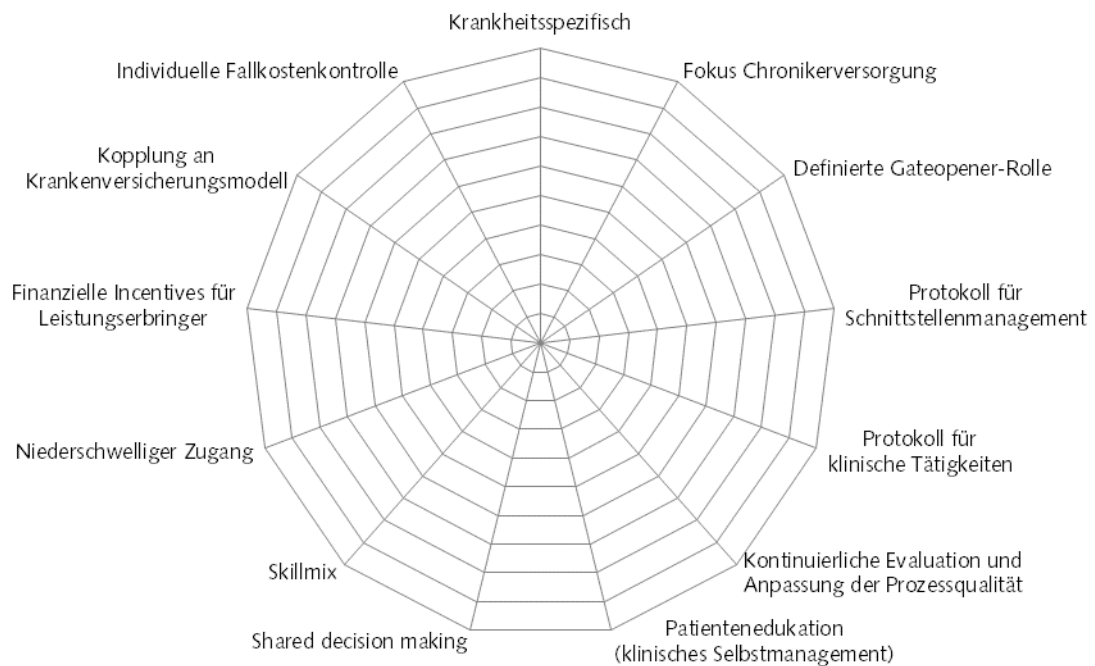


Abbildung 5.17 Maison de santé pluridisciplinaire (F) – Gewichtung der Schlüsselemente

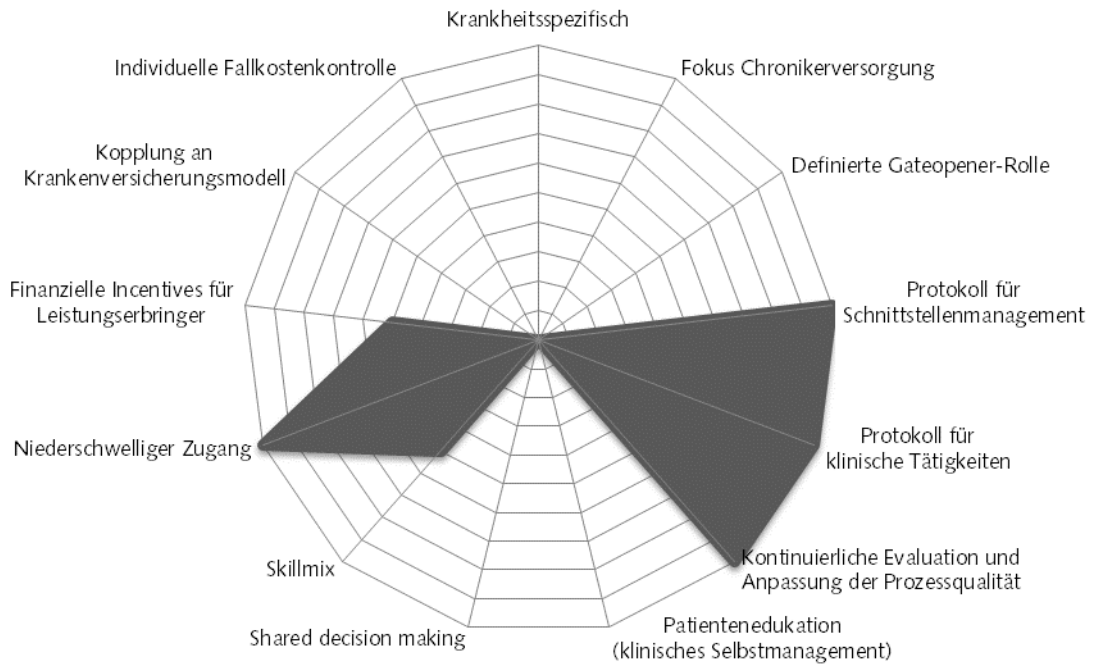
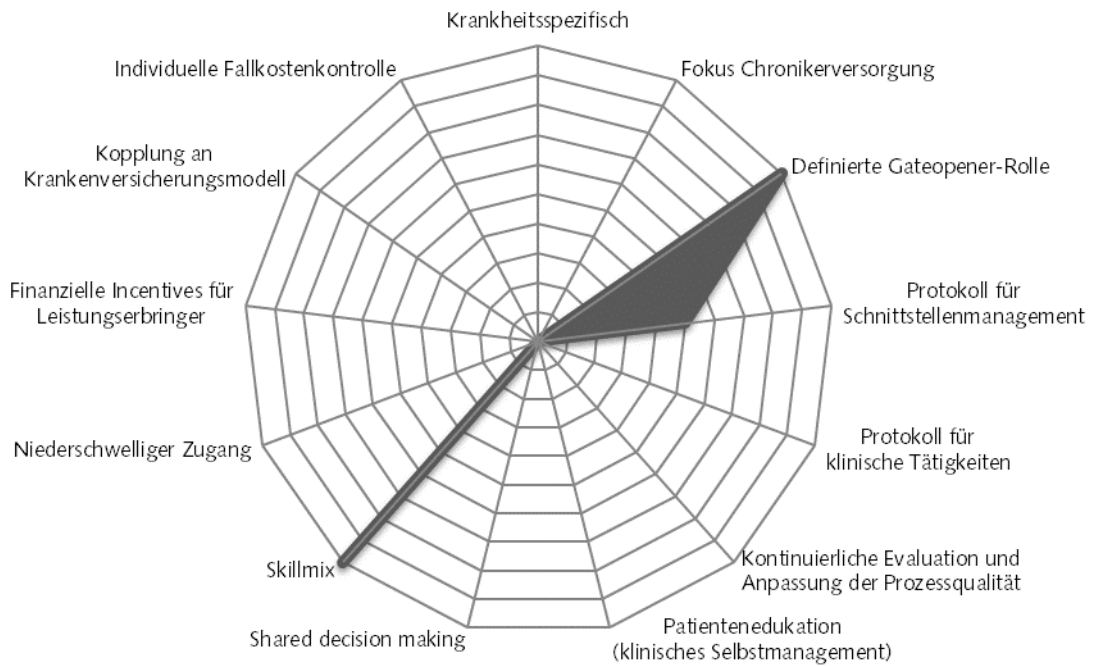


Abbildung 5.18 Multi-professionelle Versorgungszentren (FIN) – Gewichtung der Schlüsselemente



6 Anhang

6.1 Abkürzungsverzeichnis

EbM	Evidenzbasierte Medizin
eKG	Elektronische Krankengeschichte (lokale Nutzung)
EPD	Elektronisches Patientendossier (Zusammenführung dezentral gespeicherter Daten)
CCM	Chronic-Care-Modell
CDS	Clinical Decision Support
CH	Schweiz (Confoederatio Helvetica)
CM	Case Management
D	Deutschland
DMP	Disease Management Programm
F	Frankreich
FIN	Finnland
GCN	Guided Care Nurse
HMO	Health Maintenance Organisation
ICCC	Innovative Care for Chronic Conditions Framework
MCO	Managed-Care-Organisation
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum (Deutschland)
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
PCMH	Patient Centered Medical Home
POS	Point of Service
PPO	Preferred Provider Organisation
PVP	Primärversorgungspraxis
SDM	Shared Decision Making
UK	United Kingdom/Grossbritannien
USA	United States of America

6.2 Synonymverzeichnis

Capitation	per member per month (PMPM) payment, Kopfpauschale
Case Management (CM)	Fallmanagement, Fallsteuerung
Case Manager	Fallmanager
Disease Management Programm (DMP)	Strukturiertes Behandlungsprogramm
Integrierter Behandlungspfad	Behandlungspfad, Patientenpfad, Versorgungspfad, Clinical pathway (CP), Standard operation procedure (SOP)
Elektronische Krankengeschichte (eKG)	Elektronische Patientenakte (EPA), Electronic Medical Record (EMR)
Elektronisches Patientendossier	Online-Patientendossier (OPD), Elektronische Gesundheitsakte, Electronic Health Record (EHR)
Maison de santé pluridisciplinaire (MSP)	Gelegentlich wird Centre de santé synonym verwendet, kann aber auch eine MSP-ähnliche Organisation bezeichnen, die im Gegensatz zu einem MSP nicht ausschliesslich Grundversorger, sondern auch Spezialisten integriert.
Managed-Care	wird häufig fälschlicherweise gleichgesetzt mit «Integrierte Versorgung»
Medizinisches Dashboard	Clinical Dashboard, Healthcare Dashboard
Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) in Deutschland	Da MVZ teilweise aus Polikliniken der DDR hervorgegangen sind, werden sie in Teilen Ostdeutschlands von Laien als solche bezeichnet.
Patient Centered Medical Home (PCHM)	Medizinisches Zuhause
Preferred Provider Organisation (PPO)	Preferred Provider Arrangements (PPA)
Shared Decision Making (SDM)	Partizipative Entscheidungsfindung (PEF)
Utilization Management	Häufig wird Utilization Review synonym gebraucht
Utilization Review	Häufig wird Utilization Management synonym gebraucht
Prospective Utilization Review	Häufig wird Utilization Management synonym gebraucht
Concurrent Utilization Review	Häufig wird Utilization Management synonym gebraucht
Retrospective Utilization Review	Häufig wird Utilization Review synonym gebraucht, wenn es keine Spezifikation der weiteren Subformen des Utilization Reviews gibt und Prospective und Concurrent Utilization Review als Utilization Management zusammengefasst werden.

6.3 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.1	Verankerung von Versorgungsmodelltypen im Gesundheitssystem.....	22
Abbildung 4.1	Chronic-Care-Modell (Steurer-Stey, adaptiert nach Wagner 1999 [3])	33
Abbildung 5.1	Integrierter Behandlungspfad – Gewichtung der Schlüsselemente	49
Abbildung 5.2	Pay-for-Performance (UK) – Gewichtung der Schlüsselemente	49
Abbildung 5.3	Budgetmitverantwortung/Capitation – Gewichtung der Schlüsselemente.....	50
Abbildung 5.4	Disease-Management-Programm – Gewichtung der Schlüsselemente.....	50
Abbildung 5.5	Case Management (Brokerage-Modell) – Gewichtung der Schlüsselemente.....	51
Abbildung 5.6	Health Maintenance Organisation (USA) – Gewichtung der Schlüsselemente.....	51
Abbildung 5.7	HMO-/Hausarztmodelle (CH) – Gewichtung der Schlüsselemente.....	52
Abbildung 5.8	Prefered Provider Organisation (USA) – Gewichtung der Schlüsselemente	52
Abbildung 5.9	Point of Service (USA) – Gewichtung der Schlüsselemente	53
Abbildung 5.10	Health Networks (USA) – Gewichtung der Schlüsselemente.....	53
Abbildung 5.11	Ärzenetz – Gewichtung der Schlüsselemente	54
Abbildung 5.12	Chronic-Care-Modell – Gewichtung der Schlüsselemente.....	54
Abbildung 5.13	Guided Care – Gewichtung der Schlüsselemente.....	55
Abbildung 5.14	Patient Centered Medical Homes – Gewichtung der Schlüsselemente	55
Abbildung 5.15	Primärversorgungspraxis – Gewichtung der Schlüsselemente	56
Abbildung 5.16	Medizinische Versorgungszentren (D) – Gewichtung der Schlüsselemente.....	56
Abbildung 5.17	Maison de santé pluridisciplinaire (F) – Gewichtung der Schlüsselemente	57
Abbildung 5.18	Multi-professionelle Versorgungszentren (FIN) – Gewichtung der Schlüsselemente.....	57

6.4 Tabellenverzeichnis

Tabelle 4.1	Charakteristika von MCO nach Shi&Singh, 2009 [1].....	28
Tabelle 4.2	Charakteristika von Health Networks nach DeLuca&Cagan, 1998 [2].....	31
Tabelle 4.3	Die acht Kompetenzbereiche der Guided Care Nurse nach Boulton 2008 [4].....	35
Tabelle 4.4	Sieben Säulen des PCMH nach American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Physicians and American Osteopathic Association, 2007 [5].....	36

7 Literatur

7.1 Direkt zitierte Referenzen im Text

1. Shi L, Singh DA. Essentials of the U.S: Health Care System, Second edition. Jones and Bartlett Publishers 2009; ISBN-13: 978-0-7637-6380-0
2. DeLuca JMC, R.E. The integrated delivery system. In: The CEO's Guide to Health Care Information Systems, Health Forum, Chicago 1998:35-46
3. Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? Manag Care Q 1999;7:56-66
4. Boulton C, Karm L, Groves C. Improving chronic care: the "guided care" model. Perm J 2008;12:50-54
5. American Academy of Family Physicians (AAFP), American Academy of Pediatrics (AAP), American College of Physicians (ACP), American Osteopathic Association (AOA): Joint Principles of the Patient-Centered Medical Home. 2007; <http://www.aap.org/en-us/professional-resources/practice-support/quality-improvement/Documents/Joint-Principles-Patient-Centered-Medical-Home.pdf>; Download am 08.07.2013

7.2 Komplette Referenzliste in alphabetischer Reihenfolge

1. Accreditation Association for Ambulatory Health Care (AAAHC): . <http://www.aaahc.org/en/accreditation/primary-care-medical-home/>; Download 11.07.2013
2. American Academy of Family Physicians (AAFP), American Academy of Pediatrics (AAP), American College of Physicians (ACP), American Osteopathic Association (AOA): Joint Principles of the Patient-Centered Medical Home. 2007; <http://www.aap.org/en-us/professional-resources/practice-support/quality-improvement/Documents/Joint-Principles-Patient-Centered-Medical-Home.pdf>; Download am 08.07.2013
3. Beck M, Hofer D. Pflegemanagement. Informationen für Auszubildende Version 4, 2012; Portal für die interregionale Zusammenarbeit BS, GL, TG, SO und Zentralschweiz zur Pflegeausbildung HF: <http://www.hf-pflege.ch/themenordner/pflegemanagement/pflegemanagement>; Download am 24.07.2013
4. Boulton C, Karm L, Groves C. Improving chronic care: the "guided care" model. Perm J 2008;12:50-54
5. Bourgueil Y, Clément M, Couralet P, Mousquès J, Pierre A. An Exploratory Evaluation of Multidisciplinary Primary Care Group Practices in Franche-Comté and Bourgogne. Institute for Research and Information in Health Economics: Health economics letter - questions d'économie de la santé; No 147 2009; ISSN: 1283-4769.
6. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. The participation of nurses in primary care in six European countries, Ontario and Quebec. Institute for Research and Information in Health Economics: Issues in Health Economics - questions d'économie de la santé; No 95 2005; ISSN: 1283-4769
7. Boyd CM, Boulton C, Shadmi E, et al. Guided care for multimorbid older adults. Gerontologist 2007;47:697-704
8. Bundesrepublik Deutschland: Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung. Fassung vom 22.12.2011, inhaltliche Erschliessung durch die Dokumentationsstelle des Bundesamts für Justiz: http://www.juris.de/purl/gesetze/SGB_5_!_95 ; Download am 06.06.2013
9. Bundesversicherungsamt der Bundesrepublik Deutschland: Informationen zu Disease Management Programmen, Stand Januar 2013. <http://www.bundesversicherungsamt.de/weitere-themen/disease-management-programme/zulassung-disease-management-programme-dmphtml#c199> ; Download am 25.06.2013
10. Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, et al. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. N Engl J Med 2007;357:181-190

11. Campbell SM, Kontopantelis E, Hannon K, et al. Framework and indicator testing protocol for developing and piloting quality indicators for the UK quality and outcomes framework. *BMC Fam Pract* 2011;12:85
12. Centre national de la recherche scientifique (CNRS): ChroniSanté - Maison de santé pluridisciplinaire (MSP) : dossier documentaire. 2012; <http://chronisante.inist.fr/?2012-Maison-de-sante>; Download 18.07.2013
13. Chevailler G. Démographie médicale : Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) École des Hautes Études en Santé Publique - Dossier Documentaire Mars 2012; http://documentation.ehesp.fr/wp-content/uploads/2012/03/DO_DemMed_MSP_20120315.pdf; Download 18.07.2013
14. de Bruin SR, Baan CA, Struijs JN. Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res* 2011;11:272
15. De Haas P. Monter et faire vivre une maison de santé. Le Coudrier Editions 2010; ISBN-13: 978-2919374007; Éléments d'actualisation, février 2012; http://www.ffmps.fr/images/stories/documents/actualisation%20livre%20pdh%2002_2012.pdf; Download 23.07.2013
16. DeLuca JMC, R.E. The integrated delivery system. In: *The CEO's Guide to Health Care Information Systems*, Health Forum, Chicago 1998:35-46
17. Department of Health England. Public health, adult social care, and the NHS. *GMS Statement of Financial Entitlements*. 2010; http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_112959.pdf; Download 09.07.2013
18. Doupi P, Renko E, Hämäläinen P, et al. eHealth Strategies - Country Brief: Finland. European Commission, DG Information and Media, ICT for Health Unit 2010; http://ehealth-strategies.eu/database/documents/Finland_CountryBrief_eHStrategies.pdf; Download am 25.06.2013
19. Eckhardt J, Sens B. *Praxishandbuch Integrierte Behandlungspfade - Intersektorale und sektorale Prozesse professionell gestalten*. Economica, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Heidelberg 2006; ISBN 13: 978-3-87081-430-4
20. Editors of the American Heritage Dictionaries: *The American Heritage Medical Dictionary*. Houghton Mifflin Harcourt, 2008; ISBN-10: 10-618-94725-94726
21. Erler A, Beyer M, Gerlach F. Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland. *Z Allg Med* 2010; 4:159-165; DOI 110.3238/zfa.2010.0159
22. Gensichen J, Rosemann T. Das Chronic-Care-Modell: Elemente einer umfassenden Behandlung für Patienten mit chronischen Krankheiten DEGAM-Serie: Betreuung von Patienten mit chronischen Krankheiten. *Z Allg Med* 2007;83:483-486
23. Gerlach F, Beyer M, Saal K, Peitz M, Gensichen J. Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker - Wider der Dominanz des Dringlichen, Teil 2: Chronic Care-Modell und Case Management als Grundlagen einer zukunftsorientierten hausärztlichen Versorgung. *Z Arztl Fortbild Qual Gesundh wes* 2006;100:345-352
24. Götschi AS, Weber A. Ein Budget für Ärzte? Alles, was Sie schon immer über Budgetverantwortung wissen wollten. *Schweizerische Ärztezeitung* 2004;85:2498-2503
25. Homepage des Bundeverbands Medizinischer Versorgungszentren - Gesundheitszentren - Integrierte Versorgung e.V. (BMVZ): www.bmvz.de. Download am 06.06.2013.
26. Järvelin J. *Health Care Systems in Transition - Finland*. The European Observatory on Health Care Systems 2002;4:1-91. ISSN 1020-9077
27. Kongstvedt P. *Essentials of Managed Health Care*, 4th edition. Jones and Bartlett Publishers 2003; ISBN-13: 978-0763724962
28. Kongstvedt P. *Essentials of Managed Health Care*, 6th. edition. Jones and Bartlett Learning, LLC, an Ascend Learning Company 2013; ISBN-13: 978-1-4496-5331-6
29. Livaudais G, Unitan R, Post J. Total Panel Ownership and the Panel Support Tool- "It's All About the Relationship". *Perm J* 2006;10:72-79

30. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003;26:1-7
31. McGowan P. Self-Management: A Background Paper. Veröffentlichung anlässlich des Kongresses "New Perspectives: International Conference on Patient Self-Management", Victoria, British Columbia 2005;
<http://www.selfmanagementbc.ca/uploads/Support%20for%20Health%20Professionals/Self-Management%20support%20a%20background%20paper%202005.pdf>; Download 25.07.2013
32. Meury P. Maisons de santé pluridisciplinaires: à quoi s'en tenir? 2010;
<http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/documentation/maisons-de-sante-pluridisciplinaires-a-quoi-sen-tenir.html>; Download 23.07.2013
33. National Committee for Quality Assurance: NCQA's Patient-Centered Medical Home (PCMH) 2011, Overview Whitepaper. 2011;
<http://www.ncqa.org/Home/PatientCenteredMedicalHome2011.aspx>; Download 11.07.2013
34. Neuwirth EE, Schmittziel JA, Tallman K, Bellows J. Understanding panel management: a comparative study of an emerging approach to population care. *Perm J* 2007;11:12-20
35. Niederberger-Burgherr J. Editorial - "Skill mix" und „Grade mix“ heute und in Zukunft *Pflege* 2002;15:161-162
36. Patient Centered Primary Care Collaborative. <http://www.pcpcc.net/>; Download am 08.07.2013
37. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten, Kurzfassung 2009; http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf; Download 12.07.2013
38. Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und Bundesamt für Gesundheit: Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung - Bericht der Arbeitsgruppe "Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung" von GDK und BAG. Bern 2012;
http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Aktuelles/MMtlg/BT_Versmod_pub_20120402_d.pdf; Download 26.07.2013
39. Seyd W, Brand W. Case management (CM) in der beruflichen Rehabilitation – ein Beitrag zur Leistungsverbesserung oder nur zur Kostenminderung? *bwp@* 2004:1-16
40. Shi L, Singh DA. Essentials of the U.S: Health Care System, Second edition. Jones and Bartlett Publishers 2009; ISBN-13: 978-0-7637-6380-0
41. Steurer-Stey C. Chronic Care - Homepage des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Zürich. ; <http://www.hausarztmedizin.uzh.ch/ChronicCare.html>; Download 26.07.2013
42. The Health and Social Care Information Centre: Quality and Outcomes Framework. Online GP practice results database. <http://www.qof.ic.nhs.uk/>; Download 26.07.2013
43. The NHS Confederation (Employers) Company Ltd. Quality and Outcomes Framework for 2012/13. Guidance for PCOs and practices. 2012;
http://www.nhsemployers.org/Aboutus/Publications/Documents/QOF_2012-13.pdf; Accessed July 11, 2012
44. Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med* 1997;127:1097-1102
45. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Improving outcomes in chronic illness. *Manag Care Q* 1996;4:12-25
46. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q* 1996;74:511-544
47. Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Manag Care Q* 1999;7:56-66
48. WHO. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action: global report. 2002; ISBN 92 4 159 017 3; <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf>; Download am 22.08.2013



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.