

Anja Nöske (Hrsg.)

Zukunftsorientiertes Versorgungsmanagement

Alle Rechte vorbehalten © APOLLON University Press, Bremen
1. Auflage 2024

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverarbeitungen sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Projektmanagement: Elisabeth Drimmel, Bremen
Lektorat: Elisabeth Drimmel, Bremen
Layout und Satz: Ilka Lange, Hückelhoven
Umschlaggestaltung: Elisabeth Drimmel, Bremen
Korrektur: Ruven Karr, Saarbrücken
Coverfoto: © riz – stock.adobe.com
Printed in Germany, BoD – Books on Demand GmbH, Norderstedt

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie. Detaillierte bibliografische Daten sind abrufbar unter:
<http://dnb.d-nb.de>

Die verwendeten Personenbezeichnungen schließen ausdrücklich alle Geschlechtsidentitäten ein. Wir distanzieren uns ausdrücklich von jeglicher Diskriminierung hinsichtlich der geschlechtlichen Identität.

ISBN: 978-3-943001-83-9

<http://www.apollon-hochschulverlag.de>

Anja Nöske (Hrsg.)

Zukunftsorientiertes Versorgungsmanagement

APOLLON WISSENSTRÄGER

 University of Applied Sciences
APOLLON
University Press

Inhalt

Vorwort	11
Einführung in das Versorgungsmanagement	13
<i>Barbara Birkner, Anja Nöske</i>	
1 Versorgungsmanagement in der Gesundheitsversorgung	19
1.1 Was ist Versorgungsmanagement?	19
1.2 Health Maintenance Organisationen als Keimzelle von Managementansätzen in der Gesundheitsversorgung	25
1.3 Variationsbreite der Versorgungsmanagementangebote	31
1.4 Vorherrschende Bereiche des Versorgungsmanagements und deren Methoden	34
1.4.1 Disease Management	35
1.4.2 Case Management	36
1.4.3 Komplementäre Programme	39
1.4.4 Gatekeeping	47
1.4.5 Versorgungsmanagement in der Pflegeversicherung	49
1.5 Identifikation des Versorgungsmanagementbedarfs durch Versorgungsforschung	59
2 Warum ist Versorgungsmanagement notwendig?	65
2.1 Demografie und veränderte Krankheitsspektren	65
2.2 Intransparenz der Angebotslandschaft	67
2.3 Erhöhung der Effizienz	69
2.4 Qualitätswettbewerb der Krankenkassen	71
3 Hemmnisse und Anreize für Versorgungsmanagement	76
3.1 Juristische, institutionelle und ökonomische Hemmnisse	76
3.1.1 Spezifische Freiheitsrechte im Gesundheitswesen	76
3.1.2 Traditionelles Berufsverständnis	79
3.1.3 Kollektivverträge vs. selektives Kontrahieren der Krankenkassen	82

3.2	Ausgestaltung ökonomischer Anreize für Versicherte und Anbietende	85
3.2.1	Anreize für Versicherte	85
3.2.2	Anreize für Anbietende	88
	Schlussbetrachtung	97
	Intersektorale Versorgung in Deutschland	103
	<i>Anja Nöske</i>	
4	Intersektorale Versorgungsansätze in Deutschland und deren kritische Würdigung	107
4.1	Definition „Versorgungsmanagement“ in Abgrenzung zu artverwandten Begriffen	108
4.2	Arten des Versorgungsmanagements	114
4.3	Allgemeine Ansätze des Versorgungsmanagements	116
4.3.1	Case Management	116
4.3.2	Gatekeeping und die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV)	121
4.3.3	Medikationsmanagement	122
4.4	Intersektorale Ansätze des Versorgungsmanagements	124
4.4.1	Strukturierte Behandlungsprogramme – DMP	124
4.4.2	Besondere Versorgung	131
4.4.3	Modellprojekte	135
4.4.4	Ambulant spezialärztliche Versorgung (ASV)	136
4.4.5	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	147
4.4.6	Best Practice in der intersektoralen Versorgung am Beispiel einer Praxisklinik	154
4.5	Nutzen von intersektoralen Versorgungsmanagement	157
4.6	Hemmnisse von intersektoraler Versorgung	160
4.6.1	Juristische Hemmnisse	160
4.6.2	Institutionelle Hemmnisse	163
4.6.3	Ökonomische Hemmnisse	166
4.6.4	Mangelhafte Datenlage	168

5 Digitalisierung zur Förderung des Versorgungsmanagements und der Versorgungssteuerung	173
5.1 Digitalisierung als Chefsache des BMG	173
5.2 Kassen-Apps und elektronische Patientenakte	176
5.3 Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)	194
5.4 Fazit und Ausblick	205
Schlussbetrachtung	211
Angewandte Versorgungsforschung	223
<i>Michael Erhart, Anja Nöske</i>	
6 Definition und Entwicklung der Versorgungsforschung	227
6.1 Definition „Versorgungsforschung“	227
6.2 Versorgungsforschung in Deutschland	230
6.2.1 Datenschutz und Datenmangel	236
6.2.2 Die elektronische Patientenakte	237
6.2.3 Sammeln, Erheben und Vernetzen von Gesundheitsdaten	238
6.3 Länderübergreifende Versorgungsforschung	242
7 Gegenstand der Versorgungsforschung in Deutschland	250
7.1 Aufgaben und Zielsetzung der Versorgungsforschung	250
7.1.1 Ziele der Versorgungsforschung	250
7.1.2 Themen der Versorgungsforschung	253
7.1.3 Was ist Versorgungsforschung und was nicht?	256
7.2 Multidisziplinarität und Multiprofessionalität	258
7.3 Methoden der Versorgungsforschung	259
7.3.1 Studientypen	260
7.3.2 Forschungstechniken	271
7.3.3 Datenbasis und statistische Analysen	274
7.3.4 Wahl des Studiendesigns und Anforderungen an eine „gute“ Studie	276

7.4	Erwartungen einzelner Akteure an die Versorgungsforschung	281
7.4.1	Erwartungen der Krankenkassen	281
7.4.2	Erwartungen der Leistungserbringenden	282
7.4.3	Erwartungen der Gesundheitspolitik	283
7.4.4	Erwartungen der Patienten/Patientinnen und Versicherten	283
7.5	Einrichtungen der Versorgungsforschung in Deutschland	285
7.5.1	Forschungsnetzwerke	286
7.5.2	Forschungsinstitute	288
7.5.3	Fachzeitschriften	290
8	Integrierte Versorgungskonzepte	295
8.1	Was sind integrierte Versorgungskonzepte?	295
8.2	Über-, Unter- und Fehlversorgung	299
8.2.1	Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung	300
8.2.2	Sozioökonomische Einflüsse und ethische Verantwortung	308
8.2.3	Koordination und Kontinuität	312
8.3	Komplexpauschalen als Variante der Integrierten Versorgung	314
9	Versorgungsforschung zu Steuerungsmodellen der Integrierten Versorgung	321
9.1	Case Management	321
9.2	Disease Management	330
9.3	Gatekeeping	338
10	Sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen	349
10.1	Modellprojekte	349
10.2	Psychiatrische Versorgungsmodelle	354
10.3	Prosper-Modell der Bundesknappschaft	358
10.4	Weitere Gesundheitsnetze	362
10.5	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	363
10.6	Evaluation sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen	364

Schlussbetrachtung	372
Schlusswort	385
Anhang	387
Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung	387
Abkürzungsverzeichnis	403
Glossar	406
Rechtsquellenverzeichnis	413
Abbildungsverzeichnis	416
Tabellenverzeichnis	417
Sachwortverzeichnis	418
Über die Autoren und Autorinnen	422

Vorwort

Der demografische Wandel bringt neben einer steigenden Zunahme alter Menschen in der Bevölkerung ebenfalls eine höhere Anzahl alleinlebender verwitweter Menschen mit sich. Zusätzlich wird der Anteil von Menschen ohne Geschwister wie auch ohne Kinder stetig größer. Das Potenzial der Familien, sich um Gesundheitsbelange älterer Angehöriger zu kümmern, nimmt auch deshalb ab, weil die Erwerbsbeteiligung der Frauen – angesichts schmalerer Jahrgänge von Personen im erwerbsfähigen Alter – bereits heute auf ein ähnliches Niveau wie bei Männern angestiegen ist. Dem gegenüber steht, dass der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen weiter ansteigt und dem erhöhten Pflegebedarf somit nicht gerecht werden kann.

Bedingt durch die Gesundheitsreformen der letzten Jahre sind die Ausgaben der Kranken- und Pflegekassen stark gestiegen, die Einnahmen dagegen durch die COVID-19-Pandemie zeitweilig gesunken. Der Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung ist seit dem Jahr 2016 weiter angestiegen, dabei wurde die Erhöhung kurzzeitig allein von den Mitgliedern (Arbeitnehmer/-innen und Rentner/-innen) getragen. Auch die Pflegereformen der letzten Jahre gingen mit einer Beitragssatzerhöhung in der Pflegeversicherung einher. Zukünftig sind weitere Erhöhungen der Beitragssätze geplant.

Denn für die Jahre ab 2021 wird mit einem wachsenden Defizit im Gesundheitsfonds gerechnet, was die gesetzlichen Krankenkassen einerseits durch die Abwerbung von Mitgliedern stärker in den Wettbewerb zueinander setzt. Zum anderen werden die bisherigen Kostendämpfungsmaßnahmen nicht mehr ausreichen und neue Versorgungsformen und Vergütungsmodelle erfordern.

Das Gesundheitswesen – Kranken- und Pflegeversorgung – steht somit vor einer Herausforderung, wie sie es bisher noch nicht gab. Versorgungsmanagement kann ein Weg sein, Personal- und Finanzknappheit bei steigendem Bedarf besser zu bewältigen und der Forderung des Sozialrechts nach Humanität *und* Wirtschaftlichkeit Rechnung zu tragen. Eine bessere Verzahnung der Sektoren (Aspekt der Integration) spart Ressourcen. Allerdings wird Integration nur gelingen, wenn innovative Versorgungsangebote aus den Verteilungsaueinandersetzungen im Gesundheitswesen herausgehalten werden. Der Kontinuität der Versorgung, die ja den humanitären Aspekt betont, wird gerade für alte, alleinlebende Menschen steigende Bedeutung

zukommen. Künftig wird es mehr noch als heute notwendig sein, Aufgaben des Continuum of Care nicht-medizinischen Gesundheitsberufen anzuvertrauen, deren Kernkompetenz das Versorgungsmanagement als übergreifende Koordinations- und Beratungsaufgabe sein wird.

Dieses Buch widmet sich alten und neueren Ansätzen des Versorgungsmanagements und den daraus erwachsenen neuen Berufsbildern wie z. B. Case Manager/-innen oder Lotsen und Lotsinnen. Dabei werden die rechtlichen Grundlagen sowie die Rahmenbedingen und Hürden betrachtet. Auch wenn selbst für etablierte Ansätze wie Disease-Management-Programme oder die Hausarztzentrierte Versorgung die Versorgungsforschung keine umfassenden Evaluationen hervorgebracht hat, lassen sich anhand von einzelnen Studien und Evaluationen dennoch positive Effekte für die Versorgung der Betroffenen und für die Kostenentwicklung bei den Krankenkassen an ausgewählten Projekten aufzeigen.

Das Buch ist in drei Teile untergliedert:

Teil 1 befasst sich mit der Entstehung und den grundlegenden Konzepten von Versorgungsmanagement sowie dessen Nutzen und Notwendigkeit. Zudem werden allgemeine Hemmnisse von Versorgungsmanagement aus juristischer, institutioneller und ökonomischer Sicht betrachtet.

In Teil 2 werden insbesondere die intersektoralen Versorgungsansätze und der damit verbundene Nutzen sowie die konkreten Hemmnisse dieser Versorgungsformen näher beleuchtet. Der Digitalisierung wird als wichtiges Instrument zur Förderung von Versorgungsmanagement ein Schwerpunkt gewidmet.

Teil 3 wendet sich der Versorgungsforschung zu und betrachtet dabei ihre Entwicklung in Deutschland sowie ihre Ziele und Methoden. Diese Zielsetzungen und Methoden werden daraufhin auf konkrete Versorgungsmodelle des Gesundheitswesens angewendet.

Tauchen Sie ein in die Welt des Versorgungsmanagements! Sie werden feststellen, dass es in diesem Bereich sehr unterschiedliche und vielversprechende Ansätze gibt, die Ihrer professionellen Unterstützung und Weiterentwicklung bedürfen.

Einführung in das Versorgungsmanagement

Barbara Birkner, Anja Nöske

Einleitung

Seit vielen Jahren ist von *mündigen* Patienten und Patientinnen die Rede; dies ist im Gesundheitswesen das Pendant zu souveränen Konsumenten und Konsumentinnen. Sie kennen einerseits ihre Präferenzen und können sie gegenüber dem Gesundheitssystem durchsetzen, sie wissen Informationsquellen zu nutzen und verweigern sich mehr und mehr einem patriarchalischen Verständnis von medizinischer Versorgung. Ihre Kommunikation mit Ärzten und Ärztinnen erfolgt auf Augenhöhe. Andererseits werden für die „Kunden und Kundinnen“ im Gesundheitssystem zunehmend mehr Angebote des Versorgungsmanagements bereitgestellt. Der Patient/die Patientin erhält nicht nur medizinische Güter und Dienstleistungen, sondern zusätzlich professionelle Hilfestellung („Management“), um sie effizient in Anspruch nehmen zu können. Wie passen diese beiden Positionen zusammen?

Auf den ersten Blick stellt es einen Widerspruch dar und für viele Patienten und Patientinnen wird es auch nicht infrage kommen, sich die eigene gesundheitliche Versorgung von anderen Personen zusammenstellen zu lassen. Sie werden nicht darauf verzichten, sich nach ihren eigenen Vorstellungen Leistungsbündel zu schnüren und nachzufragen. Allerdings muss Versorgungsmanagement kein Widerspruch zur Patientensouveränität sein, sondern kann sogar notwendigerweise mit ihr einhergehen. Als Beispiel sei eine Patientin genannt, die sicherstellen möchte, dass ihre Erkrankung nach wissenschaftlich fundierten Leitlinien behandelt wird. Überdies möchte sie ein Team von Anbietenden der ambulanten und stationären Versorgung, das die Kontinuität ihrer Behandlung gewährleistet. Sie schreibt sich deshalb in ein integriertes Versorgungsnetz von Leistungserbringenden ein, die sich auf ihre Erkrankung spezialisiert haben und sich somit koordiniert um die gesamten therapeutischen Abläufe kümmern.

Auftrieb erhält das Thema Versorgungsmanagement auch durch die Angebotsvielfalt, die im Gesundheitswesen stetig zunimmt. Das bedeutet, dass Patienten und Patientinnen ihre eigene Versorgung auswählen können. Als Beispiel sei hier etwa die Fernbehandlung per Videosprechstunde genannt. Voraussetzung dabei ist jedoch, dass die Patienten und Patientinnen die Angebote kennen und wissen, was zu tun ist, um sie zu erhalten. Selbst für den Prototyp des mündigen Patienten oder der mündigen Patientin dürfte es nicht leicht sein, sich Transparenz zu verschaffen.

Die Komplexität der Arbeitsteilung schreitet fort, ebenso die Pluralität von analogen und digitalen Versorgungsangeboten. Die Ausübung von Nachfrage wird damit anspruchsvoller und es ist wahrscheinlich, dass die Nachfragenden bzw. Nutzenden überfordert sind und der Hilfestellung von Experten und Expertinnen bedürfen.

„In einer segmentierten Versorgungslandschaft sind generalistisch ausgerichtete Berufsgruppen notwendig, die den Überblick über das Versorgungsgeschehen behalten (...)“ (Sachverständigenrat, 2007, S. 54).

Nicht selten ergibt sich ein Problem daraus, dass wissenschaftliche Erkenntnisse und die mit ihnen einhergehende bessere Arbeitsteilung zwar generell bekannt sind, aber nicht umgesetzt werden, sei es aufgrund institutioneller Hemmnisse, Trägheiten bestehender Behandlungsformen oder fehlender Kompetenz einzelner Anbieter.

Als Beispiel für die Notwendigkeit von Versorgungsmanagement sei die Behandlung der **Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS)** angeführt, welcher der Sachverständigenrat in seinem Gutachten 2009 ein eigenes Kapitel widmete (vgl. Sachverständigenrat, 2009, S. 180 ff.).



BEISPIEL 0.1: AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT-HYPERAKTIVITÄTS-STÖRUNG (ADHS)

ADHS ist eine Erkrankung, die in der frühen Kindheit erstmals auftritt. Die Symptome beziehen sich einerseits auf mangelnde Ausdauer, vor allem bei Tätigkeiten, die Konzentration erfordern, und andererseits auf überschießende Aktivität. Für betroffene Kinder geht ADHS oft mit schwierigen oder gar gestörten sozialen Beziehungen einher, sei es zu Eltern, Geschwistern oder anderen Kindern. Die Prävalenzrate von ADHS steigt und mit ihr nehmen die Verordnungen von einschlägigen Medikamenten zu. ADHS wird überwiegend von niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen diagnostiziert und therapiert, und das erste Mittel der Wahl der Ärzte und Ärztinnen ist ein Arzneimittel. Seit 2012 ist die Verordnung der einschlägigen Wirkstoffe Spezialisten und Spezialistinnen (wie z. B. Neurologen/Neurologinnen, Psychiatern/Psychiaterinnen) vorbehalten. Nur in ländlichen Gebieten können auch Allgemeinärzte/-ärztinnen die Arzneimittel verschreiben. Studien weisen jedoch darauf hin, dass die medikamentöse Therapie keineswegs generell

die überlegene Strategie ist. Einiges spricht sogar für die psychologische Verhaltenstherapie als geeignetere Intervention (vgl. Sachverständigenrat, 2009, S. 187). Die S3-Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“ empfiehlt ein multimodales Vorgehen, das neben den Eltern auch Erzieher/-innen bzw. Lehrer/-innen betroffener Kinder in die Therapie einbezieht (vgl. Kap. 1.4.3).

Das Beispiel zeigt, dass Koordinationsbedarf sogar über das Gesundheitswesen hinaus angezeigt sein kann. Im Interesse der Betroffenen und ihrer Familien läge es, auch Institutionen wie Kita bzw. Schule (im Fall betroffener Kinder) einzubeziehen. In den meisten ADHS-Fällen jedoch gelingt es offenkundig nicht einmal, innerhalb des Gesundheitswesens die geeignete Behandlung (Verhaltenstherapie, ggf. in Kombination mit Medikamentengabe) zu gewährleisten. Typisch ist der Beispielfall ADHS auch deshalb, weil sich in ihm die vom Sachverständigenrat oft beklagte Somatisierungstendenz des deutschen Gesundheitswesens zeigt. Zustände, deren Krankheitswert zweifelhaft ist, werden dennoch im Gesundheitssystem mit den dort vorherrschenden Interventionen – in aller Regel ärztliche Behandlung in Kombination mit Medikamenteneinsatz – behandelt. Ist der Krankheitswert nicht zweifelhaft, liegt also tatsächlich eine Diagnose vor, werden die üblichen kurativ-somatischen Therapien eingesetzt, auch wenn Verhaltensänderungen der Patienten und Patientinnen sowie psychologische und psychosoziale Hilfestellungen eher geeignet wären – oder wenn, im einfachsten Fall, Selbstheilungskräfte genügen, um eine Besserung zu erreichen.

Insgesamt ist das Gesundheitswesen in Deutschland in mancher Hinsicht durch ein Nebeneinander von Unter-, Über- und Fehlversorgung gekennzeichnet (vgl. Sachverständigenrat, 2018; Becker et al., 2021). Das obige ADHS-Beispiel zeigt, dass für eine Erkrankung Über- und Unterversorgung gleichzeitig auftreten können. Einiges spricht dafür, dass betroffene Kinder häufig im Übermaß medikamentös behandelt werden und gleichzeitig Defizite bei der psychologischen Intervention und der Mitwirkung von Erziehern/Erzieherinnen zu konstatieren sind. Versorgungsmanagement bietet hier einen Versuch, dem entgegenzuwirken und dafür geeignete Steuerungsinstrumente bereitzustellen. Inwieweit dies gelingt, hängt u. a. davon ab, ob es möglich ist, Angebote des Versorgungsmanagements im Dickicht divergieren-

der Interessen, insbesondere von Anbietergruppen, so zu platzieren, dass sie den Patienten und Patientinnen auch tatsächlich nutzen.

1 Versorgungsmanagement in der Gesundheitsversorgung

Versorgungsmanagement ist aus der Gesundheitsversorgung nicht mehr wegzudenken. Es macht die Komplexität des Gesundheitswesens für die beteiligten Akteure handhabbar und ist – konsequent angewandt – ein wirkungsvolles Mittel zur effizienten Ressourcenallokation.

1.1 Was ist Versorgungsmanagement?

Definitionen und Definitionsversuche für Versorgungsmanagement (engl.: *care management*) gibt es viele; mitunter wird der Begriff von seinem Ziel her definiert.



Ziel des Versorgungsmanagements ist die Integration und Kontinuität arbeitsteiliger Versorgung.

Integration der Versorgung ist dann gelungen, wenn Patienten und Patientinnen nahtlos, also ohne Behandlungsbrüche, Versorgungssektoren durchlaufen. Je starrer die Grenzen der Versorgungssektoren – Prävention, ambulante und stationäre Kuration, Rehabilitation, Pflege, Palliativversorgung – sind, desto größere Anforderungen sind an die Integration zu stellen. Brüche und Reibungsverluste können durch unterschiedliche Behandlungsansätze in den Versorgungssektoren sowie durch Kommunikationsmängel oder zeitliche Verzögerungen verursacht werden. Das folgende Beispiel einer desintegrierten Versorgung kann die Defizite aufzeigen, die es durch Versorgungsmanagement zu überwinden gilt.



BEISPIEL 1.1: DIABETES TYP II

Ein Patient mit Diabetes Typ II wird von seiner Hausärztin medikamentös behandelt. Bei einem stationären Aufenthalt wird die Medikation umgestellt und dem Patienten Rehabilitationsbedarf attestiert. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus dauert es zwei Monate, bis dem Patienten eine Rehabilitation bewilligt und ein Platz in einer Reha-Klinik zugewiesen wird. In dieser Zeit

wird er von seiner Hausärztin mit der gleichen Medikation wie zuvor behandelt. Im Zentrum der Reha-Behandlung steht weniger die Medikamentengabe als die Änderung des Lebensstils (Ernährung, körperliche Aktivitäten). Nach der Rehabilitation kehrt der Patient zu seinem alten Lebensstil zurück und erhält wie zuvor die Medikation seiner Hausärztin.

Das Beispiel belegt zweierlei: Die Gesundheit des Patienten wurde nicht nachhaltig gebessert, gleichzeitig wurden Ressourcen des Gesundheitswesens ineffektiv, also verschwenderisch, eingesetzt.

Die Kontinuität der Versorgung, von der WHO seit der Konferenz von Alma-Ata als **Continuum of Care** gefordert, betrachtet das Versorgungsgeschehen aus der Perspektive des Patienten bzw. der Patientin und bezieht den zeitlichen Aspekt mit ein. Anders als bei der Versorgungsintegration steht bei der Versorgungskontinuität die Lebensqualität chronisch kranker Menschen im Vordergrund. Im Fokus der Integrationsbemühungen steht die Vermeidung kostentreibender Reibungsverluste im Verlauf einer Behandlung mit dem Ziel der Effizienzverbesserung. Beide Ziele, Effizienz und Lebensqualität, können in Konflikt miteinander geraten, wie die Debatte um Versorgungsintegration und Versorgungskontinuität belegt (vgl. Schaeffer, 2008).

Wie muss Versorgung ausgestaltet sein, wenn Kontinuität im Interesse des Patienten bzw. der Patientin gewahrt werden soll? Chronisch Kranke bedürfen keiner Aneinanderreihung episodischer Interventionen, sondern einer langfristigen Sicherung der Versorgung, die auch ihre wechselnden Bedürfnislagen berücksichtigt. Allein mit einer den Status quo verbessernden Intervention kann ihnen nicht geholfen werden. Es reicht nicht aus, die reibungslose Integration verschiedener Angebote zu gewährleisten, wenn dabei vernachlässigt wird, dass die betroffenen Patienten und Patientinnen ein multiprofessionelles Team von Helfenden benötigen, zu dessen Mitgliedern stabile und langfristige Vertrauensbeziehungen aufgebaut werden sollten.

Versorgungsmanagement, dessen Anliegen das Wohl der Patienten und Patientinnen ist, erfordert deshalb neue Formen der Arbeitsteilung. Allen beteiligten Professionen ist gemäß ihrer Kompetenz eine spezifische Aufgabe zuzuordnen. Bei allen Beteiligten setzt dies die Bereitschaft zur Kooperation sowie die Anerkennung der jeweiligen beruflichen Kompetenz aller Mitwirkenden voraus.



Versorgungsmanagement (oder Care Management) setzt an der institutionellen bzw. organisatorischen Mesoebene an und ist ein Instrument zur disziplin- und sektorenübergreifenden Versorgungssteuerung und -koordination mit dem Ziel, die Relationen von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Gesundheit zu optimieren (vgl. Weatherly, 2017, S. 11 f.).

Dabei sind drei Prinzipien zu berücksichtigen (Pourie, 2017, S. 46 f.):

- „Care Management ist eine gemeinschaftliche Anstrengung, für deren Erfolg die betroffenen Parteien (Patienten, Angehörige, Leistungsanbieter, Kostenträger) in einen kooperativen Prozess eingebunden werden müssen.
- Care Management ist bevölkerungsorientiert und gruppiert die Patienten nach gemeinsamen Kriterien wie Wohnort/Region, Gesundheitsstatus, Krankheitsbild, soziale Lage.
- Care Management sichert durch die Kooperation der Beteiligten den Behandlungserfolg.“



Adressaten des Versorgungsmanagements sind Bevölkerungsgruppen, die nach ihrem jeweiligen Bedarf zu spezifizieren sind.

Zur Identifikation der Bevölkerungsgruppen werden Ergebnisse der **Versorgungsforschung** herangezogen. Als Institutionen, die Versorgungsmanagement auf der Mesoebene umsetzen, sind Gebietskörperschaften ebenso denkbar wie Krankenkassen. Abbildung 1.1 skizziert eine mögliche Implementierung.



Abb. 1.1: Stufen der Implementierung von Programmen zum Versorgungsmanagement

In Deutschland haben sich verschiedene Arten des Versorgungsmanagements etabliert. Akteure auf der Mesoebene in Deutschland sind neben den Kranken- und Pflegekassen auch Vereinigungen von Anbietern, Kommunen oder Institutionen, welche Qualitätsstandards vorgeben, wie der **Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)** von Kassen und Ärzten/Ärztinnen sowie das **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)**.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beschäftigte sich in seinem Gutachten 2007 mit dem Thema **Managed Care**¹ und merkte dazu an:

„Für den Begriff ‚Managed Care‘ existiert in der Literatur zwar keine eindeutige und allgemein akzeptierte Definition, wohl aber eine Charakterisierung mit Hilfe ihrer zentralen bzw. wesentlichen Komponenten.“ (Sachverständigenrat, 2007, S. 109)

¹ Der Sachverständigenrat spricht von Managed Care. Damit ist dasselbe gemeint wie mit dem oben verwendeten Begriff des Versorgungsmanagements bzw. Care Managements.

Sachwortverzeichnis

- A**
- Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) 149, 152
 - Altenpflegegesetz 135, 350
 - Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) 136, 137, 143, 165, 363
 - ANOVA 276, 406
 - Arzneimittelmanagement 123, 124
 - Arzneimittelstudie der Phase I bis III 258, 406
 - Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) 122, 123, 360
 - Arztwahl
 - freie 26, 76, 160
 - Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) 16
 - Ausschreibung
 - öffentliche 72, 84
- B**
- Bedarf 37, 257, 300
 - Bedarfsplanung 304, 406
 - Behandlungsleitlinien 29, 90, 125, 180, 263, 285, 290, 300, 301, 359
 - Behandlungspfade 43, 45, 70, 115, 157, 160, 163, 406
 - Besondere Versorgung 114, 131, 132, 134, 135, 137, 168
 - Bundesamt für Soziale Sicherung 332
 - Bundesärztekammer 228, 231, 252, 258
 - Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 231
- C**
- Capitation 90, 406
 - Care Management 19, 21, 109, 119
 - Case Management 36, 108, 109, 112, 116, 118, 321, 322, 323, 324, 325, 327, 328, 329, 330
- Chi-Quadrat-Test 276, 406
- Clinical Pathway 43, 45, 406
- Continuum of Care 20
- D**
- Defensivmedizin 70
 - Deutsches Netzwerk Versorgungsfor- schung (DNVF) 287
 - Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) 174, 194, 195, 196, 198, 199, 202, 203, 204
 - Digitale Pflegeanwendungen (DiPA) 67, 175, 205
 - Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) 174, 194, 240, 289
 - Digitale-Versorgung-und-Pflege-Moder- nisierungs-Gesetz 67, 240
 - Disease Management 35, 115, 330
 - Disease-Management-Programme (DMP) 124, 126, 127, 321, 330, 332, 335
- E**
- Effizienz 24, 62, 69, 407
 - elektronische Patientenakte (ePA) 123, 173, 176, 179, 180, 185, 191, 205, 237, 241, 314, 373
 - Entlassmanagement 112, 117, 119, 266, 329
 - E-Rezept 174, 191
 - Ergebnisqualität 130, 168, 253, 267, 361
 - EUROPEP-Studie 242
- F**
- Fallmanagement 23, 108, 112, 116, 121
 - Fehlversorgung 23, 79, 231, 252, 281, 299, 300

Forschungsdatenzentrum (FDZ)
237, 240, 241
Forschungsdatenzentrum Gesundheit
289

G

Gatekeeping 47, 66, 115, 121, 160, 338
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
33, 41, 126, 288
Genotypisierung 253, 407
Gesundheitsfonds 71, 161, 166, 232, 407
Gesundheitsförderung 158, 310
Gesundheitssystemforschung 256, 407
Group Model 27, 29
Guideline 40, 70

H

Hausarztmodell 48, 121, 338
Hausarztzentrierte Versorgung (HzV)
84, 121, 160, 336, 338, 344
Health Maintenance Organisation (HMO)
25, 29, 407
Health Services Research (HSR) 229
Hintergrund
– sozioökonomischer 309, 407
Hospiz 51, 147, 407

I

Inanspruchnahme 86, 148, 155, 312
Independent Practice Association (IPA)
28, 29
Input 61, 254
Interdisziplinarität 114, 164, 258, 259, 272

K

Kollektivvertrag 82, 84, 408
Komplexpauschale 314, 408
Korrelation 276, 408
Krankenhausprädiktionsanalyse 241
Krankenpflegegesetz 135, 350
Krankenversorgung 251, 408
Krankheitsprävention 87, 158,
237, 310, 410

L

Leitlinie 40, 43, 70
– evidenzbasierte 41, 78
Lineare Regressionsanalyse 276, 408
Logistische Regression 276, 408

M

Makroebene 244, 245, 408
Managed Care 22, 31, 39, 66,
76, 82, 85, 88, 110, 161
Matching 266, 336
Medikationsmanagement 122, 170
Medikationsplan 123, 175, 186, 205
Medizinische Informationsobjekte (MIO)
185

Medizinischer Dienst der Kranken-
versicherung (MDK) 41, 57, 408

Medizinsoziologie 230
Mehrebenenanalyse 246, 409
Metaanalyse 258, 273, 324, 340, 409

Methode
– qualitative 272, 292, 409
– quantitative 273, 292, 409

Modell
– multivariates 258, 409
Modellprojekte 135, 169, 349, 355, 356
Modellvorhaben 123, 132, 135,
349, 350, 352, 355

Moral Hazard 70

Morbiditätsorientierter Risikostruktur-
ausgleich 72, 409

Multiprofessionalität 164, 250, 258, 293

N

Nachfrage 16, 257
– angebotsinduzierte 69
Network Model 28, 29

O

Odds-Ratio 276, 410
Outcome 61, 93, 158, 228, 255, 410
Output 60, 255

P

Patientendaten-Schutz-Gesetz	174, 240
Patientenkurzakte	175, 205
Patientenlotse/Patientenlotsin	118, 119, 169
Patientenpfad	145, 160
Pay for Performance (P4P)	91, 159, 204
Pflegeberatung	53, 54, 58, 59, 120
Postinterventionsmanagement	45
Praxisklinik	155, 170
Primärdaten	274, 410
Prozessqualität	253, 267, 336, 340, 342
Public Health	227, 230

Q

Qualitätsmanagement	257
Qualitätssicherung	94, 257, 279, 410

R

Review	
– systematischer	258, 273, 327, 411
Risikoadjustierung	257, 333, 346, 411

S

Sekundärdaten	275, 411
Selektivvertrag	82, 84, 94, 132, 365, 411, 412
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	115, 147, 149, 151, 170
Staff Model	27, 29
Strukturierte Behandlungsprogramme	42, 115, 124, 127, 332
Strukturqualität	130

Studien

– analytische	264, 277
– deskriptive	260, 277
– evaluative	263
– experimentelle	264, 265
– explorative	268
– Fall-Kontroll-	266, 269, 344
– klinische	258, 411
– Kohorten-	269, 334, 341
– Längsschnitt-	270, 271
– Literaturreview	269, 327
– planend-beratende	266
– prognostische	261
– quasi-experimentelle	264, 265
– Querschnitt-	270
– randomisiert kontrollierte	265, 325
– theoretische	267

T

Telematikinfrastruktur (TI)	173, 179, 185, 192, 205, 314
The European Journal of General Practice	243
Therapiefreiheit	27, 45, 77
Throughput	60, 254
Trägervielfalt	76
T-Test	276, 411

U

Übermedikalisierung	66
Übersversorgung	23, 69, 126, 173, 252, 300, 304, 308
Ungleichheit	
– soziale	308, 310
Untersuchung	
– ökologische	244, 245, 411
Untersuchungseinheit	244, 245, 411
Unterversorgung	23, 90, 126, 145, 252, 300, 304
Utilisation-Review	27, 412

V

Verlagerungseffekt	271, 412
Versorgung	
- indikationsbezogene	115
- populationsbezogene	115, 366
Versorgungsform	
- integrierte	295
Versorgungsforschung	21, 59, 193, 225, 227, 230, 242, 250, 259, 271, 367
Versorgungskontinuität	20, 36, 122
Versorgungspfade	118, 144, 392
Versorgungsprozess	111, 114, 124, 197, 198, 206, 272, 314
Versorgungssteuerung	21, 88, 114, 121, 173

Z

Zielvariable	93, 244, 258, 279, 412
--------------	------------------------

Über die Autoren und Autorinnen

Anja Nöske

(geb. 1981) studierte Gesundheitswissenschaften (B. A.) an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg sowie Gesundheitsökonomie (M. A.) an der APOLLON Hochschule Bremen. Nach einer mehrjährigen Tätigkeit im Bereich Pflegestützpunkte (Implementierung, Organisation und Finanzmanagement) beim Verband der Ersatzkassen folgte eine zweijährige Tätigkeit als Beraterin für Ärzte und Ärztinnen sowie Therapeuten und Therapeutinnen in einer Kassenärztlichen Vereinigung. Es folgte eine mehrjährige Tätigkeit für die AOK Hessen beim AOK-Bundesverband in einem Digitalisierungsprojekt, das die Einführung und Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte verantwortete. Ihre Aufgaben lagen dabei im Bereich Stakeholdermanagement, Politik-, Markt- und Wettbewerbsbeobachtung, Anforderungsmanagement, Datenanalyse und strategische (Produkt-)Weiterentwicklung. Von 2021 bis 2023 beriet sie in der AOK Hessen zu digitalen Versorgungs- und Vernetzungsaktivitäten (insbesondere im Bereich der Telematikinfrastruktur) und begleitete die Einführung eines digitalen Multiprojekt- und Portfoliomanagements als Projektmitarbeiterin mit Fokus auf Maßnahmen des strategischen und operativen Controllings und schließlich in der Rolle als Projektleitung. Derzeit widmet sie sich in einem Sabbatical privaten Projekten.

Dr. rer. pol. Barbara Birkner

ist Diplom-Volkswirtin und promovierte 1986 mit einem gesundheitsökonomischen Thema zum Dr. rer. pol. Sie arbeitete als wissenschaftliche Assistentin bei Prof. Dr. G. Neubauer an der Hochschule der Bundeswehr München. Ab 1992 war sie als freie Mitarbeiterin am Institut für Gesundheitsökonomie (Leitung Prof. Dr. G. Neubauer) in München tätig. Dort wirkte sie an zahlreichen Forschungsprojekten und Gutachten mit. 1998 übernahm sie als wissenschaftliche Angestellte an der Ludwig-Maximilians-Universität in München die gesundheitsökonomische Beratung des rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbands in Bayern. Seit 2001 ist sie freiberufliche Dozentin und Fachbuchautorin. Sie unterrichtet Gesundheitsökonomie und Volkswirtschaftslehre an Hochschulen und erstellt Studienmaterial. Daneben ist

sie in der beruflichen Weiterbildung für Fachwirte im Sozial- und Gesundheitswesen und der Ausbildung von Kaufleuten im Gesundheitswesen tätig und ist Mitglied der jeweiligen Prüfungskommissionen der IHK. Im Jahr 2006 veröffentlichte sie ein Lehrbuch für Gesundheitskaufleute, das in der neunten Auflage vorliegt. 2008 erschien ihr Lehrbuch zur Gesundheitspolitik für die Fortbildung von Angehörigen der Pflegeberufe.

Prof. Dr. Michael Erhart

(geb. 1970) ist Diplom-Psychologe und promovierte 2007 an der Universität Bielefeld zum Thema „Testtheoretische Grenzen und Möglichkeiten der Lebensqualitätserfassung“. Er arbeitete als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Charité in Berlin, dem Robert Koch-Institut in Berlin, der Universität Bielefeld und dem Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf und wirkte dort an verschiedenen internationalen Gesundheitsforschungsprojekten und Studien mit. Außerdem war er als Gastdozent für Lebensqualität an der Ludwig-Maximilians-Universität in München sowie als Gastdozent für Statistik an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg tätig. Von 2010 bis 2018 war er Datenanalyst am Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland, leitete ab 2012 den Fachbereich Versorgungsforschung und Risikostruktur und führte die Geschäftsstelle Wissenschaftlicher Beirat für Forschungsförderung. Seit 2018 ist er Professor für Gesundheits- und Rehabilitationswissenschaften an der Alice-Salomon-Hochschule Berlin und dort seit 2021 Leiter der Studiengänge Physio-/Ergotherapie. Seit 2010 ist er als Autor und Tutor für die APOLLON Hochschule tätig und wurde dort 2015 auf eine Professur für Psychologie mit Schwerpunkt klinische Psychologie und Diagnostik berufen.