

# Strukturaufbau für Versorgungsverträge mit Krankenkassen

**Ein Erfahrungsbericht aus Deutschland am Beispiel des  
Wundmanagements**

Uwe Imkamp

[u.imkamp@mamedicon.de](mailto:u.imkamp@mamedicon.de)

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist nach wie vor von der **Sektorentrennung** geprägt.

**Gesundheitsreformen** und **Regularien** mussten in der Vergangenheit die Ausgaben zum Teil begrenzen und die Strukturen neu ordnen und öffnen.

Orientierung hierzu geben in Deutschland u.a. die jährlichen Gutachten des **Sachverständigenrats** zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, das **DNQP** (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) sowie Fachgesellschaften wie z.B. die **ICW e.V.** (Initiative Chronische Wunden e.V.) und der **DGfW e.V.** (Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V.)

Als maßgebliche Reformen sind zu erwähnen:

2003	Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG)
2007	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)
2014	GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG)
2015	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)
2009/2015	Nationaler Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chron. Wunden“
2010	Start des Qualitätsprojektes „ <b>Wundsiegel ICW</b> “ des ICW e.V. gemeinsam mit der mamedicon und der DQS Medizinprodukte GmbH
2015	Entwicklung eines Basisvertrages zur Integrierten Vers. durch den ICW e.V

## Bisheriges Fazit aller Aktivitäten

- > Die Kostenträger haben **großes Interesse** an der nachhaltigen Regelung der Prozesse in der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden!
- > Hierbei geht es zum Teil um Kosteneffekte aber im Vordergrund steht die **Verbesserung der Versorgungssituation und der Lebensqualität der Menschen**.
- > Damit einher, geht die **Reduktion von Sekundärkosten**.
- > Bezüglich der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden hat man erkannt, dass neben der **Qualifizierung der Akteure**, die **operative Abstimmung** aller Maßnahmen sowie das **Coaching der Betroffenen und deren Angehörigen** zum Ziel führen.

**Auswirkungen: Das Versorgungsmanagement und die Versorgungsforschung rücken in den Fokus.**

## Ziele der Integrierten Versorgung

- > Verbesserung der Versorgungsqualität
- > Sektorübergreifende Versorgung
- > Gesundheitsökonomische Relevanz = Messbare Einsparungen
- > Erhöhung der Versorgungstransparenz
- > Evaluationsfähigkeit
- > Realisierte Vernetzung (Kommunikation, Dokumentation, IT, ...)
- > Sinnvolle Koordination von Versorgungsprozessen
- > Förderung der Patientenautonomie / „shared decision making“

## Maßgaben des Bundessozialgerichtes

- > Integrierte Versorgung erfordert eine sichtbare und deutliche Verbesserung der Versorgung.
- > Sektorenübergreifende Budgetverantwortung für stationäre, ambulante und rehabilitative Versorgung.
- > Verträge mit reinem Fallmanagement können als IV geführt werden.
- > Die Versorgung muss den Ansatz und die Möglichkeit der Flächenversorgung bieten.

## Notwendigkeiten beim Aufbau und der Realisation der Integrierten Versorgung

### ***Ziele + Strukturen eindeutig definieren***

- > Ohne klare Struktur-, Prozess und Ergebnisqualitätskriterien gibt es keine IV.
- > Ohne klaren Versorgungsalgorithmus gibt es keine IV.
- > Ohne klare Abstimmung zwischen den einzelnen Akteuren gibt es früher oder später Missverständnisse.
- > Es ist schwierig alle Akteure in eine Denkrichtung zu vereinen!
- > Klare Regelungen zur Zielfindung und zur Kooperations-Kultur festlegen.
- > Der Aufbau von integrierten Versorgungsstrukturen bedeutet immer auch ein investives Vorgehen Aller.
- > Ein zu erwartender Profit ist erst später zu erwarten und stellt sich nie kurzfristig ein.

## Notwendigkeiten beim Aufbau und der Realisation der Integrierten Versorgung

### ***Struktur- / Prozessqualität kontinuierlich vorhalten + überwachen***

- > Als wichtiger Garant für die Vertragsvereinbarung ist die Zusicherung der Überwachung von Struktur- und Prozessqualität.
- > Eine Managementgesellschaft übernimmt die Überwachung in Kooperation mit einer fachlichen Instanz (Fachgesellschaft) auf Basis eines gemeinsamen Curriculums – z.B. Wundsiegel-Idee.
- > Für die Weiterentwicklung und der Implementierung von Lernkurven eignen sich vertragsbezogene Qualitätszirkel und Clearingstellen zwischen den Vertragspartnern.



## Notwendigkeiten beim Aufbau und der Realisation der Integrierten Versorgung

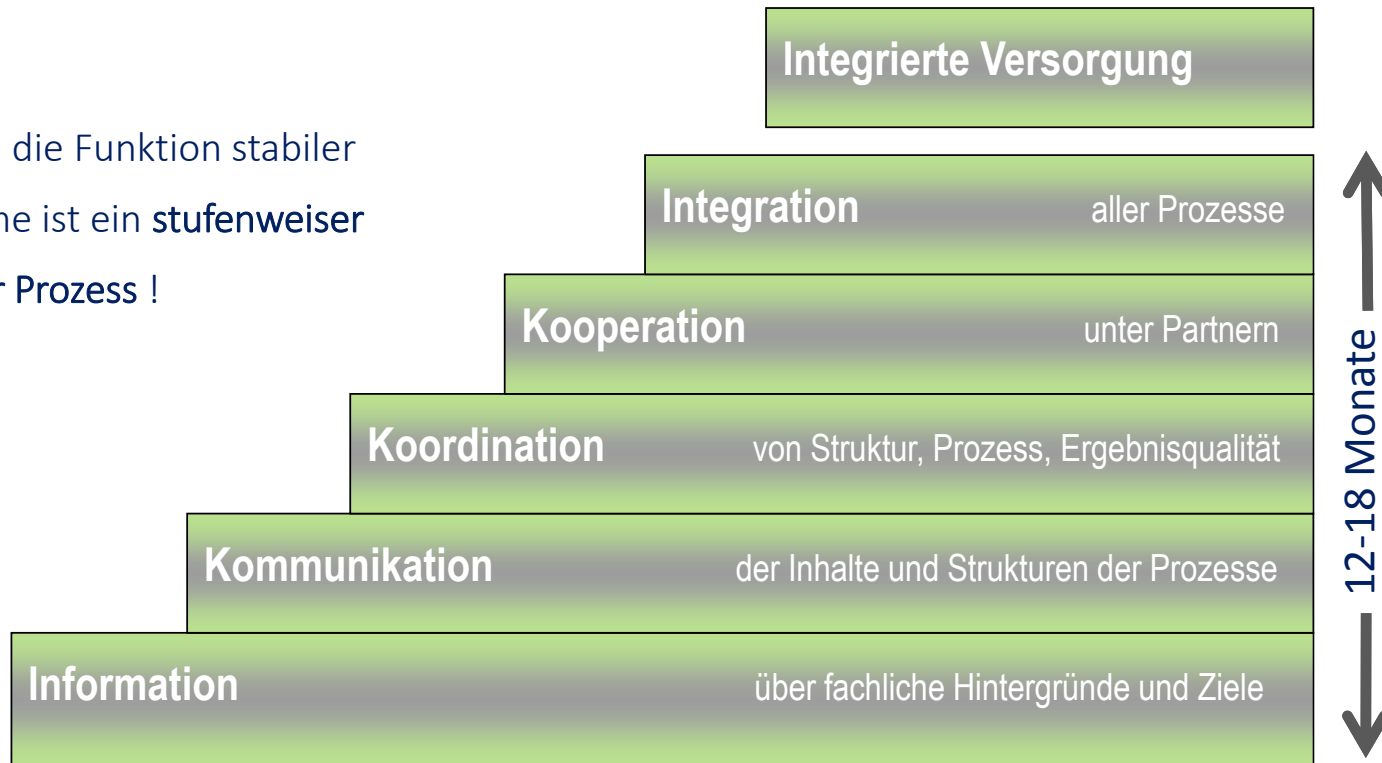
### ***Strukturaufbau benötigt Zeit und Moderation***

- > Die Ansicht „Das geht alles von alleine“ ist irrig.
- > Von Erfahrung lernen – nutzen Sie Angebote von Managementgesellschaften und erfahrenen Akteuren.
- > Der Strukturaufbau muss handwerklich gut und maximal transparent gestaltet werden.
- > Eine Lenkungsgruppe hilft bei der Projektbewältigung und sollte eingerichtet werden.

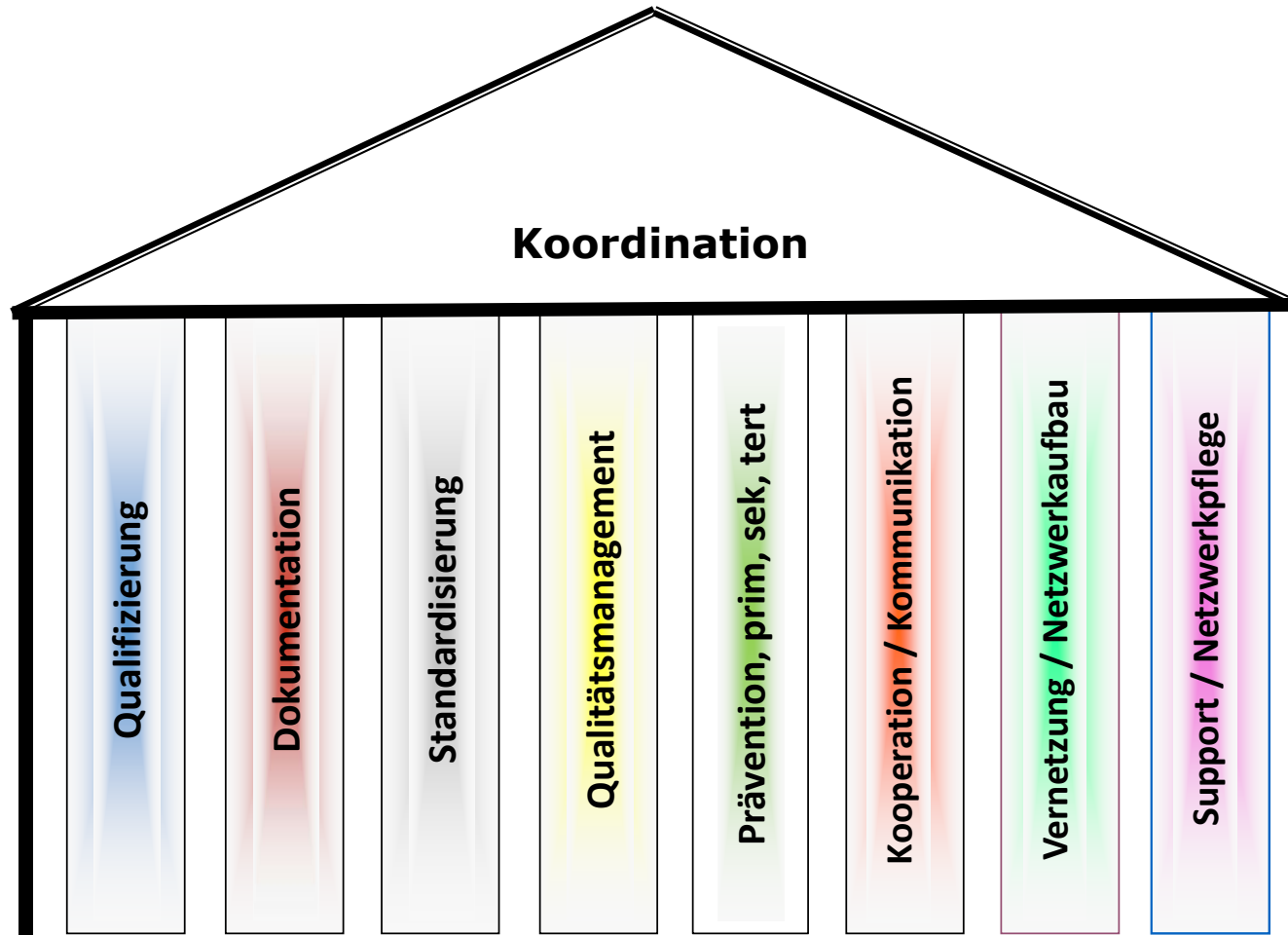
## Auf dem Strukturweg zur Vernetzung

Klarer Hinweis:

Der Aufbau und die Funktion stabiler Netzwerksysteme ist ein **stufenweiser** und **langfristiger** Prozess !



# Säulen des fachlichen Netzwerkaufbaus



Uwe Imkamp, 2009

# Notwendigkeiten beim Aufbau und der Realisation der Integrierten Versorgung

## ***Qualifikationen entscheidend***

- > Der Qualifikationsgrad hat sich als einer der Hauptaspekte heraus kristallisiert.
- > Neben der Qualifikation des Einzelnen ist die Abstimmung von Standards, Richtlinien und Algorithmen elementar.

## Notwendigkeiten beim Aufbau und der Realisation der Integrierten Versorgung

### ***Qualitäts- UND Outcome-Kriterien definieren, erheben und auswerten***

- > Nur durch den Nachweis von Qualitäts- und wahrhaften Outcome-Effekten überleben Verträge und werden fortgesetzt.
- > Eine web-basierte Dokumentation von zentralen Aspekten der Versorgung ist aus Sicht der Evaluierbarkeit unerlässlich.
- > Die Aspekte des nationalen Expertenstandards sowie die vereinbarten Kenngrößen für das QM und die Ergebnisqualitätsbestimmung reichen hier aus.

## Notwendigkeiten beim Aufbau und der Realisation der Integrierten Versorgung

### ***Fallmanagement als Schlüssel***

- > Der Erfahrung nach, ist der Aufbau eines Versorgungsmanagements in der Wundversorgung der Schlüssel für den Erfolg.
- > Hiermit werden zentral (Einzelperson, Wundzentrum, Wundambulanz) die Patienten orientierend an einem festgelegten Algorithmus geführt.

## Notwendigkeiten beim Aufbau und der Realisation der Integrierten Versorgung

### ***Patienten- / Angehörigenbildung***

- > Ohne ein Patienten-Coaching sowie eine Patienten-Edukation und die Stärkung der Patientenautonomie werden keine Verträge zum Erfolg führen.
- > Der mündige Patient will begleitet werden und ist dankbar dafür.
- > Das Patientencoaching und die Patienten-Edukation ist eine neue zu etablierende Leistung.

# Notwendigkeiten beim Aufbau und der Realisation der Integrierten Versorgung

## ***Präventionsansätze***

- > Um zu einer Nachhaltigkeit beizutragen, müssen Inhalte von Präventionsmaßnahmen in die Konstruktion inkludiert sein.
- > Das betrifft, je nach Ansatz und Einstiegswinkel der Versorgung, die primär -, sekundär -, tertiär und quartär\* Prävention.

\* Quartäre Prävention bedeutet die Verhinderung von Übermedikalisierung und unnützer Medizin.



## Notwendigkeiten beim Aufbau und der Realisation der Integrierten Versorgung

### **„Lernender Prozess“ für Alle**

- > Oftmals vereinbaren die Kostenträger eine Lernphase, die entweder durch eine Laufzeit oder durch die Anzahl der Patientenversorgungen gekennzeichnet ist.

# Notwendigkeiten beim Aufbau und der Realisation der Integrierten Versorgung

## ***Flächendeckung***

- > Vertrags-Konstrukte sollten so gestaltet sein, dass sie problemlos auf eine Flächenversorgung sicher umzustellen sind und die zu erbringende Qualität reproduzierbar sein wird.
- > Zu große regionale Faktoren und Eigenarten verhindern eher einen Vertrag.

Strukturaufbau für Versorgungsverträge mit  
Krankenkassen

**Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

Ein Erfahrungsbericht aus Deutschland am Beispiel des  
Wundmanagements

Uwe Imkamp

[u.imkamp@mamedicon.de](mailto:u.imkamp@mamedicon.de)