



Blick auf das Podium der Veranstaltung „Bessere Versorgung, die sich rechnet“ in der Hauptstadtrepräsentanz von Bosch (v. li.): Bernhard Mohr (Bosch BKK), Dr. med. Werner Baumgärtner (MEDI), Dr. med. Katja Wimmer (Bosch BKK) und Prof. Dr. Peter Löcherbach (Katholische Fachhochschule Mainz)

„Bessere Versorgung, die sich rechnet“, veranstaltet von der **Bosch BKK**

Positive Effekte nachgewiesen

Dass Case Management auf der qualitativen Ebene funktioniert, ist seit langem bekannt und auch mit einigen deutschen wie internationalen Studien mit hoher Evidenz belegt. Doch eine Blackbox blieb bislang die ebenso spannende Frage, welche ökonomische Dimension ein Case Management-Ansatz hat. Die probate Antwort darauf gab eine kürzlich in Berlin vorgestellte Kontrollgruppen-Studie des Projekts „Patientenbegleitung“ der Bosch BKK.

>> Der Gesundheitsfonds und der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich hat die gesetzlichen Krankenkassen in eine neue Rolle gebracht und zwar eine, die alle Kassen dazu aufruft, Gesundheitsversorgung effizient zu gestalten. Die Frage ist nur, wie das eine Kasse in der Praxis machen kann. Zum Beispiel, indem sie sich Instrumentarien, allen voran der Paragraphen 73 b und c sowie 140 des SGB V bedient, die seit April 2007 eine selektivvertragliche Handlungsoption eröffnen. Diese erlaubt es einer Kasse, sich genau an der Nahtstelle zwischen gesetzlichen Vorgaben und gelebter Versorgungsrealität zu etablieren, wenn es ihr gelingt, entsprechende Projekte aufzusetzen.

Genau das hat die Bosch BKK mit dem Projekt der Patientenbegleitung getan, für die entspre-

chende selektive Verträge (s. Interview mit **Bernhard Mohr**, dem Vorstand der Bosch BKK, ab S. 5) abgeschlossen wurden, die die Patientenbegleitung als wesentliches Element des Case Managements integriert haben.

Case Management: Ein empfindliches Thema

An diesem Begriff scheiden sich die Geister. Zum einen die Ärzte, die immer noch befürchten, durch ein nicht durch den Arzt gesteuertes Case Management ihre Therapiehoheit zu verlieren. Zum anderen die Kassen und Wissenschaftler, die die Arbeit der Case Manager fast ausschließlich im psychosozialen Bereich ansiedeln, also in einem Bereich, in dem der Arzt aus Zeit- wie Budgetgründen gar nicht tätig sein

kann. „Ein Case Manager sollte derjenige sein, der sich um die Koordination, die Abstimmung und die tatsächliche Begleitung des Patienten kümmern kann“, erklärt darum **Prof. Dr. Peter Löcherbach** von der Katholischen Fachhochschule Mainz, einer der führenden Wissenschaftler im Bereich des Case Managements. Löcherbach, der gemeinsam mit den Mitarbeitern des Centrums für angewandte Wirkungsforschung (CAW) in der IKJ ProQualitas GmbH das Projekt der Patientenbegleitung (s. Kasten re.) wissenschaftlich aufarbeitete, weiß aber auch, dass durch die kooperative Kompetenz des Case Managers die Maßnahmen aufeinander abgestimmt werden müssen, damit die sie auch wirklich auf die Pa-

Fortsetzung auf Seite 2 >>>

SCHWERPUNKT:
„Bessere
Versorgung, die
sich rechnet“

> S. 1-12

Terminspiegel I/2011

Datum	Thema	Ort
25.01.	KrankenhausHygiene 2011	Köln
08.02.	Pharma 2011	Frankfurt
11.02.	19. Paracelsus Messe	Wiesbaden
15.03.	Gesundheitskongress des Westens	Essen

Von „versorgungsmanagement kompakt“ (vm-k) empfohlene Termine.

Der „Kümmerer“

Der zentrale Ansprechpartner der Patientenbegleiter ist in der Regel der Hausarzt, denn er führt den Patienten durch die Behandlung. Die Patientenbegleiter ergänzen jedoch die Arbeit der behandelnden Ärzte, Therapeuten und Sozialdienste, indem sie Aufgaben übernehmen, für die der Arzt häufig nicht ausreichend Zeit hat. Sie besuchen die Patienten bei Bedarf im Krankenhaus, in der Reha oder zu Hause. Dabei geben sie Empfehlungen zu Hilfsmitteln, die den Alltag erleichtern und vermitteln Kontakte – zum Beispiel zu Pflege- oder Sozialdiensten. Und: Sie unterstützen bei der Frage, welche Möglichkeiten der Rehabilitation vor Ort gegeben sind oder ob die Pflege zu Hause oder über Kurzzeitpflege organisiert werden kann. Besonders häufig helfen die Patientenbegleiter aber auch dabei, den Wechsel eines Patienten von der stationären in die ambulante Behandlung zu erleichtern.

>>> Fortsetzung von Seite 1

tientenbedürfnisse und -bedarfe zugeschnitten sind.

Doch das kostet vor allem Zeit: Die therapeutische Arbeit mit dem Patienten macht Löcherbachs Erfahrungen nach nur etwa ein Drittel des gesamten Tätigkeitsspektrums aus, zwei Drittel dagegen die entsprechenden Koordinationsleistungen der Pa-

tientenbegleitung. Löcherbach: „Unter Case Management versteht man nach meinem Verständnis kein dirigistisches Steuern, denn die Spezialisten – ob nun Mediziner, Pfleger oder auch Sozialarbeiter – behalten ihre Steuerhoheit für ihren jeweiligen Bereich, doch um den großen Rest des psychosozialen Bereichs kümmert sich eben der Case Manager.“

Und wenn er das richtig tut,

sind die Effekte sowohl für den Patienten, als auch die Kassen positiv. „Richtig“ heißt, dass ein Patientenbegleiter sowohl die richtige Art der Vernetzung als auch die Durchgriffsfähigkeit hat, aber auch, dass er es vor allem schafft, die Wünsche des Patienten mit dem tatsächlichen Versorgungsbedarf auszutariieren. Löcherbach nennt das Passung (siehe Interview auf S. 4).

Denn in seiner Studien-Arbeit wurde neben den positiven Effekten in Qualität und Ökonomie (s. Beitrag von **Dr. med. Katja Wimmer** auf S. 8) festgestellt, dass die Patientenbegleiter, die sich nur nach den Wünschen der Patienten richten, nicht so effektiv sind, aber auch nicht diejenigen, die den Versorgungsbedarf nur nach den Expertenmeinungen definieren. Löcherbach: „Die fach-

Kurzinterview mit Dietrich von Reyher, Mitglied im Verwaltungsrat der Bosch BKK und des GKV-Spitzenverbands:

„Vertrauen in den langfristigen Erfolg“

>> Was hat ein großer Arbeitgeber wie Bosch von einem Versorgungsprojekt wie der Patientenbegleitung?

Für Bosch als Arbeitgeber haben neue Versorgungsformen einen ganz praktischen Nutzen. Natürlich kommt ein solches Betreuungsangebot in erster Linie einer großen Zahl der bei unserer Betriebskrankenkasse versicherten Bosch-Mitarbeiter zugute, doch zum anderen muss es jedem Arbeitgeber auch darum gehen, wie den Auswirkungen des demografischen Wandels zu begegnen ist. Ganz konkret heißt die Frage, wie wir unseren Mitarbeitern helfen können, gesund und leistungsfähig zu bleiben.

Dabei ist die Patientenbegleitung sicher nur ein Baustein, wenn auch ein wichtiger.

Unsere Aktivitäten beginnen natürlich schon bei der Prävention. Doch ebenso wichtig ist es uns als Unternehmen, dass es eine funktionierende regionale Gesundheitsversorgung gibt, also genau dort, wo unsere Mitarbeiter leben und arbeiten. Ganz unabhängig davon, welcher Krankenkasse sie angehören, benötigen wir dafür innovative und vorausschauende Konzepte. Und ein solches innovatives Projekt ist eben die Patientenbegleitung und ihre Einbindung in die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung.

Waren Sie sich im Verwaltungsrat von Bosch denn immer sicher, dass Sie mit diesem Versorgungsprojekt auch auf dem richtigen Weg sind?

Absolut nicht. Die Bosch BKK ist eine relativ kleine Kasse und anfangs war überhaupt nicht klar, ob wir mit dem Projekt auf dem richtigen Weg sind. Doch dann hat uns die Unternehmensberatung Boston Consulting in unserer Auffassung bestärkt und wir haben das bereits begonnene Projekt fortgesetzt.

Mit welchem Risiko?

Die Bosch BKK musste bei der Entwicklung und Umsetzung dieses Projektes in Vorleistung treten. Das war mit beträchtlichen Investitionen in finanzieller, personeller, aber auch in organisatorischer Hinsicht verbunden. Diesen Investitionen mussten die Arbeitgeber- wie auch die Arbeitnehmervertreter in unserem Verwaltungsrat zustimmen, was sie auch getan haben, weil sie Vertrauen in den langfristigen Erfolg des Modellprojektes hatten.



Dietrich von Reyher (Mitglied im Verwaltungsrat der Bosch BKK und des GKV-Spitzenverbands)

Die eben vorgestellte wissenschaftliche Studie zur Patientenbegleitung ergab ja auch eindrucksvolle Ergebnisse.

Damit wissen wir, dass sich dieses Vertrauen gelohnt hat. Aber diese Studie kann auch einen wertvollen Beitrag zu einer Diskussion im politischen Bereich, in den Medien und natürlich auch in den Fachkreisen des Gesundheitswesens leisten, die gerade in diesen Wochen intensiv geführt wird. Dabei geht es um die ganz konkrete Frage, ob sich die Hausarztverträge für die Krankenkassen rechnen können. Aber auch darum, ob durch einen Einstieg in eine Versorgungssteuerung Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung beeinflusst werden können und welchen Beitrag die Krankenkassen hierzu leisten können. <<

liche Herausforderung ist es, dass Patientenbegleiter kommunikativ dazu in der Lage sind, die Bedürfnisse des Patienten aufzunehmen und mit den realen Versorgungsnotwendigkeiten auszubalancieren.“ Und dann entsprechend steuernd auf den Patienten einzugehen.

Dass sich das für alle Beteiligten lohnt, konnte Löcherbach eindrucksvoll mit einer Kontroll-

gruppenstudie belegen. Aber auch, dass sich Investitionen einer Kasse erst (oder schon!) nach mehr als neun Monaten rechnen, dann erst ab diesem Zeitpunkt sind signifikante Kosteneffekte messbar. Und ab zwölf Monaten sind die positiven Ergebnisse laut Löcherbach ganz klar sichtbar oder wie er es als Wissenschaftler ausdrückt: „Ab 389 Tagen ist es statistisch eindeutig.“

Ab diesem Zeitpunkt amortisiert sich die Patientenbegleitung – bei einer besseren Qualität der Versorgung! Das heißt, dass die Teilnehmer vor allem Service und Betreuung durch die Patientenbegleitung sowie die Anregungen zur Selbsthilfe, die sie durch die Patientenbegleiter erhalten haben, positiv bewerteten: Über 83 % der befragten Versicherten gaben an, dass sie

vom Patientenbegleiter viele bzw. sehr viele Anregungen bekamen, wie sie selbst etwas zur Verbesserung ihrer Gesundheitssituation beitragen können.

Doch auch auf Seiten der Ökonomie schlägt die Patientenbegleitung – trotz oder vielleicht gerade wegen höherer Honorare für die Ärzte – positiv zu Buche, was natürlich allen voran **Dr. med. Werner Baumgärtner** von MEDI freut. <<

Kurzinterview mit Dr. med. Werner Baumgärtner, Vorsitzender von MEDI Deutschland und MEDI Baden-Württemberg:

„Davon träumen doch wir Ärzte“

>> Herr Baumgärtner, rückwirkend betrachtet: Was halten Sie von dem Projekt der Bosch BKK und seinen Ergebnissen?

Rückwirkend betrachtet empfand ich es damals, als die Bosch BKK damit angefangen hat, als schon sehr mutigen Schritt, weil auch ein Risiko eingegangen wurde. Dazu muss man vielleicht auch sagen, dass Bosch eigentlich die erste Kasse war, die mit MEDI einen Haus- und Facharztvertrag abgeschlossen hat. Doch genau dieser Schritt hat großes Vertrauen geschaffen, das sich dann weiter fortgeführt hat ins Thema Selektivverträge in Baden-Württemberg.

Und was halten Sie von den Ergebnissen?

Es ist doch perfekt, wenn vom Ergebnis her wirklich viele Aspekte sehr positiv bedient werden: Ärzte, Patienten und sogar die Kosten. Das ist doch genau das, was man sich seit Jahren zum Ziel gesetzt hat. Dazu gehört auch, dass man richtige Anreize setzt und zwar sehr unterschiedliche. Genau das ist bei diesen Verträgen ganz gut gelungen.

Auch seitens der Politik, die zur Zeit etwas vom selektiven Vertragsgeschehen enttäuscht zu sein scheint?

Wir brauchen für die Zukunft eine höhere Regionalisierung, daran führt kein Weg vorbei. Und wenn wir das wollen, brauchen wir dafür selektive Verträge. Auch daran wird kein Weg vorbei führen. Es muss künftig ein geordnetes Miteinander von Kollektiv- und Selektivvertragswelt geben, denn der Kollektivvertrag kann vom Selektivvertrag profitieren und auch umgekehrt. Das ist meine Position, die ich auch als KV-Vertreter habe, der ich ja nach wie vor bin.

Auch wenn sie sich mit dem Thema Case Management seitens der Kassen gar nicht so anfreunden können?

Die Kernfrage lautet, wer Case Manager beim Patienten ist. Diese Frage wird immer spannend bleiben, denn vom ärztlichen Selbstverständnis her ist es völlig klar, dass das der Arzt ist. Die Ärzte werden sich diese Rolle nicht nehmen lassen. Die Zukunft liegt mit Sicherheit aber in einer sehr viel besseren Partnerschaft zwischen Ärzten und Krankenkassen.

Hier wird sicher Prof. Löcherbach ein anderes Verständnis von Case



Dr. med. Werner Baumgärtner (Vorsitzender von MEDI Deutschland und MEDI BW)

Management einfordern, der in diesem Ansatz, der in der Patientenbegleitung der Bosch BKK unter einer anderen Begriffswelt verwirklicht wurde, kein dirigistisches Steuerungssystem, sondern ein Art aktives Kümmern versteht, also jemanden, der sich jenseits der ärztlichen Tätigkeit mit dem psychosozialen Bereich beschäftigt, also sich um die Koordination, die Abstimmung und um die Begleitung des Patienten bis hin zur Pflege- und sogar Schuldnerberatung kümmern kann. Das ist doch etwas, was ein Hausarzt heutzutage in der Regel nicht mehr leisten kann.

Dafür haben Ärzte gar nicht die Zeit, sich um diese ganzen Dinge zu kümmern. Doch die Gesamtrichtung muss sich nach den Vorgaben des Arztes ausrichten. Der Arzt muss entscheiden, welche Therapie und welcher Therapieprozess angewandt wird – diese Entscheidungen kann und darf ihm niemand anders abnehmen. Aber bei allem anderen ist doch jeder Arzt froh, wenn ihm da einer hilft, sei es bei der Frage der Pflege, der Heil- und Hilfsmittel oder beim Einsatz beispielsweise vom Krankengymnastik, wenn die Patienten gar nicht mehr in der Lage sind, sich selbst für einen Krankengymnasten zu entscheiden. Dann ist es gut, wenn dieses ganze Umfeld organisiert wird. Davon träumen doch wir Ärzte, dass wir endlich jemanden haben, der diese ganze Struktur organisiert. <<

Kurzinterview mit Prof. Dr. Peter Löcherbach, Katholische Fachhochschule Mainz:

„Kein Case Management zum Nulltarif“

>> Was waren denn Ihre forscherschen Fragestellungen, mit denen Sie die Bosch BKK beauftragt hat?

Die erste Frage war, welche Leistungsausgaben, also Kostenarten wie Krankenhaus, Heil- und Hilfsmittel, Arzneimittel, Pflegeversicherungsleistungen etc. durch die Patientenbegleitung beeinflusst werden. Das ist aber nur eine allererste Dimension. Die zweite, und die weit wichtigere, ist die Frage der Versorgungsqualität. Also konkret die Frage, welche Qualitätsverbesserung durch eine Patientenbegleitung tatsächlich zu erzielen und zu beweisen ist.

Wobei es da sicher Hard- wie Softfacts gibt.

Sicher. Wir unterscheiden zwischen Effects und Impacts. Die Effects versuchen, die Wirkungen auf die Fälle, die Fallzahlen und die Falldauer zu beschreiben, während die Impacts die subjektive Dimension behandeln – also Fragen beantworten wie: Wie zufrieden sind die Versicherten? Wie zufrieden sind die Vertragspartner mit dem System und wie verändert sich das Befinden? Welchen Nutzen ziehen die Einzelnen daraus? Und als Drittes betrachten wir die Erfolgsfaktoren. Denn, wenn wir feststellen, dass etwas wirkt, müssen wir uns auch fragen, worauf diese Wirkung zurückzuführen ist. Hier können wir Prozesse und Prozessmerkmale identifizieren, die etwas darüber aussagen, wie ein bestimmtes Ergebnis zustande gekommen ist.

Was ist einer der Haupt-Erfolgsfaktoren, die Sie identifizieren konnten?

Die Fallauswahl spielt eine zentrale Rolle bei der Frage der Steuerbarkeit und wo in einer Patientenbegleitung ein Case Management ansetzen sollte. Daher haben wir für unsere Untersuchungsstichprobe vier Fallgruppen gebildet und zwar folgende: Patienten über 75 Jahren mit bestimmten Merkmalen, Krankheiten und Krankenhausaufenthalten, dann die Gruppen mit Herzkrankungen und Krebskrankungen sowie die Gruppe der Schlaganfallpatienten. Insgesamt konnten wir 1.064 Fälle in die Studie einschließen: je 532 Patienten in der Experimental- sowie in der Kontrollgruppe. Denn erst das Kontrollgruppendesign ermöglicht es uns, jene Effekte nachzuweisen, die tatsächlich auf die Maßnahme der Patientenbegleitung zurückzuführen sind.

Welche Erkenntnisse haben Sie denn jenseits der von Ihnen erstmals aufgezeigten Evidenz für Versorgungsqualität und Ökonomie gewonnen?

Wir haben im Grunde genommen vier Punkte als Erfolgs- oder Wirkfaktoren identifizieren können. Eine wichtige Erkenntnis ist, dass umfangreiche, aber gezielte Interventionen mittlerer Dauer ihre Wirkung besonders gut entfalten. Das bedeutet: Eine ganz kurze Intervention ist nicht so erfolgreich, aber auch die ganz langen sind es nicht. Das Zweite ist, dass eine möglichst frühzeitige Einleitung der Patientenbegleitung wichtig ist, die dann zielgerichtet intensive Interventionen auslöst. Das führt uns zu der Frage, wo eine Patientenbegleitung – beim Arzt oder bei der Kasse – angesiedelt sein sollte. Eine Erkenntnis ist, dass es von Vorteil ist, wenn Patientenbegleitung bei der Krankenkasse angesiedelt ist, weil dann die interne Vernetzung eine hohe positive Wirkung entfalten kann. Aber die wichtigste Erkenntnis ist vielleicht eine ganz andere.



Prof. Dr. Peter Löcherbach (Katholische Fachhochschule Mainz)

Welche wäre das denn?

Ich finde es wirklich sehr bemerkenswert, dass die Passung, also das Ausbalancieren von Patientenbedürfnissen einerseits und Versorgungsbedarf andererseits einen zentralen Wirkmechanismus darstellt. Wir haben nämlich festgestellt, dass die Patientenbegleiter, die sich nur nach den Wünschen der Patienten richten, nicht so effektiv sind, aber auch nicht diejenigen, die nur nach den Expertenmeinungen handeln. Die fachliche Herausforderung besteht darin, die Bedürfnisse des Patienten aufzunehmen und mit den Versorgungsnotwendigkeiten auszubalancieren. Also einerseits nicht zu sagen, das steht dir nicht zu, das bekommst du nicht. Aber auf der anderen Seite auch nicht alles weich zu spülen und alles zu erstatten, was verlangt wird. Die fachliche Qualität der Passung ist ein wirklicher Erfolgsgarant.

Sie konnten positive Effekte der Patientenbegleitung hinsichtlich Versorgungsqualität und Versorgungskosten belegen, aber auch zeigen, dass der Zugang zu Leistungen verbessert und erleichtert wird. Was haben Sie noch eruieren können?

Vor allem wird die Kooperation mit den Ärzten und anderen Leistungserbringern verbessert. Das führt zwar nicht direkt zu Veränderungen, aber mittelbar. Ein weiteres ist das Positivum, dass die Patienten Anstöße bekommen, das Heft ihrer Gesundheit wieder selbst in die Hand zu nehmen und weniger Ängste entwickeln, selbst etwas zu tun.

Wann gibt es denn einen Return-on-Invest?

Die Investition führt spätestens nach elf Monaten zu positiven ökonomischen Effekten. Das hängt davon ab, wie gut die Qualität der direkten Kontakte mit dem Patienten und den Angehörigen ist, wie gut die Kooperation intern und mit den Akteuren außerhalb funktioniert. Hier ist ein vertragliches Anreizsystem für die Kooperationspartner ausschlaggebend. Patientenbegleitung oder Case Management bekommt man nun einmal nicht zum Nulltarif. <<

Interview mit Bernhard Mohr, Vorstand der Bosch BKK:

„Das A und O sind Vertrauen und Kommunikation“

Die Weiterentwicklung des Modells zur integrierten Versorgungssteuerung liegt Bernhard Mohr, dem Vorstand der Bosch BKK, am Herzen. Das liegt zum einen daran, dass er davon überzeugt ist, dadurch die gesundheitliche Versorgung seiner Versicherten verbessern zu können, was er zum anderen aber auch damit begründet, dass er die Fallsteuerung als das Instrument ausgemacht hat, mit dem eine Krankenkasse wirklich in Effizienz und Effektivität investieren kann. Dass sich das für alle – für Patienten, Leistungserbringer und die Kasse selbst – lohnt, hat die Bosch BKK mit dem wissenschaftlich begleiteten Modellprojekt der Patientenversorgung bewiesen. Deren absolut positive Ergebnisse bestärken ihn weiterzumachen und auf die Politik einzuwirken, ihr restriktives Verhalten gegenüber selektiven Verträgen zu überdenken. Denn nun liegt endlich Evidenz vor.

>> Herr Mohr, mit welchen Vorstellungen sind Sie noch weit vor der gesetzlichen Verpflichtung aus dem Jahre 2007, an das große Thema der integrierten Versorgungsformen herangetreten?

Den Anstoß lieferte 2000 ein Vortrag von Prof. Dr. Frank Weidner vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung in Köln. Damals dachte ich mir: Eine gute Idee, aber eine, der sich eine kleine Krankenkasse wie unsere langsam, am besten über überschaubare Einzelthemen annähern muss. Wir haben dann mit einem Überleitungsmanagementprojekt aus dem stationären in den ambulanten Bereich im Robert-Bosch-Krankenhaus begonnen, das auch von Prof. Weidner und dessen Institut wissenschaftlich begleitet wurde. Das hat so gut funktioniert, dass der aus diesem Projekt entstandene Überleitungsbogen schon bald in allen Stuttgarter Krankenhäusern verwendet wurde.

Das war das erste Projekt, und wie ging es weiter?

Weil das so gut funktioniert hat, haben wir uns danach gleich den Problemen alter Menschen angenommen und haben im Rahmen des Projekts „mobil“ Hausbesuche mit präventivem Charakter durchgeführt. Auch dieses Projekt haben wir von Prof. Weidner begleiten lassen und dann auch den Qualitätsförderpreis in Baden-Württemberg – zwar nur den dritten, aber immerhin – dafür bekommen. Parallel haben wir schon damals begonnen, diese Patientenbegleitung mit der Ärzteschaft im Bereich Allgäu zu praktizieren – noch ohne Vertrag, was aber gut funktionierte, weil hier zum Teil Praxen dabei waren, die mehr als die Hälfte ihrer Versicherten aus unserem Klientel rekrutierten.

Immerhin gab es öffentliche Anerkennung.

Und das, obwohl mit dem Projekt „mobil“ noch keine positiven Effekte nachweisbar waren. Aber wir haben immerhin gelernt, mit unseren Mitarbeitern, mit den Patientenbegleitern, mit den Patienten und vor allem mit den Ärzten gut umzugehen. Bis zum Start der Selektivverträge am 1. April 2007 hatten die Kassen ja auch überhaupt keine Kommunikationsmöglichkeit zu den Ärzten. Denn alle Verträge wurden davor ja zwischen den Kassenverbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen verhandelt. Das heißt: Wir hatten weder Mitspracherechte beim Abschluss von Verträgen noch sind wir in Entscheidungen miteinbezogen worden, so dass die Kommunikation mit Ärzten, als die Selektivverträge kamen, für uns vollkommenes Neuland war. Und umgekehrt hat für die Ärzte genau das Gleiche gegolten.

Die hier aufgeführten Beispiele klingen – ohne beleidigend wirken zu wollen – ziemlich einfach.

Je einfacher desto besser. Denn im Grunde waren die ersten Pro-



jekte mehr vertrauensbildende Maßnahmen, auf die wir heute aufbauen können. Als wir die Projekte damals begonnen haben, waren wir uns ja auch gar nicht sicher, ob unser dann auch mit Verträgen abgesichertes Pflänzchen der Zusammenarbeit mit Ärzten und Kliniken über einen Zeitraum von fast vier Jahren leben wird.

Warum?

Nun, wir sind mit rund 200.000 Versicherten eine verhältnismäßig kleine Kasse. Wären andere Kassen mit hohen Marktanteilen und vielleicht auch ganz guten Vorschlägen gekommen, hätten wir mit unseren wenigen Versicherten keine Chance gehabt. Und auch so konnten wir nur reüssieren, weil wir ohne große Vorgaben an unsere Partner herangetreten sind. Vor allem haben wir den Verwaltungsaufwand so minimiert, dass praktisch alles über ein Formular abgewickelt werden konnte. Das heißt: Sowohl die Teilnahme- und Datenschutzerklärung des Versicherten sowie die Abrechnung des Arztes waren auf einem einzigen Blatt zusammengefasst. A und O des Vorgehens waren Vertrauen und Kommunikation.

Warum waren Sie denn überhaupt darauf aus, freiwillig Verträge mit unterschiedlichen Ärzteorganisationen und Kliniken abzuschließen?

Einfach deshalb, weil wir erstens über einen Zeitraum von rund zwei Jahren im Oberallgäu mit der Patientenbegleitung gute Erfahrungen gesammelt hatten. Und zweitens, weil diese durchaus darauf schließen ließen, dass mit strukturierten Vorgehensweisen Qualitätsverbesserungen in der Versorgung sowie auch Einsparungen bei Leistungsausgaben erzielbar sein könnten.

Wie sind Sie denn nun in die selektive Vertragswelt eingestiegen?

Meines Erachtens war entscheidend für den Erfolg unseres Projektes, dass wir sechs Schritte gegangen sind, die gut aufeinander abgestimmt waren.

Welche waren das?

Erstens haben wir auf Grund unseres Datenmaterials und vorliegender Erkenntnisse über Steuerungs- und Einsparmöglichkeiten definiert, welche Fälle überhaupt anzugehen sind. Danach erst haben wir im zweiten Step die Ideen entwickelt, wie die Versorgung dieser Versicherten positiv beeinflusst werden kann. Und der dritte Schritt war dann abzuschätzen, welche Ideen überhaupt Chancen in der Verwirklichung mit unseren Partnern haben. Dabei wurde uns sehr schnell klar, dass wir nur auf das Jahre davor aufgebaute Vertrauen setzen konnten und nicht auf Vorgaben oder gar Verpflichtungen. Hierzu wären sowohl die Ärzte wie auch Kliniken trotz erhöhter Honorare nicht bereit gewesen.

Warum das denn?

Für die geringe Anzahl von Fällen lohnte es sich einfach nicht, die Abläufe in den Praxen oder den Stationen auf unsere Wünsche auszurichten.

Vereinfacht ausgedrückt heißt das aber nichts anderes, als dass Ihre Kasse Geld für die Hoffnung ausgeben musste, mehr Zeit für ihr Patienten zu bekommen.

Stimmt, doch das Vertrauen hat sich ja schließlich ausgezahlt.

Welcher Schritt folgte dann?

Der vierte Schritt war schließlich vielleicht der wichtigste: Das war die Investitionsentscheidung und Risikobewertung. Uns war klar, dass wir zur Verwirklichung dieses Projekts weiteres Personal aufbauen mussten. Auch war die Anschaffung von Firmenfahrzeugen nötig und in IT musste investiert werden, auch wenn wir das Glück hatten, über

einen Mitarbeiter zu verfügen, der uns eine interne Lösung auf Access-Basis programmieren konnte. Und dann gelang im fünften Schritt der Abschluss selektiver und nahezu inhaltsgleicher Verträge mit MEDI, dem Ärztenetz Reutlingen, dem Hausarztverein Oberallgäu, dem Ärztebund Franken, dem Praxisnetz Nürnberg-Süd, der GEHOSA in Homburg/Saar, dem Ärztenetz in Zweibrücken, HilMed in Hildesheim sowie einzelnen Ärzten im Raum des südthüringischen Brotterode. Darüber hinaus schlossen sich unsere Schwerpunktkliniken in diesen Regionen an; darunter auch das Universitätsklinikum im Saarland. Letztlich beteiligten sich bundesweit rund 2.400 niedergelassene Ärzte, 15 Krankenhäuser und immerhin 50.000 Versicherte.

Können Sie die Invests benennen?

Wir berechneten letztlich unser Risiko mit rund 0,2 Beitragssatzpunkten, die wir auch in die Haushaltsplanung einstellten. Wofür ich unserer Selbstverwaltung danken muss, denn die hat diese Investitionsentscheidung schließlich mitgetragen.

Was heißt in diesem Zusammenhang Risiko?

Insgesamt hatten wir einen Personal- und Sachaufwand von rund 1 Million Euro. Dazu kam der Verzicht auf die Praxisgebühr von rund 1,1 Millionen Euro. Für Arzthonorare haben wir rund 1,6 Millionen Euro ausgegeben. Wenn das Projekt schief gegangen wäre, wäre die Summe das Worst-Case-Szenario.

Das indes nicht eingetreten ist.

Wenn ich nur unterstelle, dass unsere rund 3.000 jährlich abgearbeiteten Fälle der Patientenbegleitung auch nur die Hälfte des Vorteils von 2.500 Euro je Jahr bringen, die die wissenschaftliche Begleitung nachgewiesen hat, so hat sich das Projekt bereits für uns gelohnt. Denn diesen rund 3,7 Millionen Euro pro Jahr an Einsparungen stehen unsere oben genannten Investitionen gegenüber.

Was haben Sie denn den Ärzten an Mehrvergütungen gezahlt?

Die Ärzte haben Add-on-Vergütungen bekommen. Für die Betreuung waren dies waren in aller Regel 35 Euro im Quartal, die wir einfach obendrauf gelegt haben. Wohl verstanden: Die 35 Euro bekam jeder Arzt, der mit einem Fall beschäftigt war und nicht nur der Hausarzt; egal, ob das nun ein, zwei, drei oder auch mehr Ärzte waren.

Das lohnt sich dann noch?

Sicher waren wir uns nicht. Aber die Rechnung ist aufgegangen.

Welche Effekte sind darüber hinaus eingetreten?

Wir vermuten zum einen, dass sich die Datenlage für die Zuweisungen im Gesundheitsfonds verbessert hat. Allein die Kooperation mit den Ärzten und deren Akzeptanz dürfte dies – wie bei anderen Kassen – durch eine adäquate Kodierung von Diagnosen bewerkstelligt haben. Ob die verbesserte Mitgliederentwicklung für uns von Vorteil ist, wird sich erst mittelfristig zeigen. Es könnte sehr wohl auch so sein, dass unsere Programme auch schwerkranke Patienten angelockt haben.

Was unter den Bedingungen des Morbi-RSA nicht zwingend von Nachteil sein muss.

Genau. Daher wird unser Controlling im sechsten Schritt sehr genau auf diese Einflussfaktoren achten. Aus den Erkenntnissen werden wir dann unsere weiteren Maßnahmen ableiten.

„Bis zum Start der Selektivverträge am 1. April 2007 hatten die Kassen ja auch überhaupt keine Kommunikationsmöglichkeit mit den Ärzten.“

Wie geht es weiter? In Berlin ist das Klima für selektives Kontrahieren ja eher als frostig zu bezeichnen.

Zuerst einmal gilt Bestandsschutz. In Baden-Württemberg und Bayern sind die bisher geltenden Verträge zwischenzeitlich durch freiwillige Vereinbarungen – und eben keine Schiedssprüche – zur hausarztzentrierten Versorgung abgelöst worden. Nur noch in den Regionen Homburg/Saar, Hildesheim und Brottrode bestehen für uns sogenannte Alt-Verträge. Die Fortführung der Patientenbegleitung ist uns auch in Baden-Württemberg und Bayern zugesichert. Sie hat jedoch nicht mehr den Stellenwert, weil die jetzigen Hausarztverträge für eine Vielzahl von Kassen abgeschlossen sind und das Alleinstellungsmerkmal für unsere Kasse deshalb entfallen ist. Deshalb versuchen wir derzeit in der Weiterentwicklung unserer Ansätze weitere Patientengruppen mit hohem Steuerungspotenzial mit besonderen Versorgungsformen anzugehen.

Was ist für Sie der Erfolgsfaktor schlechthin?

Man muss klare Versorgungsziele definieren, die dann schrittweise zu erfüllen sind. So kann z. B. bei einem Schlaganfallpatienten mit Folgeschäden ein bestimmter Grad der Rehabilitation das Ziel sein. Bei Krebspatienten mit Rezidiv kann es um zu erreichende Lebensqualität nach Chemotherapie oder Bestrahlung gehen. Oder es kann für psychisch kranke Patienten wichtig sein zu entscheiden, ob eine Psychotherapie und/oder medikamentöse Behandlung der richtige Weg ist. Doch immer gilt: Jedes Projekt muss sich kurz- oder zumindest mittelfristig rechnen, weil eine Kasse eigentlich immer mit Investitionen in Vorleistung treten muss.

Was erwarten Sie von der Ärzteschaft?

Für den Erfolg eines jeden Projekts wird mehr denn je die Bereitschaft der Beteiligten entscheidend sein, sektorübergreifend zusammenzuarbeiten und die erzielten Ergebnisse sowohl unter Qualitäts- wie auch Kostengesichtspunkten unvoreingenommen zu beurteilen. Denn eines muss allen klar sein: Mit als notwendig erachteten Einsparungen muss man leben können, auch wenn sie einen selbst betreffen.

Und von der Politik?

Die Kunst liegt in der richtigen Austarierung. Und die ist meines Erachtens vor allem in einer regionalen Ausrichtung der Gesundheitsversorgung möglich, weil alle Beteiligten hier ihren Platz kennen und finden. Übergeordnet wird man künftig nur noch einen gewissen Standard an Versorgung regeln können. Nur insoweit sind deshalb meiner Meinung nach auch noch Kassenärztliche Vereinigungen und die Verbände gefordert. Die Politik macht zur Zeit aus meiner Sicht den Fehler, wegen der ihres Erachtens unzureichenden Nutzung von Selektivverträgen frühzeitig die Flinte ins Korn zu werfen. Rund dreieinhalb Jahre Zuständigkeit für dieses Thema sind sowohl für Kassen wie auch Leistungserbringer keine Zeit, sich ausreichend diesem für sie unbekanntem Thema zu nähern. Zu lange waren hiermit Kassenverbände und Kassenärztliche Vereinigungen befasst, die zum Teil auch Verträge zu Lasten Dritter, nämlich der Krankenkassen und Ärzte abgeschlossen haben.

Was raten Sie Ihren Vorstandskollegen auf Kassenseite?

Die Krankenkassen müssen die sich derzeit zügig verändernde Welt verstehen wollen. Wenn sie nicht Versorgung entsprechend der Wünsche ihrer Versicherten gestalten, werden ihnen diese davonlaufen, davon bin ich fest überzeugt. Die eigentlichen Player der Zukunft müssen die



Bernhard Mohr, Vorstand der Bosch BKK, im Gespräch mit Karsten Köhler (MEDI Berlin), einem Gast der Veranstaltung „Bessere Versorgung, die sich rechnet“.

Krankenkassen sein, deren Versicherte die von ihnen für richtig gehaltene Versorgung bezahlen. Und zwar zu einem vernünftigen Preis, den die Krankenkassen individuell mit den Leistungserbringern vereinbaren müssen. Vor diesem Hintergrund bestehen derzeit bei den Kassen vor allem Defizite durch die noch unzureichende Nutzung der gesetzlichen Möglichkeiten zum Abschluss von Selektivverträgen.

Im Prinzip ist hier bisher nur die AOK Baden-Württemberg auf dem richtigen Weg.

Richtig, und wir als kleine Kasse brauchen solche großen Kassen als Kooperationspartner.

Was wäre denn zu tun, um dem selektiven Kontrahieren Rückenwind zu geben?

Für die Hausarztverträge wünsche ich mir die alte Bestimmung zurück, die vom 01.04.2007 an gegolten hat, also die Verpflichtung zum Abschluss von Hausarztverträgen und mehr nicht.

Das ist schon alles?

Wer es sich richtig überlegt, muss erkennen, dass unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds die Steuerungsmöglichkeiten endlich sind: Man kann Verwaltungskosten nicht unendlich senken. Und auch mit Rechnungsprüfung oder den alten Instrumentarien, um Leistungen zu kürzen, lässt sich recht wenig bewegen. Was nach den derzeitigen Rahmenbedingungen bleibt, ist einzig und allein das Versorgungsmanagement. Wer künftig im Wettbewerb erfolgreich sein will, muss dieses Zukunftsthema beherrschen. Das ist mein Ansatz. Doch bin ich noch meilenweit davon entfernt zu sagen, dass wir dies bereits können. Aber: Die Bosch BKK hat wenigstens mal angefangen. <<

„Jede Kasse muss für sich erkennen, dass unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds die Steuerungsmöglichkeiten endlich sind.“

Das Gespräch führte Peter Stegmaier.

Dr. med. Katja Wimmer, MPH

Patientenbegleitung der Bosch BKK

Die Patientenbegleitung wurde seit 2005 von der Bosch BKK entwickelt. Seit 2007 ist sie Bestandteil von Verträgen nach §§ 73 und 140 SGB V mit regionalen Ärzteverbänden. Gegenstand der Verträge ist die intensive und ganzheitliche Hilfe für Patienten, die eine hohe Morbidität aufweisen sowie die Unterstützung ihrer Ärzte. Neben einem umfangreichen medizinischen Versorgungsbedarf besteht bei diesen Patienten auch psychosozialer, pflegerischer oder sozialer Versorgungsbedarf. Kriterien für die intensive Betreuung stellen u.a. Herzerkrankungen, Schlaganfälle und Krebserkrankungen dar. Die vertraglich geregelte Zusammenarbeit beinhaltet den Informationsaustausch zwischen Arzt und Patientenbegleiter der Bosch BKK, wenn Patienten sich in die Verträge einschreiben wollen, um deren Vorteile zu nutzen. Diese bestehen dann in der fallbezogenen Zusammenarbeit zwischen Arztpraxis und Krankenkasse sowie in der Befreiung von der Praxisgebühr.

>> Die zu verifizierende Hypothese lautete: Durch vertragliche Kooperation von Personen und Einrichtungen, die Patienten betreuen, wird die Versorgung verbessert und es können Einsparungen generiert werden. Über drei Jahre wurde die Modellinitiative von Wissenschaftlern der Katholischen Fachhochschule Mainz und des Centrums für angewandte Wirkungsforschung (CAW) in der IKJ ProQualitas in Mainz evaluiert, um das Effizienz-Potenzial derartiger Verträge zu überprüfen. Einsparungen könnten prinzipiell direkt in die Refinanzierung von Selektivverträgen fließen.

Außerdem wurde die Ärzte- und Patientenzufriedenheit mit dem Prozess der Patientenbegleitung betrachtet. Dabei wurde der Gesundheitszustand aus Ärzte- und Patientensicht sowie die Qualität der Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Personen und Einrichtungen beurteilt. Das quasi-experimentelle Studiendesign bestand aus je 532 Patienten in Experimental- und Kontrollgruppe. Durch ein statistisches Matchingverfahren wurde mit einer durchschnittlichen Übereinstimmung der Matchingkriterien von 80 % ein hohes Maß an Vergleichbarkeit sichergestellt. Um dies zu erreichen, war ein großer, repräsentativer Vergleichsdatenpool erforderlich. Dieser wurde durch die Kooperation mit der Daimler BKK erreicht, aus deren Versicherten sich auch ein Teil der Kontrollgruppe rekrutierte. Zur Ermittlung von bedeutsamen Kostenunterschieden wurden Varianzanalysen (ANOVA bzw. F-Test), sowie bei inhomogenen Varianzen Welch-Tests berechnet. Zur Abschätzung und Kontrolle der potenziell verzerrenden Effekte von Extremwerten („Ausreißer“) wurden ferner Mann-Whitney U-Tests eingesetzt.

Abstract

Die Patientenbegleitung führt zunächst zu höheren Ausgaben ($p < 0.05$). Dies ist jedoch nur eine Momentaufnahme: Im späteren Verlauf zeigt sich, dass die Gesamtkosten der nicht gesteuerten Fälle deutlich höher liegen ($p < 0.05$). Die bei den begleiteten Patienten beobachteten Minderausgaben sind im Wesentlichen auf eine geringere Zahl an Krankenhausaufnahmen zurückzuführen ($p < 0.01$). Die Patientenbegleitung der Bosch BKK führt ebenfalls zu hoher Zufriedenheit bei Patienten und Ärzten. Seitens der behandelnden Ärzte wurde die Fallsteuerung überwiegend als indiziert beurteilt und führte zur Entlastung in der Arztpraxis. Schlussfolgerungen: Versorgungssteuerung stellt eine Investition dar. Durch kooperative, durchdachte Maßnahmen können mittelfristig Einsparungen generiert und Ressourcen effizienter genutzt werden.

Keywords

Case Management, Patientenbegleitung, Ambulanter Sektor, Krankenhaus, Bosch BKK

Patientenbegleitung der Bosch BKK

Hintergrund: Die Patientenbegleitung ist ein Modell der Versorgungssteuerung. Die vorliegende wissenschaftliche Evaluation überprüfte den wirtschaftlichen Erfolg und die Zufriedenheit von ärztlichen Vertragsteilnehmern und Patienten mit der Patientenbegleitung. Sie ist seit 2007 Bestandteil regionaler Selektivverträge der Bosch BKK mit ihren ärztlichen Partnernverbänden.

Methoden: Im Rahmen einer quasi-experimentellen Kontrollgruppenstudie wurden insgesamt 1.064 gesetzliche Versicherte untersucht. Einer Experimentalgruppe von 532 begleiteten Patienten mit hohem Versorgungsbedarf, in der Regel in Folge eines Krankenhausaufenthalts mit schwerwiegender Diagnose, wurde eine ebenso große Kontrollgruppe gegenübergestellt. Durch ein statistisches Matchingverfahren wurde ein hohes Maß an Vergleichbarkeit sichergestellt. In einem mittleren Beobachtungszeitraum von 11 Monaten nach Abschluss der Fallbegleitung wurden die fallbezogenen Kosten kumuliert und entsprechend der beiden Untersuchungsgruppen gegenübergestellt. Dabei wurde auch der zeitliche Verlauf der Leistungsausgaben untersucht. Zur Ermittlung der subjektiven Ärzte- und Patientenzufriedenheit wurde ein Fragebogen-Instrumentarium eingesetzt.

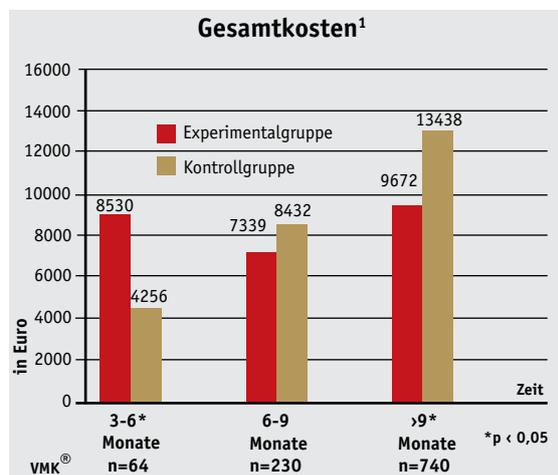


Abb. 1: Gesamtkosten.

¹ Alle Kosten außer ambulanten ärztlichen Kosten.

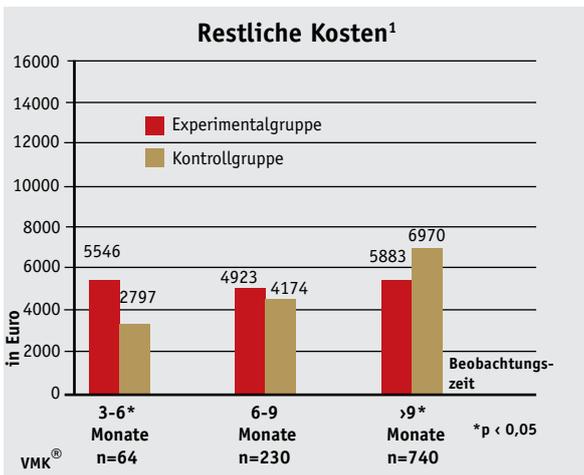
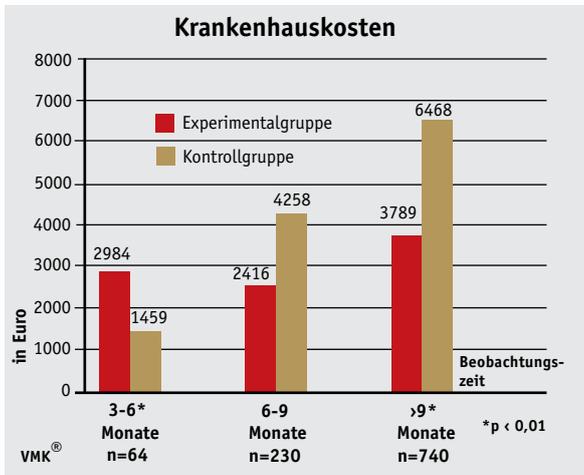


Abb. 2: Detailbetrachtung der Kosten

¹ Alle Kosten außer ambulanten ärztlichen Kosten

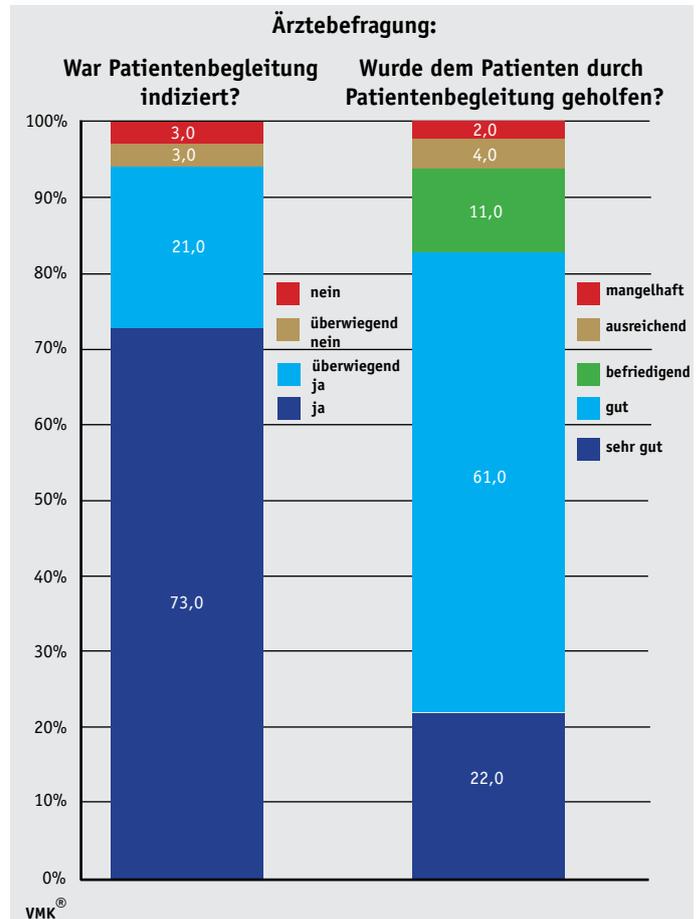


Abb. 3: Indikation und Effektivität des Fallsteuerungsansatzes wurden zu 90 % bejaht bzw. zu 80 % mit „gut“ und „sehr gut“ von Seiten der Ärzte beurteilt.

Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven durch kooperative Versorgungssteuerung

Von 1.064 Teilnehmern konnte bei 740 nach Abschluss der Patientenbegleitung die weitere Entwicklung noch mindestens neun Monate beobachtet werden. Bei den Gesamtkosten fällt auf, dass sich zunächst in den intensiv betreuten Fällen deutlich höhere Kosten ergaben. Im späteren Verlauf wird jedoch erkennbar, dass diese Fälle insgesamt rund 28 % niedrigere Kosten verursachten (p<0.05) (Abb.1).

Mit dem 95%-Konfidenzintervall der Mittelwertsdifferenzen wurde ein jährliches Einsparpotenzial zwischen 900 und 3.700 Euro pro Interventionsfall ermittelt. Primär ausschlaggebenden Einfluss auf dieses Ergebnis hatten die Krankenhauskosten (p<0.01) (Abb. 2).

Die Fallzahlen der stationären Aufnahmen bewegen sich im späteren Verlauf in der Interventionsgruppe auf signifikant niedrigerem Niveau, so dass von einer Vermeidung stationärer Behandlungen durch die Patientenbegleitung ausgegangen werden kann. Neben diesem statistisch signifikanten Gesamtkosteneffekt fällt bei der differenzierten Betrachtung der Kosten in der Beobachtungsphase auf, dass Ausgaben in den übrigen Bereichen, insbesondere der Heil- und Hilfsmittel höher ausfallen (p<0.01). Das gilt auch für Ausgaben der Pflegeversicherung, welche sich in beiden Gruppen, wie die Ausgaben bei den Heil- und

Hilfsmitteln auch, im späteren Verlauf wieder angleichen (Abb.2). Da unabhängige Fälle ohne Messwiederholung untersucht wurden, liegen bei den Gruppen mit kurzen Beobachtungszeiten (siehe Abb. 1-2) nur relativ kleine Stichproben vor. Die hier in den Grafiken ersichtlichen absoluten Kostendifferenzen können aufgrund der größeren Zufallsschwankungen daher nicht direkt mit den Fällen mit langen Beobachtungszeiten verglichen werden. Erst eine bilanzierende Gesamtschau über den gesamten Untersuchungszeitraum konnte belegen, dass im Rahmen der Patientenbegleitung trotz der anfänglichen „Investitionen“ insgesamt die Einsparungseffekte überwiegen. Bei den Arzneimittelaufwendungen ergaben sich keine signifikanten Differenzen.

Ergebnisse der Versicherten- und Ärztbefragung

Die Zufriedenheit mit der Patientenbegleitung wurde innerhalb der Dimensionen Beratungskompetenz, Einfühlungsvermögen, Vertrauensverhältnis und Ablauf der Betreuung untersucht. Mitglieder der Experimentalgruppe gaben signifikant häufiger an, Anregungen und Unterstützung erhalten zu haben, auch selbst aktiv an der Verbesserung der eigenen gesundheitlichen Situation mitzuwirken (MW-U-Test, p<0.01). Die Förderung von Compliance und Empowerment ihrer Patienten be-

deutet größeren Therapieerfolg und Entlastung für die behandelnden Ärzte, die die (psycho)soziale Betreuung durch die Patientenbegleiter mit sich bringt.

Patienten fühlen sich infolge der Patientenbegleitung besser und intensiver informiert und hatten weniger Befürchtungen hinsichtlich ihres Krankheitsverlaufes.

Die konkreten Vorteile aus Sicht der Patienten und Ärzte bestehen im persönlichen Bezug zu einem Ansprechpartner und dessen einschlägiger Beratung bei der Auswahl der geeigneten Hilfsmittel, bei Auswahl und Antrag von Unterstützungsleistungen sowie der beschleunigten Einleitung von Rehabilitation, häuslicher Versorgung u.v.m.

Die Kontaktintensität zwischen Arztpraxis und Patientenbegleiter erwies sich als maßgeblich für diese Beurteilung. Ein frühzeitiger Ansatz ermöglicht nicht nur eine rasche Problemlösung, sondern ist auch Voraussetzung für effiziente Versorgungsgestaltung. Nützlich erweist sich dabei für den behandelnden Arzt eine unbürokratisch auslösbare, praktische Assistenz der Krankenkasse. Die Unterstützung der Bosch BKK steigert darüber hinaus die Effektivität bei Abstimmungsprozessen mit anderen Leistungserbringern.

Analyse von Wirkfaktoren

Der Ausgabenunterschied in beiden Studienarmen wirft die Frage auf, was von der Bosch BKK getan wurde, um zu diesen Ergebnissen zu gelangen. Beispielhaft lassen sich bei der Gruppe der Schlaganfall-Patienten folgende mögliche Ursachen finden, wie es gelingen kann, einen Teil der medizinisch und sozial indizierten Hospitalisierungen zu reduzieren. Durch die fachlich versierte Abstimmung adäquater Leistungen werden Bedarfe individuell passend und vorausschauend gedeckt. Patientenbegleiter wirken darauf hin und aktivieren die geeigneten Dienstleister. Eine stabile Hypertonie-Einstellung sowie die optimale Behandlung von kardialer Komorbidität könnten bspw. die konsequent eingehaltenen Maßnahmen repräsentieren, die Entgleisungen und Folgeereignisse mit Hospitalisierungsbedarf verhindern. Die Studienergebnisse legen Vorteile nahe, sofern professionelle „Kümmerer“ darauf achten, dass eine regelhafte Nachsorge etabliert wird und Zielwerte gemäß Behandlungsleitlinien tatsächlich erreicht werden. Ob sich eine Qualitätsverbesserung auch durch ein erweitertes, ärztliches Zeitbudget ergibt, wurde in diesem Kontext nicht untersucht. Dies müssten erst noch tiefergehende Studien zur selektivvertraglichen Zusammenarbeit nachweisen.

Da Gesundheitskosten nicht alleine durch medizinische Faktoren determiniert werden, dürften auch die frühzeitige und sachverständige Versorgung im pflegerischen und sozialen Aufgabenbereich erheb-

Scientific evaluation study of a contractual cooperation model between doctor's practice and statutory health insurance

Patients' assistance causes higher expenditure initially ($p < 0.05$). But this is only a snap-shot: in the developing course cases without management amount to higher overall costs ($p < 0.05$). Lower costs in managed cases are mainly due to a lower rate of hospital admissions ($p < 0.01$). Patients' assistance of Bosch BKK results in high contentedness in both patients and medical profession. Case management was predominantly considered as indicated by the attending physicians and brought about work relief to them. Conclusions: Case management presents as an investment. Economies are effected and resources are used more efficiently by well-thought-out measurements of cooperation.

Keywords

Case Management, Patients assistance, Bosch BKK

lichen Anteil an den vermiedenen Krankenhausfällen haben. Um auch Versorgungsbedarfe zu decken, die den Gesundheitszustand mit beeinflussen ohne unmittelbar medizinischer Natur zu sein, werden eine Fülle sozialer und versicherungsrechtlicher Leistungen abgerufen, die zunächst eine Investition darstellen. Dadurch kann eine stabilere und verbesserte Situation in sozialer und gesundheitlicher Hinsicht erzielt werden, so dass sich die Investition insgesamt rechnet.

Als weitere Wirkfaktoren erweisen sich ein früher Interventionszeitpunkt und der Einstieg in den dialogischen Prozess zwischen Patientenbegleiter, Patienten und Ärzten als erfolgsentscheidend. Eine fachliche Expertise für Versorgungsmanagement kombiniert mit Empathie schafft ein konstruktives Spannungsfeld, das Compliance und Empowerment, wie es die empirischen Befunde zeigen, optimal unterstützen kann.

Die kooperative Fallsteuerung manifestiert sich als wegweisend, Lücken in der Gesundheitsversorgung effektiv zu füllen und dabei die Versorgungsqualität zu optimieren. Die für die gesetzliche Krankenversicherung interessanteste Perspektive dabei ist, dass sich die damit einhergehenden Kosteneffekte weder durch Ausgabenkürzungen noch durch Einnahmesteigerungen, sondern durch die Effizienzsteigerung der Versorgung selbst ergeben. <<

Dr. med. Katja Wimmer, MPH

ist Fachärztin für Innere Medizin, MPH und Abteilungsleiterin Versorgungsmanagement und Fallsteuerung.

Ihre medizinische Erfahrung, Studienaufenthalte in USA und Großbritannien und ein Aufbau-studium in Public Health mit gesundheitsökonomischem Schwerpunkt gaben die Impulse, sich auf innovativen und kreativen Wegen für mehr Effizienz im Gesundheitswesen zu engagieren.

Kontakt: Katja.Wimmer@Bosch-BKK.de



Franz W., ein ganz realer Patienten-Fall aus dem Alltag der **Bosch BKK**

Ein Fallbeispiel zur Patientenbegleitung

>> Frau Kurz ist eine der Patientenbegleiterinnen der Bosch BKK in Ludwigsburg bei Stuttgart. Sie findet am Montagmorgen in der eigens für das Modellprojekt programmierten Datenbank die Krankenhaus-Aufnahmemeldung für den 76-jährigen, bei der Bosch BKK versicherten Franz W.*

Die Patientenbegleiterin verschafft sich einen Überblick über die Aufnahmediagnose, die Krankenhistorie und den bisherigen Leistungsbedarf des Patienten aus dem Datenbestand der BKK. Dabei findet sie folgendes heraus:

- Der ältere Herr hatte vor sechs Monaten einen Schlaganfall erlitten,
- außerdem sind Herzrhythmusstörungen,
- Diabetes
- und seit kurzem ist auch eine offene Wunde infolge eines Sturzes bekannt.

Zusammen mit dieser jüngsten Diagnose weist die Aufnahmemeldung mit einem Volumenmangel (Austrocknung) noch einen weiteren Hinweis auf eine mögliche unzureichende Pflege im häuslichen Umfeld auf. Insgesamt war Franz W. in den vergangenen sechs Monaten viermal im Krankenhaus.

Erster Kontakt

Die Patientenbegleiterin sucht Herrn W. im Krankenhaus auf. Dort trifft sie auch die 75-jährige Ehefrau und stellt sich und ihre Arbeit vor. Mit dem Einverständnis des Ehepaares beginnt sie, die weitere gesundheitliche Versorgung zu planen. Dabei entwirft sie einen Hilfeplan, mit den folgenden Zielsetzungen: Die Mobilität des halbseitig bewegungseingeschränkten Patienten soll nach dessen individuellen Möglichkeiten erhalten und gefördert werden. Im kon-

kreten Fall heißt dies, dass die Transfers eigenständig zu Hause erfolgen sollen.

Enge Kooperation mit Leistungserbringern

Eine Rehabilitationsmaßnahme wird mit der Stationsärztin diskutiert, aber auf Patientenwunsch nicht durchgeführt. Stattdessen wird eine Physiotherapeutin, die Hausbesuche macht, über diese Zielsetzungen informiert und um Unterstützung gebeten.

Wie die meisten Senioren möchte auch Herr W. so lange wie möglich und so gut wie möglich in den eigenen vier Wänden zurechtkommen. Frau Kurz berät ihn entsprechend der Gegebenheiten in seiner Wohnung über die Verwendung eines Rollators und weiterer Hilfsmittel.

Klar ist auch, dass es eine grundpflegerische Versorgung geben muss, daher bemüht sie sich um eine rasche Pflegeeinstufung, die aus verschiedenen Gründen bisher unterblieb. U.a. an dieser Tatsache wird die bisherige organisatorische Überforderung des familiären, aber auch des professionellen Umfelds des Patienten erkennbar. Ein ambulanter Pflegedienst muss gefunden und zur Unterstützung der Ehefrau mindestens einmal pro Tag aktiv werden, da sie die Pflege nicht mehr alleine bewältigen kann.

Ein weiteres Problem stellt die regelmäßige chirurgische Wundversorgung der offenen Wunde dar. Es gelingt Frau Kurz nach einigen Versuchen, einen Chirurgen zu finden, der Hausbesuche wahrnimmt, weil die Wohnung der Eheleute auf seinem Heimweg von der Praxis liegt.

Der Sohn übernimmt die Medikamentengabe, nachdem diesbezügliche Unsicherheiten durch eine individuelle Schulung für



pfliegende Angehörige ausgeräumt werden konnten. Die Patientenbegleiterin überzeugt ferner die Eheleute nach einem weiteren Sturz, sich eines Teppichs zu entledigen, der sich als Stolperfalle erwiesen hat.

Interventionszeitraum: 3 Monate

Frau Kurz begleitete den Fall des Franz W. über einen Zeitraum von insgesamt rund 3 Monaten. Dabei machte sie mehrere Hausbesuche, führt eine sogenannte Helferkonferenz mit dem Hausarzt, dem Chirurgen und den Angehörigen durch, bei der gemeinsam offene Fragen der Versorgung geklärt werden konnten. Schließlich hat sich die Versorgungssituation ausreichend stabilisiert. Alle Angehörigen, Ärzte und Dienstleister haben in eine belastbare Routine gefunden.

Fazit

Die Herausforderung bestand in diesem Fall in der Organisation und Koordination vieler Einzelmaßnahmen, die das Leben des Rentner-Ehepaares und des familiären Umfelds erleichtert haben. Auch die professionelle Un-

terstützung durch die Ärzte wurde konsequent etabliert. Im Beobachtungszeitraum von nunmehr einem Jahr war Herr W. noch einmal für zwei Wochen in stationärer Behandlung. Dieses Mal jedoch nicht als Notfall oder aus sozialer Indikation wegen häuslicher Versorgungsdefizite. Diese Hospitalisierung erfolgte vielmehr zur Einstellung einer bislang unzureichend therapierten diabetischen Stoffwechsellaage. Dadurch konnte auch die Wundheilung positiv beeinflusst werden.

Wenn Frau Kurz mit den Beteiligten Bilanz zieht, hat sich ihr Einsatz gelohnt, denn sie hat die gesundheitliche Lage des Patienten verbessert und durch gezielte Maßnahmen die Versorgungseffizienz erhöht. Indem sie die notwendigen Maßnahmen begleitet hat, hat sie für Sicherheit und Verlässlichkeit gesorgt. Außerdem hat sie die beteiligten Akteure vernetzt.

Diese wissen nun voneinander und sind besser darüber im Bilde, was im Sinne der Versorgung von Franz W. geschieht und warum. << von: Dr. Katja Wimmer*

* Abteilungsleiterin Versorgungsmanagement/Patientenbegleitung der Bosch BKK

„Vertrauen“

>> Seit Beginn der Selbstverwaltung im Gesundheitssystem gibt es einen Dissens, verbunden mit Beton-Lobbyismus und tiefstem Misstrauen. Kein Wunder, dass auch der „Homo medicus“ erst einmal wieder lernen muss zu vertrauen. „Vertrauen und Kommunikation sind das A und O“, sagt Bernhard Mohr. Der Vorstand der Bosch BKK hat mit der Patientenbegleitung ein Case-Management-Projekt aufgesetzt und mit einer wissenschaftlichen Studie gleich bewiesen, dass dieser Ansatz nicht nur von der qualitativen Seite her

ein Erfolg ist, sondern auch von der ökonomischen. Doch war dieser Erfolg nur möglich, weil die Kasse mit kleinen Projekten angefangen hat, die mehr vertrauensbildende Maßnahmen als gleich die großen Steuerungsansätze waren.

Warum das so wichtig war, erklärte ein Arzt bei der Vorstellung der Studie: Weil Ärzte und Kassen in der kollektiven Vertragswelt bisher nur über Regressformulare kommunizierten! Und das baut kein Verständnis oder Miteinander auf. << Ihr

Peter Stegmaier
Herausgeber vm-k



Studien & News

>> Der sich abzeichnende Fachkräftemangel im Gesundheitswesen macht einen grundlegenden Umbau des Systems unvermeidlich. Bereits 2020 werden in Deutschland nach Vollzeitstellen berechnet fast 56.000 Ärzte sowie 140.000 Pflege- und andere nicht-ärztliche Fachkräfte fehlen. Bis 2030 droht die Personallücke in der Gesundheitsversorgung sogar auf über 950.000 Fachkräfte anzuwachsen. Das und noch mehr geht aus einer gemeinsamen Studie der Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft PwC und des Darmstädter WifOR-Instituts, einer Ausgründung des Lehrstuhls von Prof. Bert Rürup, hervor. Dabei sei der Personalbedarf in der Altenpflege in diesen Zahlen noch nicht einmal berücksichtigt. Und ohne Reformen blieben vier von zehn Arztstellen unbesetzt. <<

>> Hausärzterverband Baden-Württemberg, MEDI Baden-Württemberg und der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) haben sich auf ein gemeinsames Vorgehen im Umgang mit der

Ärzte misstrauen Fehler-Reportingsystemen

>> Ärzte sind Fehler-Melde-Systemen (CIRS, Critical Incident Reporting-System) gegenüber misstrauisch. In der Studie „Qualitätsmanagement und Patientensicherheit in der ärztlichen Praxis

hausarztzentrierten Versorgung (HZV) geeinigt. Moderiert wurde der Prozess vom Sozialministerium in Stuttgart.

Das entsprechende Konsenspapier bestätigt, dass der gesundheitliche Zustand der Kinder und Jugendlichen in Baden-Württemberg im nationalen und internationalen Vergleich sehr gut ist. Deshalb wird an der erfolgreichen dualen Versorgung festgehalten. Zudem enthält das Papier die gegenseitige Verpflichtung zum fairen Umgang miteinander – insbesondere im Bereich der Information und Beratung zur Einschreibung in die HZV-Verträge. <<

>> Studien zeigen einen engen Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand und der Gesundheit. Je höher der Bildungsstand, desto stärker das Interesse an gesundheitlichen Themen wie Ernährung, Bewegung und gesundheitsbewusstem Verhalten. „Wir brauchen eine breite gesellschaftliche Diskussion, ob bereits in der Schule das Thema „Gesundheit“ umfassend angeboten werden sollte, um dadurch die Grundlage für eine gesündere Lebensweise zu legen.

2010“ der Stiftung Gesundheit erhält kein potenzieller CIRS-Träger gute Noten. Die Befragten vertrauen Unis am meisten. Danach kommen die Träger nicht-kommerzieller Einrichtungen und NGOs. <<

Das wiederum hätte positive Auswirkungen auf die Ausgaben im Gesundheitswesen insgesamt“, forderte Rainer Holldorf, Sprecher des Teltower Kreises, auf einem Symposium zum Thema Bildung und Gesundheit in Berlin. Durch eine möglichst frühzeitige Beschäftigung mit dem Thema „Gesundheit“ könnten Kinder und Jugendliche ein gesundheitsbewusstes Verhalten erlernen und somit Gesundheitsrisiken eher vermieden werden, so Holldorf. <<

>> Die Ärzte in Deutschland bewerten ihre wirtschaftliche Lage und die Perspektive für die kommenden sechs Monate weiterhin ungünstig. Das ergibt der Medizinklimaindex (MKI) Herbst 2010 mit einem Wert von -15,0. Im Vergleich zum MKI vom Frühjahr 2010 mit -18,5 und Herbst 2009 mit -21,7 zeigt sich jedoch eine weitere Aufhellung des Klimas, gleichwohl noch im negativen Bereich.

Ihre aktuelle wirtschaftliche Lage schätzen 26,9 Prozent der niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und Psychologischen Psychotherapeuten positiv ein, 53,5 Prozent als zufriedenstellend und 19,7 Prozent als schlecht. 42,4 Prozent erwarten, dass sich ihre wirtschaftliche Lage in den kommenden sechs Monaten verschlechtern wird. Nur 5,2 Prozent rechnen mit einer Verbesserung.

Deutliche Unterschiede bestehen zwischen den Fachgruppen: Der MKI nur für Ärzte liegt bei -25,3. <<

Impressum versorgungsmanagement kompakt - Entscheiderinformationen für Leistungsträger

versorgungsmanagement kompakt
Entscheiderinformationen für Leistungsträger
2. Jahrgang

Herausgeber
Peter Stegmaier, Bonn
stegmaier@vm-k.de

Chefredaktion
Peter Stegmaier (verantw. Redakt.)
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-7638280-0
Fax +49-(0)228-7638280-1
stegmaier@vm-k.de

Redaktion
Olga Gnedina
gnedina@vm-k.de
Verlag
eRelation AG - Content in Health
Vorstand: Peter Stegmaier
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
www.erelation.org
mail@erelation.org
Verlagsleitung
Peter Stegmaier
Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo
Anke Heiser (verantwortlich für den Anzeigenteil)
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-7638280-0

Fax +49-(0)228-7638280-1
heiser@vm-k.de
Marketing
Boris Herfurth
herfurth@vm-k.de

Abonnement
„versorgungsmanagement kompakt“ erscheint unterschiedlich oft pro Jahr. Der Preis für ein Jahresabonnement beträgt 60 EUR. Jahresvorzugspreis für Studenten gegen Vorlage einer Immatrikulationsbescheinigung 45 EUR. Die genannten Preise verstehen sich zzgl. Versandkosten: Inland 9,21 EUR; Ausland 36 EUR.

Preisänderungen vorbehalten. Die Abonnementdauer beträgt ein Jahr. Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht spätestens sechs Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres schriftlich gekündigt wird.
Layout
eRelation AG, Bonn
Druck
Kössinger AG
Fruehaufstraße 21
84069 Schierling
info@koessinger.de
Tel +49-(0)9451-499124
Fax +49-(0)9451-499101

Printed in Germany
Urheber- und Verlagsrecht
Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskripts gehen das Recht zur Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten

Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. In der unaufgeforderten Zusendung von Beiträgen und Informationen an den Verlag liegt das jederzeit widerrufliche Einverständnis, die zugesandten Beiträge bzw. Informationen in Datenbanken einzustellen, die vom Verlag oder Dritten geführt werden.
Auflage
mehr als 1.000 Exemplare
Leserzielgruppe
Entscheider in Krankenkassen
Portal
www.vm-k.de