

Fachtagung „Bessere Versorgung, die sich rechnet“

02.11.2010, Berlin

Vortrag Bernhard Mohr, Vorstand der Bosch BKK:

Weiterentwicklung der Patientenbegleitung zu einer integrierten Versorgungssteuerung

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst möchte ich mich bei den Herren Prof. Löcherbach und Macsenaere für die Arbeit bedanken, die sie gemeinsam mit ihren Mitarbeitern für uns erbracht haben – und hier möchte ich Herrn Arnold besonders herausheben. Mein Dank geht sodann an alle Mitglieder des Fachbeirats, die das Projekt mit ihrem Wissen begleitet haben. Besonders bedanken möchte ich mich auch bei Herrn Brennenstuhl, Vorstand der Daimler BKK, der es ermöglicht hat, dass wir eine adäquate Kontrollgruppe hatten. Und mein letzter Dank geht an den Hausherrn hier in der Bosch-Repräsentanz in Berlin. Herr Dr. Biesenbach hat zusammen mit seiner Mitarbeiterin – Frau Große-Wilde – uns den Weg zu dieser Veranstaltung geebnet.

Meine Damen und Herren: Als wir das Projekt begannen, waren wir uns nicht sicher, dass unser zunächst mit Verträgen abgesichertes „Pflänzchen von Zusammenarbeit“ mit Ärzten und Kliniken über einen Zeitraum von fast vier Jahren leben wird. Wir sind ja eine verhältnismäßig kleine Kasse mit rund 140 000 Mitgliedern. Wären andere Kassen mit hohen Marktanteilen und guten Vorschlägen gekommen, hätte 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 der Verwaltungsaufwand war so minimiert, dass praktisch alles über ein Formular abgewickelt werden konnte. Die Teilnahme- und Datenschutzerklärung des Versicherten sowie die Abrechnung des Arztes waren auf einem Blatt zusammengefasst.

Warum waren wir überhaupt darauf aus, freiwillig Verträge mit unterschiedlichen Ärzteorganisationen und Kliniken abzuschließen? Einfach deshalb, weil wir zuvor über

einen Zeitraum von rund zwei Jahren im Oberallgäu und im Großraum Stuttgart mit der Patientenbegleitung gute Erfahrungen gesammelt hatten. Diese deuteten darauf hin, dass mit strukturierten Vorgehensweisen Qualitätsverbesserungen in der Versorgung sowie Einsparungen bei Leistungsausgaben erzielbar erschienen. Die Kompetenz zum Abschluss von Verträgen hatten wir ja erst vom 01.04.2007 an. Zuvor waren nur integrierte Versorgungsformen möglich, die Kassen in eingeschränkter Form vor allem für Krankheiten mit der Notwendigkeit anschließender Rehabilitation nutzten, ohne dass hierfür eine besondere Steuerung notwendig war.

Bei unseren Projekten hatten zunächst eine Vielzahl von Ärzten und in den Krankenhäusern vor allem die Sozialdienste Vorbehalte. Man bezweifelte die Qualifikation unserer Mitarbeiter und die Notwendigkeit zum Handeln. Selbst hatte man allerdings auch keine Möglichkeiten, die häusliche Versorgung in allen Einzelheiten zu regeln. Argumente, dass hier etwas im Argen liegen könnte, waren nicht auf die Seite zu wischen. Deshalb duldete man anfänglich die Aktivitäten und stellte erst mit der Zeit durch die Zufriedenheit der Patienten die Sinnhaftigkeit unseres Vorgehens fest. Heute ist die Patientenbegleitung etabliert. Sie bedarf allerdings der ständigen Optimierung. Auch die Supervision der Mitarbeiter ist ein Thema, das durch die vorgefundenen Situationen im häuslichen Bereich in ihrer Notwendigkeit ausgelöst wird. Bisher hatten wir hier in der Weiterbildung der Mitarbeiter Hilfe durch die Pflegeschule des Robert-Bosch-Krankenhauses, von Sanitätshäusern und auch Hospizen im Großraum Stuttgart. Notwendig wäre allerdings eine strukturierte Weiterbildung. Frau Dr. Wimmer hat hier als Ärztin bei uns sehr gute Arbeit geleistet. Vor allem ihr gilt im Hinblick auf die Verwirklichung des Projekts mein Dank.

Aber neben dieser Arbeit mit den Patienten und ihren Angehörigen war noch ein anderer Aspekt wichtig: Wir konnten den teilnehmenden Ärzten in Informationsveranstaltungen vermitteln, dass langfristig nur dann zusätzliches Geld an sie fließen kann, wenn sich auch der Aufwand für die Kasse lohnt. Ohne diese Erkenntnis hätten sie – und dessen bin ich mir bewusst – nicht derart überzeugt mit uns zusammengearbeitet. Das heißt: Unser Projekt war auch von einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit geprägt. In der Folgezeit übernahmen dann regionale Lenkungsgruppen diese aufklärerische Arbeit und optimierten die Abläufe durch ständige Hinweise. Außendienstmitarbeiter der Kasse begleiteten den Prozess, in dem sie die teilnehmenden Praxen

und Krankenhäuser aufsuchten und Irritationen sowie auftretende Schwierigkeiten (z.B. bei der Abrechnung) schon im Ansatz beseitigten. Der Außendienst unter Leitung meines Stellvertreters, Herrn Pferdt, hat hier sehr gut funktioniert. Auch dahin geht mein besonderer Dank.

An dieser Stelle möchte ich nochmals die sechs Schritte beleuchten, die wir gegangen sind und die meines Erachtens entscheidend für den Erfolg unseres Projektes waren:

Erstens haben wir auf Grund unseres Datenmaterials und vorliegender Erkenntnisse über Steuerungs- und Einsparmöglichkeiten die von uns anzugehenden Fälle definiert. Wir haben dann **zweitens** Ideen entwickelt, wie die Versorgung der Versicherten beeinflusst werden kann. Der **dritte** Schritt war, abzuschätzen, welche Ideen überhaupt Chancen haben in der Verwirklichung mit unseren Partnern. Dabei wurde uns sehr schnell bewusst, dass wir nur auf Vertrauen setzen konnten und nicht auf Vorgaben oder gar Verpflichtungen. Hierzu wären sowohl die Ärzte wie auch Kliniken trotz erhöhter Honorare nicht bereit gewesen. Für die geringe Anzahl von Fällen lohnte es für sie nicht, die Abläufe in den Praxen oder den Stationen auf unsere Wünsche auszurichten. Vereinfacht ausgedrückt und letztlich auch so kommuniziert: Wir mussten Geld in der Hoffnung geben, mehr Zeit für unsere Patienten zu bekommen. Der **vierte** Schritt war dann die Investitionsentscheidung und Risikobewertung im Zusammenhang mit den jetzt möglich gewordenen Abschlüssen. Uns war klar, dass wir zur Verwirklichung unseres Projekts weiteres Personal aufbauen mussten. Auch die Anschaffung von Firmenfahrzeugen war nötig. Bei der IT gab es keine Lösungen, die uns weiterhelfen konnten. Wir hatten das Glück über einen Mitarbeiter zu verfügen, der uns eine interne Lösung auf Access-Basis stricken konnte. Aber all diese Entscheidungen waren nichts gegen die neue Ausrichtung als Kasse, die sich verstärkt im regionalen Bezug um ihre Versicherten kümmert. Hierzu brauchten wir auch eine neue Akzeptanz unserer Versicherten. Diese mussten die Vorteile erkennen und um das Projekt spürbar zu machen, sich in größerer Zahl im Vertrauen auf die Richtigkeit unseres Vorgehens einschreiben. Der Verzicht auf die Praxisgebühr war ein Mittel zu dieser Überzeugungsbildung. Wir berechneten letztlich unser Risiko mit rund 0,2 Beitragssatzpunkten, die wir auch in die Haushaltsplanung einstellten.

Mein Dank gilt der Selbstverwaltung, die diese neue Ausrichtung und Investitionsentscheidung mitgetragen hat.

Auch der Abschluss der Verträge als **fünfter** Schritt unseres Vorgehens war bemerkenswert. Es gelang 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 Brotterode (das liegt in Südthüringen) zu inhaltsgleichen Verträgen zu kommen. Unsere Schwerpunktkliniken in diesen Regionen schlossen sich an. Darunter auch das Universitätsklinikum im Saarland, das in Homburg angesiedelt ist. Letztlich beteiligten sich bundesweit rund 2 400 niedergelassene Ärzte, 15 Krankenhäuser und 50 000 Versicherte.

Die Ergebnisse kennen Sie. Wenn ich unterstelle, dass unsere rund 3 000 jährlich abgearbeiteten Fälle der Patientenbegleitung auch nur die Hälfte des Vorteils von 2 500 EUR je Jahr bringen, die die wissenschaftliche Begleitung nachgewiesen hat, so hat sich dennoch das Projekt für uns gelohnt. Denn rund 3,7 Mio. EUR im Jahr an Einsparungen haben unsere Investitionen in Honorare (rund 1,6 Mio. EUR), den Verzicht auf die Praxisgebühr (rund 1,1 Mio. EUR) sowie den Personal- und Sachaufwand (rund 1,0 Mio. EUR) gedeckt.

Welche Effekte sind darüber hinaus eingetreten? Hierüber liegen mir derzeit nur unzureichende Erkenntnisse vor. 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 jedoch – wie bei anderen Kassen – durch eine adäquate Kodierung von Krankheiten bewerkstelligt haben. Ob die verbesserte Mitgliederentwicklung für uns von Vorteil ist, wird sich erst mittelfristig zeigen. Es könnte sehr wohl sein, dass unsere Programme schwerkranke Patienten angelockt haben, aber unter den Bedingungen des Morbi-RSA muss dies nicht zwingend von Nachteil sein. Unser Controlling wird im **sechsten** Schritt unseres Vorgehens deshalb sehr genau auch auf diese Einflussfaktoren achten. Aus den Erkenntnissen werden wir unsere weiteren Maßnahmen ableiten.

Wie geht es weiter? In Baden-Württemberg und Bayern sind die bisher geltenden Verträge zwischenzeitlich durch freiwillige Vereinbarungen (nicht Schiedssprüche) zur hausarztzentrierten Versorgung abgelöst. Nur noch in den Regionen Homburg/Saar, Hildesheim und Brothertode bestehen für uns sogenannte Alt-Verträge. Die Fortführung der Patientenbegleitung ist zwar der Kasse 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 der Bosch BKK entfallen ist. Deshalb versuchen wir derzeit in der Weiterentwicklung unserer Ansätze weitere Patientengruppen mit hohem Steuerungspotenzial mit besonderen Versorgungsformen anzugehen. Sogenannte fachliche Koordinatoren, die wohl überwiegend im stationären Bereich angesiedelt sein müssen, weil nach unseren Erkenntnissen im niedergelassenen Bereich insoweit nur schwer Einvernehmen zu erzielen ist, sollen mit außerbudgetären Vergütungen die Patienten in den niedergelassenen Bereich einsteuern. Die Patientenbegleitung soll in diesen Fällen zwingend sein. Es sind klare Versorgungsziele zu 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. Für psychisch kranke Patienten kann es wichtig sein zu entscheiden, ob eine Psychotherapie und/oder medikamentöse Behandlung der richtige Weg ist.

Auch diese Projekte müssen sich kurz- oder zumindest mittelfristig rechnen. Die Bosch BKK wird mit Investitionen auch hier zunächst in Vorleistung gehen. Für den Erfolg 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 ist klar: Mit als notwendig erachteten Einsparungen muss man leben können, auch wenn sie einen selbst betreffen. Die Kunst liegt in der richtigen Austarierung. Und dies ist meines Erachtens in einer regionalen Ausrichtung der Gesundheitsversorgung noch möglich, wenn alle Beteiligten hierin noch ihren Platz finden.

Ich weiß, dass derzeit in einer Vielzahl von Veranstaltungen diese Frage, wie Gesundheitsversorgung künftig organisiert werden soll, diskutiert wird. Alle dort auftre-

tenden Referenten betonen, wie wichtig es sei, hier Regelungen zu finden. Beispielsweise seien die Kommunen und Landkreise gefordert, vor allem für Hausärzte Anreizsysteme zu schaffen, um sich niederzulassen und altershalber ausscheidende Kollegen zu ersetzen. Verlangt wird noch mehr Geld, das jetzt zu investieren sei. Dabei muss man jedoch bedenken, dass wir derzeit noch viel zu viel niedergelassene Ärzte haben und sich der Arztberuf z. B. unter Einbeziehung qualifizierter Fachkräfte der Pflege und der Hilfsmittelversorgung noch weiterentwickeln wird. Die Bevölkerung wird deutlich zurückgehen und sich nach allen Prognosen in den Städten konzentrieren. Was ich damit sagen will: Bei dieser Komplexität und unterschiedlicher Interessenlage wird Planwirtschaft durch Kassenärztliche Vereinigungen oder die Politik keine Chance haben. So wie die Bürger beispielsweise bei Stuttgart 21 aufstehen, werden sie es nicht zulassen, dass man ohne ihre Beteiligung eine Gesundheitsversorgung über ihre Köpfe hinweg plant. Auch die Krankenkassen werden diese, sich derzeit zügig verändernde Welt, verstehen müssen. Wenn sie nicht Versorgung entsprechend der Wünsche ihrer Versicherten gestalten, werden ihnen diese davonlaufen, davon bin ich fest überzeugt. Übergeordnet wird man daher nur noch das Minimum an Versorgung regeln können. Nur insoweit sind deshalb meines Erachtens auch noch Kassenärztliche Vereinigungen und die Politik gefordert. Die eigentlichen Player müssen die Krankenkassen sein, deren Versicherte die von ihnen für richtig gehaltene Versorgung bezahlen. Und zwar zu einem vernünftigen Preis, den die Krankenkassen mit den Leistungserbringern vereinbaren müssen.

Vor diesem Hintergrund bestehen derzeit bei den Kassen vor allem Defizite durch die unzureichende Nutzung der gesetzlichen Möglichkeiten zum Abschluss von Selektivverträgen. Nach meiner Überzeugung ist bisher nur die AOK Baden-Württemberg hier auf dem richtigen Weg. Auch wir sind hierfür jedenfalls zu klein und benötigen Kooperationspartner.

Aber auch die Leistungserbringer haben noch nicht ausreichend erkannt, dass sie nur Verlierer sein können, wenn sie sich nicht selbst um die Effektivität bemühen. Die jetzigen Änderungen des § 73 b SGB V sind insoweit nur ein Warnschuss.

Die Politik macht aus meiner Sicht den Fehler, wegen der ihres Erachtens unzureichenden Nutzung von Selektivverträgen frühzeitig die Flinte ins Korn zu werfen.

Rund 3 ½ 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.

Da Verbandsvertreter hier im Raum sind, will ich dies mit einem Beispiel kurz erläutern: Als sich Ende der 90er Jahre Betriebskrankenkassen öffneten und in großer Anzahl Mitglieder gewannen, gingen die Arzthonorare durch die niedrigen Kopfpauschalen dieser sogenannten Wachstumskassen zurück. Um dem entgegenzuwirken, vereinbarten Kassenärztliche Vereinigungen und BKK-Landesverbände im wohlverstandenen Systeminteresse sogenannte Ausbudgetierungen von Leistungen, die die Kassen mit höherer Morbidität zu bezahlen hatten. Wir verloren so Mitglieder und zahlten zudem noch die Zeche.

Was müssen wir meines Erachtens aus der Geschichte lernen: Wir sollten erstens mit den uns gegebenen Möglichkeiten – und dieser Appell geht vor allem an meine Vorstandskollegen – vor allem im regionalen Bezug die Versorgung für unsere Versicherten verbessern, bezahlbar machen und auch langfristig sichern. Wir sollten dann zweitens auch wieder mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und auch unseren Verbänden auf neuer Basis zusammenarbeiten, um gemeinsam die Akzeptanz für diese Versorgung zu erhöhen. Dabei darf es nicht um den Schutz alter Pfründe gehen. In Bayern, dem Saarland und in Rheinland-Pfalz haben wir so bereits für unsere Verträge Dienstleistungsvereinbarungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen. Diese neue Form von Zusammenarbeit gilt es fortzusetzen.

Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit.