



Die Referenten und Moderatoren des 4. Krankenkassensymposiums, v.li. n.re.: Stefan Attenbrunner, Horst-Günter Bohnenkamp (4sigma), Prof. Dr. med Michael Schütte, Prof. Dr. Helmut Vedder, Dr. med Hanna Kirchner, Dr. Christian Graf und Martin Fuchs (ICW)

### 4. Krankenkassensymposium, veranstaltet von ICW und 4sigma:

## Effektive Vernetzung gefragt

Welche Bedeutung haben Patientencoaching, Disease-Management, Telemedizin und eHealth für das ganzheitliche Versorgungsmanagement von morgen? Und vor welchen Herausforderungen stehen die Krankenkassen? Diese Fragen standen im Zentrum des 4. Krankenkassensymposiums, das dieses Jahr unter dem Motto „Ganzheitliches Versorgungsmanagement - Herausforderungen in Zeiten des Wandels“ stand. Experten aus Forschung und Praxis beleuchteten das Thema aus verschiedenen Blickwinkeln und präsentierten neue Lösungsansätze.

>> Prof. Dr. med. Michael Schütte, **Fachhochschule für Ökonomie und Management**, Essen, machte in seinem Vortrag „Integrierendes Prozessmanagement und der Aufbau neuer Versorgungsformen“ die Notwendigkeit zur integrierten Versorgung an drei Fakten fest. Da wäre zum einen die demografische Entwicklung in Deutschland zu nennen: Bis zum Jahr 2050 werde der Anteil der über 67-Jährigen um 55,3 Prozent ansteigen, so Prof. Schütte. „Entsprechend wird sich auch die Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung nach SGB XI im Vergleichszeitraum verändern.“ War im Jahr 2000 noch jeder 41. Einwohner pflegebedürftig, wird 2020 bereits jeder 28. Einwohner Deutschlands gepflegt werden müssen. „Im Jahr 2050 hingegen wird jeder 16. Einwohner pflegebedürftig sein“,

erklärte Schütte.

Auch die Kosten zur Behandlung chronischer Krankheiten werden neuesten Prognosen zufolge weiter ansteigen. So werden die chronischen Krankheiten das Gesundheitswesen bis zum Jahr 2035 mit voraussichtlich 180 Milliarden Euro belasten. Zahlen, die nach Einschätzung von Prof. Schütte, für sich sprechen. Die Erkenntnis allein, dass Anstrengungen notwendig sind, genüge jedoch keineswegs. Als historisches Negativbeispiel des Erkenntnisgewinns ohne notwendige Handlungen folgen zu lassen, führte Schütte einen Satz des französischen Königs Ludwig XVI. an, den dieser auf dem Weg zum Schafott sagte: „Das alles habe ich seit 10 Jahren kommen sehen. Wie kam es nur, dass ich

nicht daran glauben wollte?“

Schütte führte weiter aus: „Die gesetzlichen Grundlagen für integrierte Versorgungsformen sind bereits gegeben.“ Auf dieser Basis könnten Modelle zum Aufbau neuer Managementprozesse entwickelt werden. Doch was heißt eigentlich „integriertes Prozessmanagement“? Laut Michael Schüttes Definition versuche „integrierendes Prozess-Management mit vorhandenen Mitteln mit Anwendung von Managementinstrumenten ein integriertes Betreuungsangebot bedürfnis- und bedarfsorientiert in angemessener Qualität und Kontinuität zu gewährleisten“. Konkret heißt das: „Vorhandene Ressourcen müssen in Nutzen für Patienten umgebaut werden.“ Dabei betonte Schütte die Bedeutung von Transparenz,

**SCHWERPUNKT:**  
4. Krankenkassensymposium von ICW und 4sigma

> S. 1-4

### Terminspeigel Oktober / November 2009

Datum	Wer	Ort
14.10.	Progenerika	Berlin
22.10.	Iges	Berlin
23./23.10	DGIV	Berlin
6.11.	Albertinen	Hamburg
23./24.11	spektrum K	Berlin
23./24.11	Handelblatt	Berlin
27./28.11	DVGPH	Dresden

In dieser Ausgabe vorgestellte und von „versorgungsmanagement kompakt“ (vm-k) empfohlene Termine.

permanenter Optimierung und kontinuierlicher Kommunikation zwischen allen Beteiligten innerhalb des Managementprozesses. Last but not least spiele auch die gegenseitige „achtsame Wertschätzung“ eine maßgebliche Rolle für den Erfolg.

### BARMER-Studie zur eGK

Erste Forschungsergebnisse der eBarmer Gesundheitsakte präsentieren Dr. Christian Graf, Abteilungsleiter Gesundheits-/Versorgungsmanagement der **BARMER**, und Dr. med. Hanna Kirchner, Barmer Forschungsvorhaben eGA. Gestartet wurde das Forschungsprojekt im August 2007 und das Ende ist für August 2010 vorgesehen. Im Zentrum der Untersuchung standen die Fragen: „Welchen Beitrag kön-

nen elektronische Gesundheitsakten auf die Versorgung leisten?“. Und: „Wie bewerten Versicherte und Nutzer diese neuen Technologien?“ 96 Prozent der Versichertenbefragten sind der Auffassung, dass die elektronische Gesundheitsakte (eGA) die Behandlungssicherheit in Notfallsituationen erhöht. 95 Prozent derjenigen, die die Gesundheitsakte bereits nutzen, sehen vor allem Chancen darin, dass sie Untersuchungen bzw. Behandlungen besser nachvollziehen können und für 93 Prozent liegen die Möglichkeiten darin, „mehr eigene Kontrolle“ zu haben.

Betrachtet man die Versicherten in der Befragung, so schätzen chronisch Kranke die Chancen einer eGA höher ein als nicht chronisch kranke Personen. Interessanterweise schätzen Probanden mit Zugang zum Internet die Chancen einer eGA geringer ein, als Probanden, die keinen Internetzugang haben.

Auch werden die Chancen einer eGA mit zunehmendem Alter höher bewertet. Als Barrieren, die gegen die Verwendung einer elektronischen Gesundheitsakte sprechen würden, nennen 81,3 Prozent der befragten Versicherten Datenunsicherheit und Sorge um unberechtigten Zugriff auf die Akte. Außerdem erwarten 64,9 Prozent der Versicherten, dass die Gesundheitsakte kostenlos sein sollte. Die Werbefreiheit für die Akzeptanz einer eGA ist 66 Prozent der Nutzer sehr wichtig. Auch der mögliche Einfluss der eGA auf das Arzt-Patientenverhältnis wurde unter den Nutzern abgefragt: So sind 62 Prozent der Ansicht, dass sie beim Arzt „besser Probleme ansprechen können“. Und 61,4 Prozent sagen, dass sie sich besser in der Lage fühlen, mit ihrem Arzt über ihre Krankheit zu sprechen.

Wichtig ist nach Einschätzung von Graf, dass „die derzeitigen Forschungserkenntnisse im Gesamtkontext betrachtet werden“. Unbedingt notwendig sei die Implementierung von Leistungserbringerdaten. Außerdem müssten die Schnittstellen für den Da-

transfer genau definiert und die Wünsche der Patienten noch stärker berücksichtigt werden. Graf's Schlussfazit war sogleich als Appell an die Politik zu ver-

stehen: „Die Beschleunigung der gematik-Prozesse ist eine zwingende Voraussetzung u.a. für die flächendeckende Verbreitung von Gesundheitsakten.“ <<

**Kurz-Interview: Horst-Günter Bohnenkamp, Geschäftsführer 4sigma:**

## „Coaching verhindert stationäre Aufenthalte“

>> **Sehr geehrter Herr Bohnenkamp, Erfahrungen aus Amerika USA zeigen, dass 65 bis 80 Prozent der chronisch Erkrankten ihre Krankheit weitgehend selbst managen können. Wie lauten Ihre Erfahrungen aus Deutschland?**

Die 4sigma GmbH entwickelt und realisiert seit über zehn Jahren Programme zur Betreuung chronisch kranker Menschen. Unsere langjährige Erfahrung zeigt: Mit einer gezielten Unterstützung per Telefon können Chroniker lernen, die Krankheit besser zu kontrollieren und trotz und mit ihr ein selbstbestimmtes Leben führen. Bevor der Patient jedoch „Manager“ seiner Erkrankung sein kann, muss er zum „Experten“ seiner Krankheit werden. Er benötigt Beratung, Motivation und Information, die seine individuellen Bedürfnisse aufgreifen. Denn nur wer die Konsequenzen des eigenen Handelns sowie die Ziele der Therapie versteht, ist bereit und fähig, einen aktiven Beitrag für mehr Gesundheit und Lebensqualität zu leisten. Hier setzen unsere telefonischen Betreuungskonzepte an – nach dem Motto „Hilfe zur Selbsthilfe“.

**Mit dem Ansatz des telefonbasierten Patientencoachings will ihr Unternehmen - wie auf dem 4. Krankenkassensymposium deutlich wurde - für alle Beteiligten eine Win-Win-Situation schaffen. Was bringt die per Telefon geleistete Beratung denn?**

Chroniker haben ein besonderes Bedürfnis nach Aufklärung und individueller Ansprache. Durch ein gezieltes Gesundheitscoaching und das regelmäßige persönliche Gespräch mit dem Berater kommen sie nachweislich besser mit der Erkrankung zurecht und können auch die ärztliche Therapie aktiver unterstützen. Die Zahlen unseres Pilotprojekts mit der CityBKK bestätigten dies: Nach einem Jahr stieg der Anteil der Teilnehmer, die ihre Krankheit regelmäßig selbst managten, um 23 Prozent, der Anteil derer, die auch mit Notfallsituationen sicher umgehen konnten, um etwa 30 Prozent. Auch hinsichtlich der Compliance und medizinischer Parameter zahlten sich die telefonischen Interventionen aus: Nach 12 Monaten konnten wir bezüglich einer regelmäßigen Medikamenteneinnahme eine Verbesserung um 24 Prozent verbuchen, fast die Hälfte der Patienten verlor an Gewicht und 57 Prozent berichteten, ihr Ernährungs- und Bewe-

ungsverhalten positiv verändert zu haben.

**Eine Frage ist immer die Finanzierung und der Return-on-Invest eines derartigen Coachings. Mit der City BKK startete ihr Unternehmen Anfang 2008 das Modellprojekt „Patientencoaching“. Welche Einsparungen - gemessen zum Beispiel aus Krankenhausaufenthalten und -kosten konnten erzielt werden? Und: Wie sieht die Bilanz unterm Strich aus?**

Das Konzept des Patientencoaching schafft eine echte Win-Win-Situation: Mit der individuellen Beratung hilft die Kasse ihren Versicherten dabei, besser mit der Erkrankung zu leben und die eigene Gesundheit lange zu erhalten. Zugleich profitiert aber auch der Kostenträger unmittelbar. So sank beispielsweise die Zahl der Klinik-Einweisungen, die aufgrund akuter Verschlechterungen erforderlich waren, um über 60%. Für uns und die CityBKK ist diese positive Entwicklung ein durchschlagender Erfolg: Denn jeder Krankenhausaufenthalt bedeutet nicht nur eine Belastung für den betroffenen Patienten, sondern verursacht auch hohe Kosten. Durch die durchgeführten Interventionen gelang es, die Ausgaben im stationären Bereich um mehr als zwei Drittel sowie die Gesamtkosten pro Patient um 65% zu senken.

**Von der Signal Iduna BKK wurde Ihr Unternehmen beauftragt, eine „DMP-Intensivbetreuung“ aufzubauen. Was sind die Zielparame-ter und -Outcomes?**

Die Signal Iduna IKK hat das Potential eines aktiven Versorgungsmanagements erkannt, nämlich einen positiven Deckungsbeitrag bei gleichzeitig hoher Versicherungszufriedenheit und Kooperationsbereitschaft der Leistungserbringer zu erwirtschaften. Aus dem bestehenden Pool an Versicherten in den IKK promed-DMP-Programmen identifizieren wir diejenigen, die einen erhöhten Betreuungsbedarf haben und hohe Kosten verursachen. Die Betreuung erfolgt anschließend bedarfsorientiert in vier Risikoklassen; mit dem Ziel, die Lebensqualität der DMP-Teilnehmer zu erhöhen, die Compliance und medizinischen Parameter zu verbessern und die Befähigung zum Krankheits-Selbstmanagement zu steigern. Im Sinne einer verbesserten Versorgung ist auch eine enge Einbindung des behandelnden Arztes vorgesehen. <<



Horst-Günter Bohnenkamp, 4sigma