Dr. Frank Bauer
Dr. Klaus Jürgen Preuß

Stellenwert und Beiträge zu einer besseren Versorgung durch Health Management Services – HMS

Mit der Veränderung der Rahmenbedingungen im Deutschen Gesundheitswesen, insbesondere der Einführung des Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risiko-Struktur-Ausgleichs (M-RSA) rückt für die Kostenträger die gute Behandlung ihrer Versicherten stärker in den Fokus als jemals zuvor. Eine Möglichkeit sind die in Großbritannien bereits seit fast 25 Jahren eingesetzten Industry Sponsored Nurse Services (ISN) auf unterschiedlichen Ebenen des National Health Services.

Abstract

Health Management Services sind wissensbasierte Dienstleistungen. Sie können in unterschiedlichen Care Settings und in verschiedenen Phasen des indikationsspezifischen Krankheitsverlaufes eingesetzt werden. Man unterscheidet punktuelle, periodische bis sequentielle und kontinuierliche HMS-Interventionen. Die Instrumente beginnen bei einfachen Reminder- oder E-Mail-Edukationsservices (Infozept), führen über mehr daten- und technologiegetriebene Call Center oder Risk Assessments zu personalintensiven Angeboten wie Case oder Disease Management Programmen. Zukünftig wird dem Personal Health Coaching und der Verhaltensmodifikation ein größerer Stellenwert zukommen, wenn man wirklich Nachhaltigkeit erzielen will. Die Kosten für HMS-Instrumente und Programme bewegen sich zwischen 5 Euro bis zu 2.000 Euro pro Intervention oder Jahr. Der Nutzen liegt in verbesserten medizinischen Outcomes. Die Finanzierung kann über Kostenträger, Leistungserbringer, Produktanbieter, Zusatzversicherungen oder Eigenbeteiligungen erfolgen.

Schlüsselbegriffe

Health Management Services, wissensbasierte Dienstleistungen, Care Setting, medizinische Prozesskette, medizinische Software, Case Management, Disease Management, Krankheitsverlauf, Compliance, Adherence, Morbi-RSA

>> Viele der ambulanten und stationären Care Trusts in Großbritannien haben sich längst an die qualifizierten Mitarbeiterinnen der ISN-Teams gewöhnt. Dabei variieren die Rolle und die Aufgaben der nicht-ärztlichen Fachkräfte – in Abhängigkeit von dem relevanten Care Setting und der Indikation – beträchtlich. Zu den Aufgaben gehören unter anderem: Das Auditing und der Review von Arzneimittelverschreibungen, die Optimierung des Behandlungsverlaufes, Disease und Case Management Services, Edukation von Patienten und Angehörigen, Adherence Support, Hi-Tec HomeCare-Services und die Einhaltung von Leitlinien und Care Protokollen. ISN-Programme sind ein wesentlicher Baustein im Portfolio der Health Management Services. Wobei das Spektrum der HMS-Module von einfach und punktuell bis hin zu komplex und kontinuierlich reicht. Die genauere Definition von HMS und den inhaltlichen Modulen wird später ausführlich dargelegt.

Die Aufzählung des voran stehenden Abschnitts zeigt, dass es sich hier nicht um „nice to have"-, sondern eher um „need to have"-Services handelt. Um die in der voranstehenden Aufzählung genannten medizinischen Dienstleitungen eigenverantwortlich und auch möglichst selbstständig durchführen zu können, müssen Krankenschwestern, die in ISN-Programmen tätig sind, eine gute medizinische, pflegerische Ausbildung aufweisen und über entsprechende berufliche Praxis sowie langjährigen Kontakt mit Patienten und Angehörigen verfügen. Parallel müssen die übliche medizinische Versorgungspraxis und auch das geltende Arztrecht den adäquaten Rahmen für die ISN-Programme bieten. Beides ist in England seit langem gegeben.

Mit der Veränderung der Rahmenbedingungen im Deutschen Gesundheitswesen, insbesondere der Einführung des Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risiko-Struktur-Ausgleichs (M-RSA) rückt nun auch in Deutschland für die Kostenträger die gute Behandlung ihrer Versicherten stärker in den Fokus als jemals zuvor. Nicht der Preis, also der Beitragssatz, sondern die Qualität der Versorgung wird zukünftig zum Entscheidungskriterium Nummer eins bei der Wahl der Krankenkasse.

Jeder Krankenkassenmanager kennt genau die Ausgleichsbeträge aus dem neuen M-RSA sowie die Zuschläge für die 106 hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMGs). Mit diesen finanziellen Mitteln pro Erkrankung muss er zukünftig eine qualitativ hochwertige und am Stand und am Fortschritt der medizinischen Wissenschaft ausgerichtete Versorgung zur Verfügung stellen.

Die bislang übliche Zuweisung für eingeschriebene DMP-Teilnehmer wird zukünftig unter den Bedingungen des M-RSA durch eine Pauschale von 170 Euro pro Patient, Jahr und Programm ersetzt. Das ist viel weniger als zuvor, aber bei ca. 5.000.000 eingeschriebenen DMP-Teilnehmern stehen hier circa 1 Milliarde Euro für HMS-Services – allein in der GKV – zur Verfügung. Durch die neuen finanziellen Zuweisungen wird es Bedarf an vielen Gesundheitsmanagementleistungen auf Seiten der Kostenträger geben. Wer also in der Lage ist, den Krankenkassen qualitativ hochwertige Dienstleistungen in den Erkrankungen der 106 HMGs oder den existierenden DMP-Programmen zu bieten, der kann mit Aufmerksamkeit rechnen, insbesondere wenn diese Dienstleistungen kosteneffizient sind.

Auch die komplette Übernahme des Managements einer definierten Erkrankung durch einen Versorger oder ein Leistungserbringer-Konsortium ist denkbar, wenn man kosteneffizient ist und zugleich die gebotene Qualität der Versorgung anbietet. Hierbei können HMS-Dienstleistungen, in Abhängigkeit von der Indikation, eine zentrale oder periphere Rolle

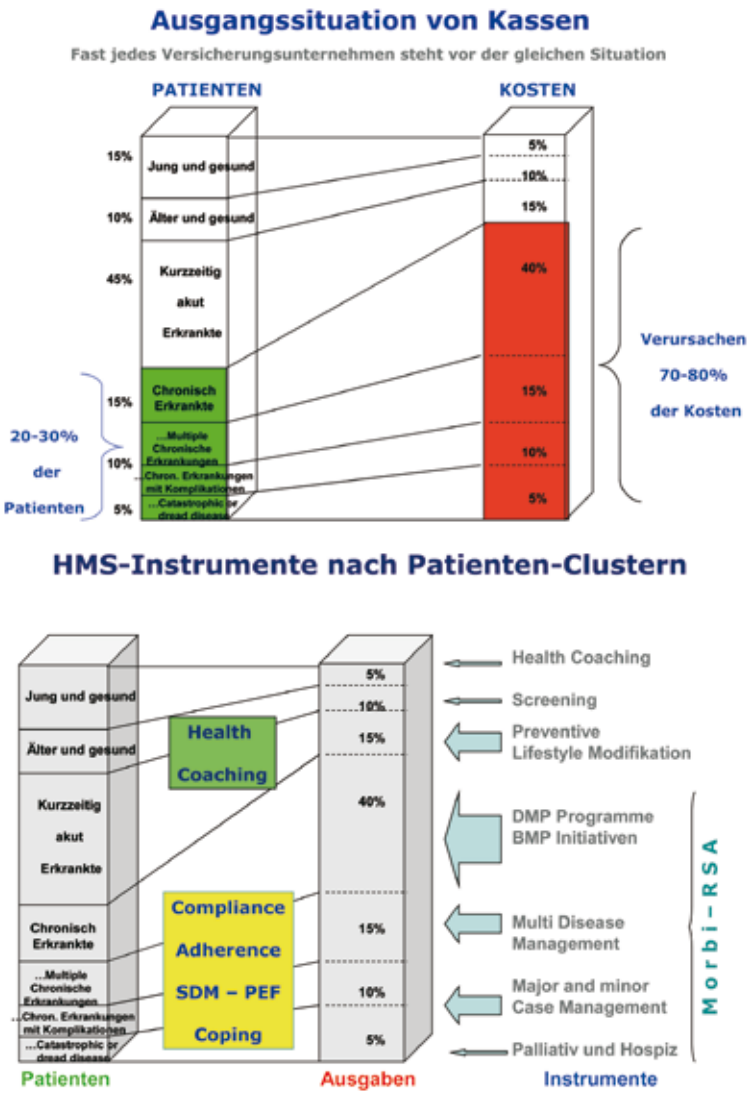


Abb. 1 und 2: Ausgangssituation von Kassen und HMS-Instrumenten nach Patienten-Clustern

spielen. Allerdings wird man ohne gute HMS-Module eine effiziente Versorgung kaum bewerkstelligen können.

Nicht zuletzt sehen bei diesen neuen Rahmenbedingungen traditionelle Disease Management-Anbieter und medizinische Assisteure die Chance, mit neuen Geschäftsmodellen bei den Kostenträgern Fuß zu fassen. Auch die vorrangig auf die Übernahme von Arzt sowie Apotheken fokusierten Vertriebs- und Marketingaufnahmen für Pharmaunternehmen spezialisierten Contract Sales Organisations (CSO) sehen, bedingt durch ihre internationale Präsenz und Erfahrung mit unterschiedlichen Health Management Services, die Chance, einen Transfer dieser Aktivitäten aus anderen Ländern (U.K. und Skandinavien) in die deutsche Versorgungsrealität zu realisieren.

Mehrfach haben allerdings im vergangenen Jahr medizinische Dienstleistungen der Krankenkassen über sogenannte medizinische Call Center für Irritation und Unruhe bei den Leistungserbringern und ihren Verbänden geführt. Auch die seit einigen Monaten verfügbaren Health Management Service-Angebote durch Pharmaunternehmen, die sogenannten „nurse teams“, haben die Unsicherheit über den Zweck und Nutzen dieser Services für das Gesundheitssystem eher vergrößert.

Ziel dieses Beitrages ist es daher, die Begrifflichkeiten zu klären, die Ziele, Instrumente, Rahmenbedingungen und technologischen Dimensionen von HMS-Angeboten herauszuarbeiten und mögliche Einsatzfelder aufzuzeigen. Anschließend sollen einige Passagen der strategischen und operativen Entwicklung von spezifischen HMS-Services sowie einer ersten vorsichtigen Kosten-Nutzen-Betrachtung gewidmet werden. Zum Abschluss wird ein Szenario der Marktentwicklung von HMS-Angeboten in die deutsche Versorgungsrealität entworfen.

Rahmenbedingungen für HMS-Angebote

Grundsätzlich braucht es einen geeigneten Rahmen, um HMS-Angebote wirklich nutzbringend und wirtschaftlich in der klinischen und ambulanten Versorgung etablieren zu können. An dieser Stelle sollen nur die wichtigsten Rahmenparameter referiert werden.

Arztrecht

Auf diesem Feld liegen für viele HMS-Services Minen und Fallstricke; denn anders als in U.K. oder den USA dürfen medizinische Hilfskräfte (Arzthelferinnen, Krankenschwestern oder Pflegefachkräfte) nur sehr wenige medizinische Aktivitäten autonom, d. h. ohne die Anweisung und Überwachung durch einen Arzt durchführen. Zukünftig wird es nicht nur im stationären, sondern auch im ambulanten Sektor ein „collaborative decision making“ erfordern, also eine aufgabenorientierte Gestaltung von Verantwortlichkeiten, um komplexen Versorgungsaufgaben gerecht werden zu können. Die gefährliche Unklarheit von Verantwortungsgrenzen (multiple accountability) fördert eine defensive und zurückhaltende Einstellung der beteiligten Professionen.

Das Behandlungsmonopol der Ärzte wird durch viele HMS-Angebote vital angegriffen. Entsprechend groß waren die Widerstände durch die Ärzteschaft bei der Umsetzung der ersten Projekte im Jahre 2008. Dieser Tatsache gilt es bereits bei der Konzeption von HMS-Angeboten, durch frühzeitige Kommunikation und Einbindung der unterschiedlichen Berufsgruppen, hinreichend Rechnung zu tragen. Je weitreichender die medizinischen Interventionen durch spezialisierte Arzthelferinnen, Krankenschwestern oder Pflegefachkräfte im Rahmen der HMS-Angebote ausfallen sollen, umso intensiver ist eine ausführliche Prüfung der arztrechtlichen Bedingungen zu empfehlen und das frühzeitige Einverständnis der involvierten Facharztgruppen zu sichern.

Finanzierung

Beispielsweise müssen für die technikintensive häusliche Versorgung von Patienten zuweilen bis zu fünf unterschiedliche Sozialleistungsträger herangezogen werden, die wiederum jeweils nach eigener Logik verfahren und in jedem Fall nur Teilleistungen finanzieren. Umgekehrt werden im Krankenhaus alle medizinisch notwendigen Versorgungsleistungen für diese Patientengruppe – trotz allen Budgetdrucks – aus einer Hand und noch immer weitgehend problemlos finanziert. Grundsätzlich hat sich auf der Seite der Kostenträger ein einfaches Bild der Finanzierung von beispielsweise HomeCare-Leistungen etabliert, das sich zugleich auf die Bereitschaft zur Finanzierung von HMS-Angeboten übertragen lässt. Weil es sich in vielen Fällen um eher punktuelle und produktgebundene Leistungen handelt, argumentieren die Kostenträger der GKV, dass mit der Vergütung des Produktes auch alle „add on“- oder „surround“-Dienstleistungen, in vielen Fällen nützliche HMS-Servives, damit

abgegolten sind. Bisher ist es beispielsweise den HomeCare-Anbietern nicht gelungen, den Stellenwert ihrer zusätzlichen Dienstleistungen hinreichend in der Argumentation gegenüber den Kostenträgern durchzusetzen. Andererseits werden DMP-Dienstleistern die Aufwendungen für ihre Programme sowohl durch GKV-Kassen als auch PKV-Versicherungen ohne Probleme erstattet, und dabei geht es um vierstellige Euro-Beträge pro Patient und Jahr.

Für die HomeCare-, Arzneimittel- und Hilfsmittelanbieter bleibt die anspruchsvolle Aufgabe, die über ihre Produktleistung hinaus erbrachten Dienstleistungen gegenüber den Kostenträgern zu argumentieren. Die produktnahen Dienstleistungen sehen die Kostenträger als mit der Produkterstattung abgegolten und die produktfernen Leistungen sehen sie zurzeit nicht als ein spezifisches oder neues Erstattungsfeld an. Erst wenn man durch überzeugende Evidenz den Nutzen von HMS-Dienstleistungen für die Kostenträger belegen kann, wird sich an dieser Einstellung grundsätzlich etwas ändern. Es verbleibt daher die Aufgabe der Dienstleistungsanbieter, für entsprechende Abrechnungsziffern, Leistungskomplexe und Vergütungspositionen in der GOÄ oder dem EBM zu sorgen bzw. entsprechende Analogziffern zu identifizieren. Zu mindestens sollten sie über Modellversuche bzw. durch Teilnahme an den neuen integrierten Versorgungsmodellen nach § 95 SGB V (MVZ), über Verträge zur besonderen ambulanten (fachärztlichen) Versorgung nach § 73c SGB V und oder nach § 140 ff. (Integrierte Versorgung) versuchen, erste Fakten zu schaffen.

Datenschutz

Der Datenschutz steht HMS-Initiativen in Deutschland zunächst als weitere Barriere entgegen. Um die Kommunikations-, Koordinations- und Edukationsaufgaben im Rahmen der HMS-Services auch wahrnehmen zu können, bedarf der HomeCare-, Case Manager oder die Pflegefachkraft der Authorisierung durch den Patienten. Diese schriftlich zu erteilende Legitimation bezieht sich beispielsweise auch auf die Therapieschulung und den Auftrag zur Besorgung und Sicherstellung der kontinuierlichen Versorgung mit den für die Therapie notwendigen Home-Care-Produkten bei den vom Patient ausgewählten Produktversorgungsunternehmen (Apotheke, Sanitätshaus, industrieller HomeCare-Anbieter, etc.). Unbedingt erforderlich ist zugleich eine schriftliche Vereinbarung mit dem Patienten und auch mit dem Hausarzt, die dem Datenschutz Rechnung trägt. Diese hat zum Inhalt die Versicherung über den vertraulichen und ausschließlich zweckbezogenen Umgang des HomeCare-Case Managers mit den persönlichen Daten des Patienten. Analoges gilt für die meisten HMS-Dienstleistungen. Zugleich wird mit dieser Vereinbarung die Weitergabe von Daten an Dritte geregelt, die zur Behandlung beitragen (fachärztliche Schwerpunktpraxis, Krankenhaus, ambulanter Pflegedienst, Apotheke, Medizinproduktlieferant).

Verfügbarkeit und Akzeptanz von qualifizierten Mitarbeitern

Innovationen, sowohl auf der Produktebene als auch auf der Prozessebene, führen verstärkt zu spezialisierten wissensbasierten Dienstleistungsangeboten. Um den wachsenden Anforderungen in der technikintensiven und medizinnahen häuslichen Pflege, HomeCare-Versorgung und ambulanten Versorgung Rechnung tragen zu können, verfügen die pflegenden medizinischen Hilfsberufe in anderen Ländern häufig über spezielle Qualifikationen auf einem „advanced practice"-Niveau, z. B. als IV-Nurse, Critical Care-Nurse oder als Clinical Nurse-Spezialist. Die Intensivpflege wie auch die Infusionstherapie haben sich in vielen Ländern zu einem Spezialgebiet der Pflege entwickelt und inzwischen auch eigene Fachgesellschaften hervorgebracht. Vergleichbares gibt es in Deutschland bislang nicht. Die ausgeprägte Arztdominanz des deutschen Gesundheitswesens und die damit verbundene Tatsache, dass seitens der Ärzteschaft selbst im Umgang mit hoch qualifizierten Berufsgruppen, die über eine Universitätsausbildung verfügen, nicht auf Kooperation, sondern auf Subordination gesetzt wird, sind eine schwer zu überwindende Barriere für die erfolgreiche Implementation von HMS-Programmen.

Erste Untersuchungen der Versorgungsforschung konstatieren eine mangelnde Bedarfsgerechtigkeit. Nicht zuletzt fehlt es an Spezialangeboten für eine prä- und postakute oder auch technikintensive häusliche Krankenpflege und Versorgung. Zukünftig werden klinisch ausgebildete Pflegeexperten gefragt sein, die auf Grund ihrer spezifischen Qualifikation in der Lage sind, Patienten auch in kritischen Krankheitsphasen mit entsprechend anspruchsvollen Behandlungsmethoden im häuslichen „setting" zu versorgen („hospital at home"-Konzept) sowie Sicherheit und Qualität der Behandlung und Versorgung zu gewährleisten. Für das Case-Management gibt es beispielsweise inzwischen auch in Deutschland formalisierte Aus- und Weiterbildungsangebote. Aber, wo werden Disease Manager oder medizinisch qualifizierte Call-Center-Agenten eigentlich qualifiziert ausgebildet?

Was versteht man unter Health Management Services?

Wie später noch aufgezeigt werden wird, subsumieren sich unter dem Begriff der Health Management-Services eine Vielzahl unterschiedlicher medizinischer, edukativer, psychologischer oder datenanalytischer Dienstleistungen. Diese Dienstleistungen können einerseits durch bestimmte Technologien dominiert werden oder andererseits durch personalintensive Komponenten charakterisiert werden. Auch die Übersetzung des Begriffs Health Management Services, also Gesundheits-Management-Services verbleibt im Allgemeinen und hilft nicht wirklich weiter. Ein gemeinsamer Kern aller HMS-Dienstleistungen ist allerdings eine spezifische Wissenskomponente. Im Grunde handelt es sich bei HMS-Dienstleistungen um spezielle, wissensbasierte Dienstleistungen in der medizinischen Versorgung.

Unabhängig von den eigentlichen Produktleistungen im Versorgungsprozess handelt es sich bei den flankierenden HMS-Services oft um Edukations-, Koordinations- oder Integrations-Dienstleistungen, die dann erst ein gutes Gesamtergebnis (medizinischer Outcome) des Versorgungsprozesses ermöglichen. Nur durch diese Abstimmung und Integration von Dienstleistung und Produkt können für die Patienten langfristig gute Resultate erzielt werden. Durch einen integralen und auf den Patienten abgestimmten HMS-Ansatz sollen darüber hinaus die Selbsthilfepotenziale des Patienten und zugleich soziale Ressourcen der Familie bzw. des sozialen Umfelds aktiviert werden.

Generell leisten HMS-Angebote fünf Kernfunktionen:

- die Informations-,
- die Steuerungs-,
- die Edukations-,
- die Logistik- und
- die Monitoringfunktion.

Portfolio der HMS-Instrumente und Programme

Standen in der Vergangenheit die körpernahe Unterstützung, die sozialpflegerische Betreuung und die hauswirtschaftliche Versorgung der alten Menschen im Vordergrund, wird heute und erst recht zukünftig mehr und mehr die anspruchsvolle Betreuung und Behandlung akut und schwer kranker Patienten sowie der vielen älteren und chronisch Kranken im häuslichen „setting" gefordert. Diese politisch forcierte Ambulantisierung der Medizin und Versorgung erfordert strukturelle und prozessorale Anpassungen, um die Qualität der Versorgung nicht einbrechen zu las-

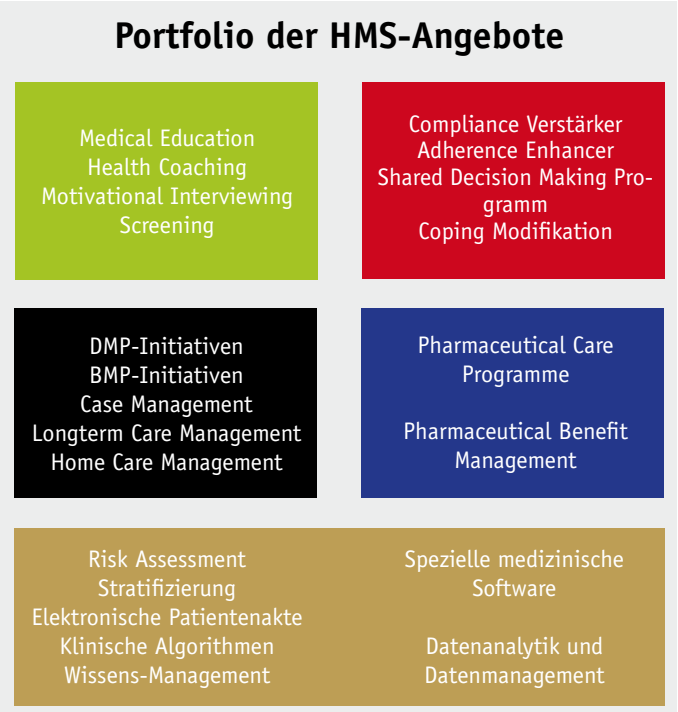
sen. Differenzierungsprozesse in der häuslichen Gesundheitsversorgung können durch die niedergelassenen Ärzte, durch ambulante Pflegedienste oder durch industrielle Dienstleister wie Home-Care-Unternehmen oder HMS-Anbieter ausgelöst werden. Unter Ambulantisierung versteht man dabei den Prozess der Auslagerung sozialer und gesundheitlicher Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor, also die generelle Schwerpunktsetzung auf eine primär ambulante Versorgung.

Grundsätzlich kann man die Versichertenpopulation eines jeden Kostenträgers wie in der nachfolgenden Abbildung klassifizieren. Es gibt überspitzt ausgedrückt: Viele Gesunde, viele akut Erkrankte, eine große Gruppe chronisch Erkrankter und eher wenige sehr schwer Erkrankte. Für jedes Cluster ergeben sich unterschiedliche Ziele. Die Gesunden gilt es, möglicht lange gesund zu erhalten, die akut Erkrankten möglichst schnell und unter Vermeidung von Komplikationen zu kurieren, die chronisch Kranken hingegen angemessen über den nicht heilbaren Krankheitsverlauf zu versorgen und die Progression der Erkrankung und oder typische kostenintensive Komplikationen zu vermeiden sowie bei den Schwerstkranken durch eine koordinierte intensive medizinische Intervention das Schlimmste zu verhindern.

In Relation zum aktuellen Gesundheitszustand der unterschiedlichen Patientencluster haben sich folglich spezifische Versorgungs- und HMS-Angebote herausgebildet. Dem hat auch die Gesundheitspolitik beispielsweise durch die Einführung von mehreren DMPs seit 2002 Rechnung getragen. Für jedes Patientencluster gibt es andere Schwerpunkte, die noch durch die jeweilige spezifische Erkrankung weiteren Anpassungen unterliegt. Das Spektrum der HMS-Angebote reicht von Health-Coaching oder Screening-Programm für die noch Gesunden bis zum Multi-Disease-Management-Programm für die Multimorbiden und zum Major Case-Management oder der Palliativversorgung bei schwerst erkrankten Patienten. Es gibt also nicht den HMS-Service, sondern eher ein Kontinuum von Programmen, Instrumenten und Aktivitäten. Die richtige Auswahl des am besten geeigneten und zugleich kosteneffizienten HMS-Programms wird darüber hinaus noch in hohem Maße von der Indikation und dem relevanten Versorgungs-Setting (HomeCare, ambulant, teilstationär, stationär, Pflege) bestimmt. Auch macht es manche Erkrankung erforderlich, eher ein ganzes Bündel oder eine zeitliche Sequenz von HMS-Services anzubieten, die den Verlauf der Erkrankung und damit den Patienten begleiten.

Wenn man die lange Liste der HMS-Dienstleistungen gruppieren möchte, so kann man nach unterschiedlichen Kriterien und Perspektiven vorgehen. In der folgenden Abbildung wurden beispielsweise in der grünen Box eher informations- und datenanalytische sowie „low cost" personalisierte HMS-Angebote zusammen gefasst. In der roten Box wurden alle, die Therapietreue verstärkenden Services zusammen gefasst und die Verhaltensmodifikation bzw. Einstellung des Patienten zu seiner Erkrankung verändernden Programme, eben das Coping-Verhalten. Bei diesen Programmen werden teilweise technische Hilfsmittel wie auch gesprächspsychologische Komponenten zur Programmrealisierung eingesetzt. In der schwarzen Box wurden personalintensive HMS-Angebote zusammengefasst. Diese Interventionen sind komplex und aufwändig, wenn sie allerdings professionell konzipiert werden, auch sehr wirksam. Die letzte, die dunkelblaue Box wird durch zwei spezifische auf die Arzneimitteltherapie ausgerichtete Angebote besetzt. Allein diese beiden Programme wären jeweils einen eigenen Beitrag wert.

Grundsätzlich ist die Basis der meisten HMS-Angebote medizinisches Wissen, Datenanalytik, klinische Algorithmen und in zunehmendem Ausmaß spezifische Software. Ungeachtet der hier angebotenen HMS-Clusterung können auch andere Perspektiven gewählt werden.



Technologie versus personalintensive HMS-Services

Sehr wichtig für die Akzeptanz und Realisation ist eine Differenzierung in eher technologiegetriebene oder mehr personalintensive HMS-Dienstleistungen. Die Leistungskette beginnt bei automatisierten Reminder-Services wie z.B. SMS zur Compliancestärkung oder Erinnerung an anstehende Untersuchungstermine und endet bei dem Vollzeit persönlichen Health-Coach, wie ihn sich heute immer mehr Stars und auch Sternchen leisten. Dazwischen liegen viele weitere Module des HMS-Kontinuums, die weder technologielastig noch vorrangig personalintensiv sind. Die nachfolgende Abbildung 3 zeigt eine erste mögliche Clusterung unter diesem Gesichtspunkt auf.

Entwicklung der Prozesskette von HMS-Angeboten nach Indikationen und den spezifischen Krankheitsverläufen

Wenn man sich überlegt, für welche Erkrankungen, für welche Versorgungs-Settings oder für welche Patientengruppen man unbedingt HMS-Angebote entwickeln sollte, so hat es sich bewährt, sich aufs Genaueste mit dem Verlauf, den Komplikationen und Begleitumständen einer Erkrankung vertraut zu machen.

Man unterscheidet - in Abhängigkeit von der Erkrankung - akute Verläufe, chronische Verläufe, rezidivierende Verläufe, progrediente Verläufe und viele weitere Spezialverläufe. Nur die genaue Kenntnis des Krankheitsverlaufs ermöglicht die Identifikation der wirkungsvollsten Interventionspunkte. Nehmen wir zur Veranschaulichung die chronische Polyarthritis. Ungefähr 20 % der Patienten weisen einen milden Verlauf der Erkrankung auf, d. h. es kommt nicht zu erheblichen Komplikationen und auch die Progression der Erkrankung ist gering. Weitere 60 - 70 % der Patienten unterliegen einem chronisch progredienten Krankheitsverauf und entwickeln im Verlauf die typischen Komplikationen. Eine kleine Gruppe von Patienten, etwas mehr als 10 % aller Betroffenen, unterliegt einem rasch progressiven Krankheitsverlauf, der schnell zu gravierden

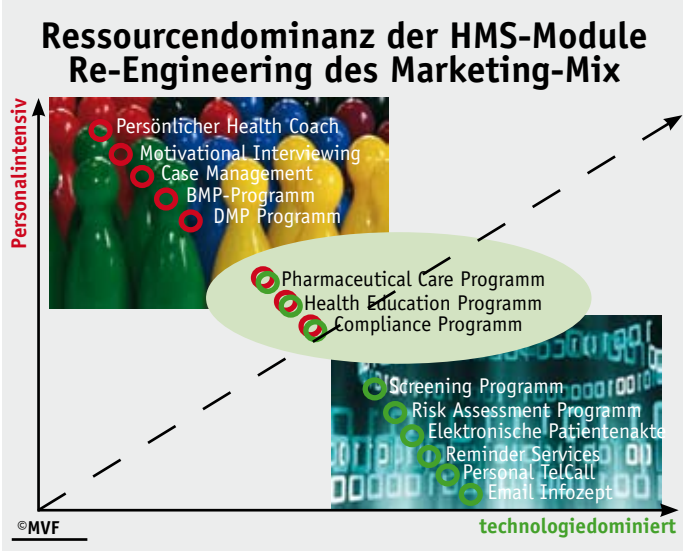


Abb. 3: Ressourcendominanz der HMS

Komplikationen, Berufsunfähigkeit und Frühberentung führt.

Es gibt bei jeder Indikation nun einmal nicht den typischen Krankheitsverlauf, sondern eine gewisse Vielfalt der Verlaufsformen. Dieser Tatsache sollte durch ein initiales „risk assessment" und eine daraus abgeleitete Risiko-Stratifizierung Rechnung getragen werden. Entsprechend dieser Einteilung sollte dann die Intensität und Art der HMS-Services zugeordnet werden. Das richtige Modul, zum richtigen Zeitpunkt bei dem richtigen Patienten, lautet der Schlüssel zum Erfolg für effektive und effiziente HMS-Programme.

Grundsätzlich können HMS-Services punktuell eingesetzt werden (z.B. eine einmalige Screening Aktion), sequenziell und periodisch (z.B. ein Reminder-Service für anstehende Arzttermine oder ein wöchentliches Schulungsprogramm für Patienten) oder auch kontinuierlich (ein über ein Jahr oder mehrere Monate laufendes DMP- respektive BMP-Programm. Entsprechend dieser Einteilung lassen sich Rückschlüsse auf den Nutzen der HMS-Angebote ziehen. Punktuelle Services bieten auch nur eine fokale Optimierung. Sequenzielle und periodische Services hingegen ermöglichen eine Teiloptimierung und erst vorwiegend kontinuierliche HMS-Programme haben die Chance auf eine volle Optimierung der Versorgungskette und damit auf einen besseren gesundheitlichen Outcome für die Patienten.

Wenn man sich nicht mit ganzen Erkrankungsverläufen auseinander setzten will, so kann man auch definierte Phasen oder Interventionsoptionen durch HMS-Angebote teiloptimieren. Hierzu gehört beispielsweise im HomeCare-Sektor die Ernährungs-, die Infusions- und die Dekubitus-Therapie oder in der Prävention das Health-Coaching oder die Verhaltensmodifikation durch Raucherentwöhnungsprogramme.

Ist man jetzt nach der gründlichen medizinischen Analyse hinreichend sicher, welches HMS-Modul man entwickeln will, so gilt es, sich intensiv mit der dazugehörigen Prozesskette auseinander zu setzen.

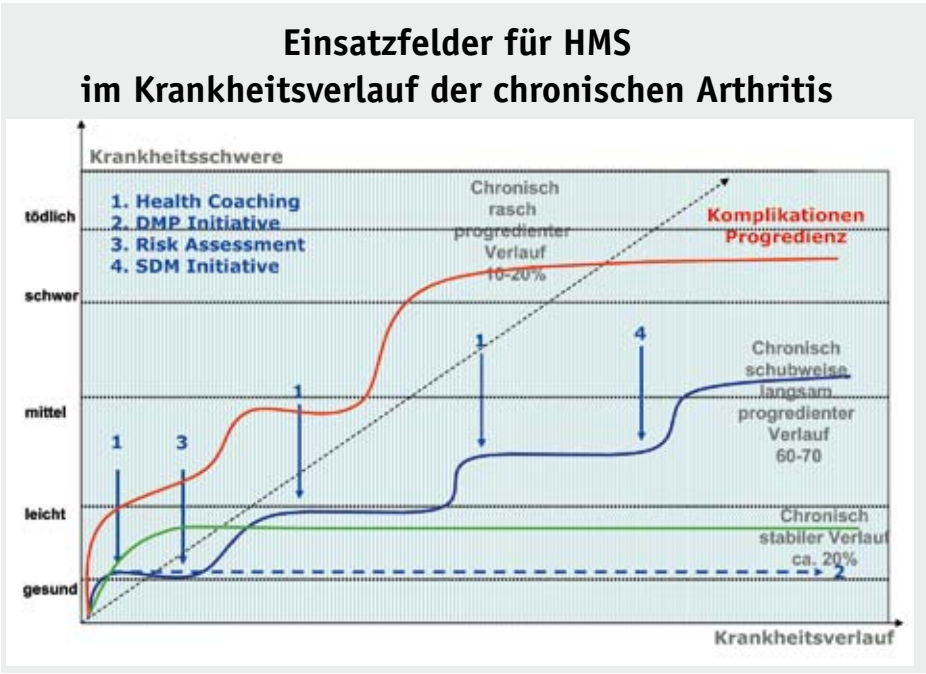
Die traditionelle Prozesskette startet mit der Diagnostik und endet sehr schnell mit dem Rezept für ein Arzneimittel. Mehr gibt die Vergütung in der GKV inzwischen für die Mehrzahl der Patienten nicht mehr her. Doch, und das wissen auch die behandelnden Ärzte, ist das nicht wirklich zielführend und auch zugleich nachhaltig. Die vielen anderen Module der Behandlungskette werden offen gelassen oder nur halbherzig angeboten. Genau hier liegt der Ansatzpunkt und Hebel für die HMS-Services. Erst eine möglichst komplette und dem Schweregrad der Erkrankung Rechnung tragende Behandlungskette wird zu guten medizinischen Outcomes führen. HMS schließt die Behandlungskette!

Praxisbeispiel Osteoporose

Die Osteoporose liefert ein gutes Beispiel für den Einsatz von Health Management Services in den unterschiedlichen Abschnitten des Krankheitsverlaufs. Es handelt sich um eine für das Gesundheitswesen relevante Erkrankung mit ca. 7.000.000 Betroffenen. Die Erkrankung verläuft chronisch progredient und führt durch die mit ihr verbundenen Komplikationen (Frakturen) zu hohen Folgekosten. In den ersten Jahren der Erkrankung ist der Verlauf für den Patienten kaum wahrnehmbar. Erst mit dem Auftreten der ersten Fraktur – ohne ein adäquates vorangegangenes Trauma – wird für den Patienten die Diagnose Osteoporose erlebbar.

Da der Beginn schleichend erfolgt, wären zunächst gezielte Screening-Aktionen nach Risikogruppen sinnvoll. Ist dann eine exakte Diagnose durch Röntgenbild und Knochendichtemessung erfolgt, besteht das Problem in der auf Grund einer für den Patienten kaum wahrnehmbaren Krankheitsprogression in der für die Osteoporose niedrigen Compliance. Durch frühzeitige Edukations-Programme und Patientengruppen-Selbsterfahrung muss bei den Betroffenen ein Bewusstsein für ihre Erkrankung geschaffen werden. Bei der üblichen Verordnung von Bisphosphonaten sind oft komplizierte Einnahmeperioden zu beachten. Das Spektrum

Abb. 4: Einsatzfelder der HMS am Beispiel der chronischen Arthritis



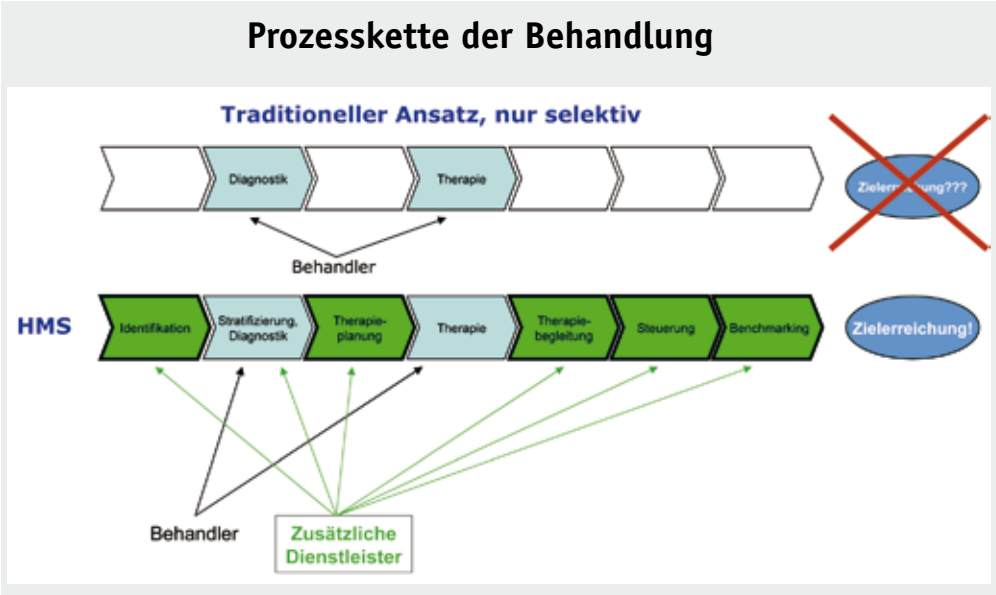


Abb. 5: Prozesskette der Behandlung: HMS schließt die Behandlungskette

reicht von einer Injektion pro Jahr über quartalsweise Applikation und wöchentliche Einnahmefrequenzen bis zur täglichen Einnahme. Hier ist die Notwendigkeit für gute Compliance-Programme evident. Neben der pharmakologischen Behandlung muss die Osteoporose eigentlich mit einem multimodalen Ansatz angegangen werden, wenn wirklich eine nachhaltige Besserung erzielt werden soll. Zu diesem Konzept gehören eine gezielte Ernährungsberatung, ein auf die Osteoporoseproblematik fokussiertes Bewegungs- und Koordinationstraining sowie für die noch rauchenden Patienten eine konsequente Raucherentwöhnung. Hier geht es vor allem um die Veränderung des persönlichen Lebensstils durch gezielte BMP-Initiativen. Der Einsatz von medizinischen Fachkräften wie Krankenschwestern, Arzthelferinnen, Pflegefachkräften, Physiotherapeuten und Ernährungsberaterinnen ist dabei auf unterschiedlichen Stufen möglich und effektiv. Grundsätzlich kann man die Osteoporose – viel besser als zum Beispiel offizielle DMP-Indikationen wie den Brustkrebs – mit einem integralen Disease-Management-Programm behandeln. Wenn sich trotz guter Behandlung oder mangelnder Compliance dann die gefürchteten Frakturen einstellen, bietet sich bei einer Schenkelhalsfraktur dann ein konsequentes Case-Management an, um einen Pflegefall oder Schlimmeres zu vermeiden. Die erforderliche Koordination der Behandlungskette von dem praktischen Arzt zum Orthopäden und fallweise erforderlichen Osteologen kann man über gutes Datenmanagement, eine elektronische Patientenakte oder spezialisierte medizinische Software sicher stellen. In der Abbildung 5 sind die unterschiedlichen Module der Behandlungskette, die jeweiligen Zuständigkeiten und die Interaktionen schematisch dargestellt.

Kosten-Nutzen-Erwägungen

Viele nützliche HMS-Angebote lohnen sich eigentlich nicht, wenn man sie mit dem spitzen Bleistift nachrechnet. Die untere Schwelle für eine Einzelintervention ist ein Call Center-Anruf (ca. 7 Euro), ein SMS-Reminder (ca. 3 Euro) oder ein medical E-Mail-Service „Infozept“ (ca. 2 Euro). Im Mittelfeld liegen dann Screening Aktionen, Risk Assessment-Programme oder das Motivational-Interviewing, die ungefähr mit jeweils 50 bis 300 Euro zu Buche schlagen. Die eher kontinuierlichen HMS-Angebote wie DMP-Programme oder persönliche Health-Coaches kosten pro Jahr und Patient zumeist mehr als 1.000 Euro.

Man kann vereinfachend auch von „low cost“ und „high cost“ HMS-Modulen sprechen. Um wirklich effektiv in den Krankheitsverlauf eingreifen zu können, genügt selten ein einzelnes HMS-Modul. Im Regelfall wird man mehrere Module kombinieren müssen, um bessere Outcomes und Nachhaltigkeit zu erzielen.

Welche Module des HMS-Spektrums sind nun für welche Erkrankung und für welchen Schweregrad die notwendigen, zweckmäßigen, ausreichenden und auch noch wirtschaftlichen? Genau hier scheiden sich heute noch die Meinungen. Leider ist auch manches, was wir heute in der Versorgungsrealität unter dem Label HMS antreffen, nicht wirklich nachhaltig und auch wenig medizinisch durchdacht. Aber zu Beginn einer Entwicklung ist das oft nicht zu vermeiden. Andererseits gibt es auch bekannte und für sehr sinnvoll eingestufte HMS-Aktivitäten wie beispielsweise das Projekt der Gemeindeschwester AGNES.

Generell lässt sich zum heutigen Zeitpunkt feststellen, dass die Mehrzahl der angebotenen HMS-Initiativen eher zeitlich punktuell befristet ist. Parallel wächst die Zahl der periodisch oder sequenziell einsetzbaren HMS-Angebote. Die sehr effektiven kontinuierlichen HMS-Programme sind noch klar in der Minderzahl. Ihnen wird aber unter den Bedingungen des M-RSA die Zukunft gehören. Zudem sind in Deutschland auch nur wenige Dienstleister heute bereits in der Lage, das volle Spektrum der HMS-Angebote oder komplette, integrale und vertikal vernetzte HMS-Programme zu realisieren.

Grundsätzlich können HMS-Angebote auf unterschiedlichen Wegen finanziert werden. Es kommen hierfür die Kostenträger in der GKV und PKV und auch die Pflegeversicherung in Frage. Die Pharma- und Medizintechnikindustrie kann für die Finanzierung der ihre Produkte flankierenden HMS-Angebote einstehen. Letztlich gibt es auch eine Reihe von HMS-Modulen, bei denen eine Co-Finanzierung durch die Patienten denkbar wäre. Vielleicht wird die Finanzierung der HMS-Angebote zukünftig auch durch Zusatzversicherungen ermöglicht. Hier bietet sich für die PKV-Versicherungen ein neues Geschäftsmodell an.

Grundsätzlich werden Kostenträger ihre Bereitschaft zur Finanzierung von HMS-Angeboten von deren Nutzen abhängig machen. Je eindeutiger hier die Datenlage und die wisenschaftliche Evidenz ist, desto größer wird die Bereitschaft sein, eine Teil- und auch Vollfinanzierung mitzutragen. Handelt es sich allerdings eher um zwar nützliche, aber nicht wirklich durchschlagende Module, wie z.B. das Training des Patienten zur Selbstinjektion von Pharmaka (Insulin oder Antikörper), so wird der Kostenträger das nicht mitfinanzieren, sondern eher als zur Produktleistung gehörig einstufen.

Unabhängig von diesem Ansatz der Finanzierung nach Leistung und Outcome der HMS-Initiativen wird es auch Kassen wie industrielle Anbieter geben, die HMS-Angebote als Marketing einsetzen. Das ist keineswegs verwerflich, sollte aber klar von eher medizinisch fokussierten HMS-Angeboten abgegrenzt werden. Grundsätzlich ist eine Umallokation

von Marketingressourcen in HMS-Angebote eine eher begrüßenswerte Sache und könnte die GKV in vielen Bereichen entlasten.

Fazit

Die gesundheitspolitisch forcierte Ambulantisierung der Versorgung, die Konzentration der Krankenhäuser auf ihre Kernleistungen, die Gefahr von nosokomialen Infektionen im Krankenhaus (MRSA-Problematik, Methicillin-resistente Staphylokokken), der Wunsch von Tumor- und Schmerzpatienten im häuslichen Umfeld behandelt zu werden, die vielfältigen Fortschritte der Medizintechnik und medizinischen Technologien und klare ökonomische Vorteile der ambulanten Versorgung gegenüber stationären Versorgungskonzepten werden den Sektor der ambulanten Hi-Tec-Versorgung schnell und nachhaltig wachsen lassen. Hierbei werden innovative Arzneimittelprodukte, neue Medizintechnikprodukte und auch ein ganzes Bündel von qualifizierten Health Management-Services eine Schlüsselrolle spielen.

Augenblicklich dominieren noch so genannte „halfway technologies" das Angebot. Diese halten den eigentlichen Krankheitsprozess nicht oder nur wenig auf. Allerdings können sie: Verschlimmerungen verhindern, Symptome kontrollieren helfen bzw. lindern oder verlorengegangene Körperfunktionen substituieren. Zukünftig werden schrittweise auch kausale Technologien für den Hi-Tec ambulanten Versorgungsansatz verfügbar werden. Die Innovationskraft und die Forschungsbemühungen der Pharma- und MedTec-Branche werden zu einem ständigen Technologietransfer führen. Viele dieser Innovationen werden Leben verlängern und weitere Vorteile für die Patienten mit sich bringen. Allerdings werden diese Innovationen nicht mehrheitlich zu Sozialpreisen verfügbar gestellt werden können.

Szenario des HMS-Marktes in Deutschland für 2012

Die Entwicklung des HMS-Marktes wird durch unterschiedliche Kräfte getrieben. Zum einen sind hier die bereits im Markt tätigen DMP-Anbieter und die medizinischen Assisteure zu nennen, die bereits heute für die Kostenträger arbeiten. Parallel eruieren neue Anbieter den HMS-Markt, hier sind die Contract Sales-Organisations und auch die medizinischen Softwarehäuser zu nennen. Beide sehen gute Chancen, sich hier nachhaltig zu etablieren. Im Jahre 2008 haben wir die ersten größeren Aktionen beobachten können, die einerseits von den Kassen und andererseits von der Pharmaindustrie finanziert worden sind. Bei allen Aktivitäten des vergangenen Jahres handelte es sich um eher singuläre Angebote und keine krankheitsbezogenen ganzheitlichen und integralen Ansätze. Zukünftig wird sich der HMS-Markt in Anbieter von einzelnen Modulen, Anbietern die fokussiert auf „episodes of care" sind bis hin zu voll integrierten HMS-Anbietern entwickeln, die das volle Spektrum der HMS-Leistungen anbieten können. Nach vorsichtigen Einschätzungen von Experten wird sich der HMS-Markt von heute ungefähr 40 Millionen Euro auf schnell als mehr 100 Mio. Euro entwickeln und könnte im Jahre 2012 mehr als 250 Millionen Euro erreichen. Werden auch noch die in der GKV verfügbaren Pauschalen von 170 Euro für die ca. 5 Millionen DMP-Patienten in sinnvolle HMS-Aktivitäten umallokiert, so könnte sich der HMS-Markt zu einem wirklich relevanten Gesundheitsmarkt in Deutschland entwickeln. <<

Role and value proposition of Health Management Services – HMS

Health Management Services are knowledge based healthcare solutions. They are useful in different care settings and at various levels of the natural course of disease. We separate punctual, sequential or periodical intervention from more continuous services. Under the term HMS a full range of instruments and programs is available to optimize many acute and chronic diseases and longterm care. The continuum starts with low cost reminder or email services. Technology and data driven services like risk assessment or medical call center support for compliance enhancement generate moderate costs. Hi end services like disease and case management or personal health coaching are more expensive. In the future behaviour modification and health risk avoiding strategies will gain ground. The costs for HMS services range from 5 EUR to more than 2.000 EUR per intervention or year. The benefit of HMS will be better and sustainable health outcomes. HMS programs may be funded by health insurers, the pharma or medical device industry, or by special insurance packages. In some cases even through co-payments of patients.

Keywords

Health management services, risk structure compensation, adherence, compliance, disease management, case management, shared decision making, care episode, medical process chain, care setting, knowledge based solutions

Dr. Frank Bauer
ist Exceutive Vice President der pharmexx GmbH, Hirschberg / Jahrgang 1962
12 Jahre Marketing- und Vertriebserfahrung in der Pharmaindustrie. Seit 4 Jahren für den Bereich Marketing & Solutions der pharmexx als Mitglied des internationalen Boards verantwortlich.
Kontakt: frank.bauer@pharmexx.com



Dr. med. Klaus Jürgen Preuß
ist Gründungspartner der EPC HealthCare GmbH, Hamburg / Jahrgang 1950
15 Jahre praktische Erfahrung in der Pharmaindustrie sowie mehrere Jahre in der Medizintechnikbranche (Hörgeräte). Für die DKV hat er das Strategische Gesundheits-Management aufgebaut. Er war für die Einführung neuer Tarifkonzepte, innovativer Versorgungskonzepte (Case- und Disease-Management), für die Akquisition (Arzt-Partner und MedWell AG) sowie den Aufbau neuer Tochtergesellschaften und Franchise-Systeme (goMedus und goDentis) mit verantwortlich. Dr. Preuß ist Gründungs- und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Disease Management e.V. (DGDM) und geschäftsführender Gesellschafter der EPC HealthCare GmbH in Hamburg. Kontakt: kj.preuss@epc-healthcare.de

