Das Versorgungs-Pilotprojekt der KKH für eine bessere Compliance bei chronisch Kranken

Health-Coaching lebt von Vertrauen

Die telefonische Chronikerbetreuung von Krankenkassen ist in den letzten Wochen ins Gerede gekommen. Vor allem durch einen TV-Beitrag aus der Reihe „Report Mainz", der am 18. August vom öffentlich-rechtlichen Sender ARD ausgestrahlt wurde, wird das derzeit laufende Pilotprojekt der DAK heftigst angegriffen. Im Fall dieser Kasse soll, so die Anmoderation durch Fritz Frey, den ARD-Chefredakteur Fernsehen in Mainz, „mindestens fahrlässig mit sensiblen Patientendaten umgegangen" worden sein, mehr noch, die „Geschichte" könne sich zu einem neuen Datenskandal auswachsen. Damit nicht die gesamte telefongestützte Chronikerbetreuung in Deutschland in Schieflage gerät, meldet sich in „Monitor Versorgungsforschung" Ingo Kailuweit, der Vorstandsvorsitzende der KKH, zu Wort, dessen Krankenkasse Vorreiter auf dem Gebiet des „Health-Coachings" – so der Fachbegriff – war und ist.

>> „Wie kommt der US-Konzern Healthways an deutsche Patientendaten?" So lautet der Hauptvorwurf von „Report Mainz" an die DAK, die die zur Telefonbetreuung ihrer chronisch kranken Versicherten nötigen Patientendaten ohne vorherige schriftliche Genehmigung an das von ihr beauftragte Callcenter weitergegeben haben soll. So ziemlich außen vor blieb bei der Berichterstattung der Zweck des „Health-Coachings".

Klar dürfte allen sein, dass sowohl bei der DAK als auch bei der KKH, dem Vorreiter des telefongestützten „Health-Coachings" in Deutschland, natürlich auch ökonomische Interessen im Hintergrund stehen. Das wissenschaftlich von der Universität Freiburg begleitete Pilotprojekt der KKH – gestartet am 1. Juli letzten Jahres – wird denn auch Anfang 2009 nach patientenorientierten, aber auch nach ökonomischen Faktoren bewertet. „Wir wollen und werden in genau jene Krankheitsphase investieren, in der durch richtige Feinsteuerung in erster Linie die Lebensqualität erhöht und in zweiter Linie Zukunftsfolgekosten reduziert werden können", erklärt KKH-Vorstandsvorsitzender Kailuweit. Dies sei eine absolute Win-Win-Situation – vor allem für den chronisch Kranken, der durch ein Mehr an Information und Betreuung in die Lage versetzt werden soll, aus eigenem Antrieb Lebensstiländerungen durchzuführen.

Genau das sei Ziel des Pilotprojekts „Health-Coaching", das die KKH derzeit in den Regionen München und Halle durchführt. Die Dramatik des Ganzen erläutert Kailuweit an einem Beispiel: „Wir haben in unserer KKH rund 1.000 Amputationen mit der Diagnose ‚diabetischer Fuß'. Bei leitliniengerechter Behandlung, die auch eine regelmäßige Untersuchung des diabetischen Fußes und regelmäßige Untersuchungen in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis erfordert, müsste viel weniger amputiert werden."

Nun kann man perfiderweise unterstellen, dass damit nur die von Kailuweit zitierten „Zukunftsfolgekosten reduziert" werden sollen, was sicher auch immanentes Ziel ist. Nur: Dass der Diabetiker ohne eine Amputation und die damit verbundenen Beeinträchtigungen eine wesentlich höhere Lebensqualität hat, davon sprechen wenige.

Um zu Lebensstiländerungen zu gelangen, die im Endeffekt wirklich einschneidende Maßnahmen vermeiden können, geht die KKH einen ganz anderen Weg als die DAK. Zum einen werden nicht alle Chroniker angeschrieben, sondern nur jene, deren Krankheitsverlauf „noch positiv beeinflussbar ist". Welche Patienten hier in Frage kommen, wurde gemeinsam mit dem Beratungsunternehmen Accenture anhand pseudonymisierter Daten ermittelt. Anschließend startet nach dem Einverständnis des Patienten ein entsprechendes Beratungsprogramm. Beauftragt hat die KKH dafür jedoch kein externes Callcenter, sondern stellte vielmehr neue eigene Mitarbeiter ein.

Der Grund: Der neue Ansatz des Patienten-Coachings ist für Kailuweit „originäres Kerngeschäft" mit hoher Relevanz für das Image einer Krankenkasse, das man darum auch nicht auslagern könne.

Der Grund liegt nicht nur im Bereich des Datenschutzes, sondern vielmehr im Bereich des Vertrauensverhältnisses, zum einen zwischen Versichertem und seiner Kasse, und noch wesentlicher im „intensiven Vertrauensverhältnis" zwischen dem Patienten und seinem Coach. Kailuweit: „Unser gesamtes Patienten-Coaching ist wesentlich von Empathie berührt und lebt vor allem von der engen Bindung des Coaches zum Patienten." Dieses Vertrauensverhältnis habe viel mit Kompetenz, aber noch mehr mit den richtigen Rahmenbedingungen zu tun: Zu diesen gehöre, dass das Patienten-Coaching von der eigenen Kasse und nicht von externen Dienstleistern ausgeführt werde; und zum anderen eine hohe kommunikative Kompetenz der Coaches.

Das sind wie bei der DAK keine Ärzte, sondern Krankenschwestern und -pfleger. „Das hat nichts mit der Wirtschaftlichkeit zu tun", verdeutlicht Kailuweit, „sondern alleine mit dem Fakt, dass diese Berufsgruppe zum einen beste Fachkenntnisse, zum anderen hervorragende kommunikative Fähigkeiten, verbunden mit einem hohen Grad an Empathie hat." Und das sei die Grundvoraussetzung für einen Coach.

Ärzte dagegen seien für dieses Berufsbild weniger geeignet, weil sie in ihrem Studium gelernt



KKH-Vorsitzender Ingo Kailuweit

hätten, zu diagnostizieren und zu therapieren. Das Handeln eines Arztes sei deshalb stärker von Analyse und Empirie geprägt als von Kommunikation.

Zum anderen müssten sich die KKH-Coaches „zu 100 Prozent an einer leitlinienorientierten Wissensdatenbank orientieren und diese dann noch verständlich dem Patienten vermitteln". Kailuweit: „Hier hilft dem Patienten medizinisches Fachchinesisch überhaupt nichts. Und uns auch kein Abweichen von der Leitlinie, wie wir es bei einzelnen Ärzten immer wieder beobachten."

Wobei Therapie nicht im Fokus des „Health-Coachings" steht. Kailuweit: „Der Coach soll die Compliance erhöhen und den Arzt dadurch in der von ihm verordneten Therapie unterstützen." Denn die KKH will – das betont der Vorstandsvorsitzende ausdrücklich – „nicht in die Therapie einsteigen", sondern die Patienten durch mehr Kommunikation und Hinwendung positiv beeinflussen. <<

Ingo Kailuweit in MVF:

„Eine hohe Empathie“

Welche Erfahrungen haben Sie mit Ihrem Coaching für chronisch Kranke gemacht?

Sehr positive. Wir hatten im August bereits über 3.000 eingeschriebene Teilnehmer, obwohl wir uns diese Zahl erst bis zum Ende des laufenden Jahres zum Ziel gesetzt hatten.

Wie ist der genaue Ablauf?

Die für das Programm in Frage kommenden Versicherten werden angeschrieben und über das neue Angebot informiert. Erst dann werden sie von unseren Coaches angerufen, ob sie Interesse haben, sich in dieses Programm einzuschreiben. Der Coach hat jedoch zu diesem Zeitpunkt keine Einsicht in die Patientendaten. Erst wenn der Patient schriftlich seine Zustimmung gegeben hat, werden dem Coach, der dann für den Patienten immer derselbe bleiben wird, die Krankendaten zur Verfügung gestellt.

Steht Patienten-Coaching auch für eine andere Qualität von Kommunikation?

Für eine andere Qualität, aber auch für eine hohe Vertrauens- und Empathieebene, die alleine schon einen sehr sensiblen Umgang mit Patienendaten erfordert. Kassen haben mehr denn je die Aufgabe, ihre Versicherten individuell über ihre jeweiligen Krankheitsbilder zu informieren – mit der Gießkannen-Information von früher kommt man heute nicht mehr weiter. Kassen müssen sich aber auch trauen, eine wesentlich aktivere Rolle im Verhältnis Arzt-Patient zu spielen – gerade zur Unterstützung der Beziehung der beiden untereinander. <<

Monitoring der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland

B.-M. Kurth (Hrsg.)
Monitoring der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. Konzepte, Anforderungen, Datenquellen
Reihe: Fuchs, C./Kurth, B.-M./Scriba, P.C. (Reihen-Hrsg.)
Report Versorgungsforschung, Band 1
Köln: Deutscher Ärzte Verlag 2008
266 Seiten
ISBN 978-3-7691-3324-0
Preis: 39,95 EUR



>> Der 108. Deutsche Ärztetag hat im Jahr 2005 beschlossen, sich am Aufbau einer wissenschaftlichen Versorgungsforschung in Deutschland zu beteiligen. Zu diesem Zweck werden für einen Zeitraum von sechs Jahren Fördermittel aus Beitragsmitteln in Höhe von 4,5 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Mit dieser Initiative wollen die Ärzte verlorenes oder preisgegebenes Terrain zurückgewinnen, denn der zunehmenden Fremdbestimmung in den Kernbereichen der ärztlichen Tätigkeit kann nur durch den Ausbau einer eigenen wissenschaftlichen Kompetenz begegnet werden.

Bei dieser Interessenlage ist es offensichtlich, dass die Ergebnisse der Versorgungsforschung nicht nur zur Verbesserung vorhandener oder Entwicklung neuer Versorgungskonzepte genutzt werden sollen, sondern auch als Instrument der Politikberatung zur Rolle der Ärzte im Gesundheitswesen wirkungsvoll eingesetzt werden sollen.

Die Förderinitiativen und weitere relevante Untersuchungen der Versorgungsforschung sollen daher in der Form eines jährlich erscheinenden Reports einer breiten und interessierten Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Anliegen des Reports Versorgungsforschung ist es, zu wechselnden Themen die wichtigsten Ergebnisse der aktuellen Versorgungsforschung zusammenzutragen.

Die Grundlage für jeden Band soll idealerweise die erweiterte Dokumentation eines im Vorfeld ausgerichteten Symposiums sein. Für den vorliegenden Band 1 war es das gemeinsame Symposium des Robert Koch-Instituts und der Bundesärztekammer zum Thema Versorgungs-Monitoring.

Der vorliegende Band 1 befasst sich aus unterschiedlicher Perspektive mit dem Monitoring der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland und legt den Fokus auf die hierzu erforderlichen Konzepte, Anforderungen und verfügbaren Datenquellen.

Alle Beiträge beginnen mit einer kurzen Zusammenfassung und schließen mit jeweils ausführlichen Literaturverweisen. Der Report ist formal wie inhaltlich klar strukturiert und kommt wie aus einem Guss daher.

Die insgesamt mehr als 20 Beiträge decken ein breites Spektrum ab. Der Nutzen von Routinedaten für die Versorgungsforschung wird anhand der Versichertenstichprobe der AOK Hessen/KV Hessen klar dargestellt. Mehrere Beiträge befassen sich mit der Nutzung von Arzneimitteldaten für Zwecke der Versorgungsforschung. Praxisbeispiele auf der Ebene der hausärztlichen Praxis werden in der Indikation Osteoporose und durch die Darstellung eines neuen Konzepts zur Erfassung von Morbiditätsdaten in der Hausarztpraxis (CONTENT) aufgezeigt.

Zwei weitere Beiträge befassen sich mit dem stationären Sektor. Viele Spezialthemen komplettieren den Report. Zu nennen sind hier: Die Chancen und Restriktionen der amtlichen Schwerbehindertenstatistik, der Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts, der Einsatz von klinischen Krebsregistern, vorhandene Datenquellen und Methoden zur Erfassung von medizinischen Behandlungsfehlern und zur Behandlungszufriedenheit.

Der Report schließt mit einem zukunftsgerichteten Beitrag über die Anforderungen an ein bundesweites Monitoring der gesundheitlichen Versorgung und die Möglichkeiten der Netzwerkbildung in Deutschland in Analogie zum Vorgehen bei unseren holländischen Nachbarn.

Praktisch und nützlich sind die Datenblätter im Anhang des Reports. Hier wurden durch die Mitglieder der SKI (Ständige Koordinierungsgruppe Versorgungsforschung) und die Arbeitsgruppe „Datenquellen für Versorgungsforschung“ eine exemplarische Bewertung von zwölf wichtigen existierenden Datenquellen vorgenommen. Das Spektrum reicht vom Nationalen Gesundheitssurvey über den GKV-Arzneimittelindex bis zur amtlichen Schwerbehindertenstatistik.

Insgesamt ist der erste Band der Reihe Report Versorgungsforschung sehr gut gelungen. Man darf gespannt sein auf die nächsten Bände. Vielleicht entscheiden sich die Herausgeber zukünftig, die unterschiedlichen Versorgungssektoren systematisch durchzuarbeiten. Denn im Grunde geht es um den gesamten und integralen Care Cycle, wobei die ärztliche Versorgung ein zentrales Element darstellt. <<