Helmut Hildebrandt, Vorstand OptiMedis AG und Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH:

„Manche Stadtteile haben gute Voraussetzungen“

Das 2005 gestartete „Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal“ ist durchaus ein Leuchtturmprojekt eines anderen, eines moderneren Versorgungskonzeptes. Eine ganze Reihe von Evaluationen einzelner Interventionsprogramme wie auch von Ergebnissen für alle Versicherten der beteiligten Krankenkassen zeigen, dass einerseits Krankenhauseinweisungen und die Zahl der Verordnungen unnötiger Medikamente zurückgehen, andererseits der Deckungsbeitrag z.B. für die Bewohner der Pflegeheime im Kinzigtal, für die ein extra Betreuungsprogramm gestartet wurde, bereits im Jahr 2010 deutlich im Plus liegt, wohingegen er im Jahr 2007 noch fast minus 3.000 Euro betrug. „Die aktuellen Resultate zeigen, wie schnell die Integrierte Versorgung zu substanziellen Erfolgen führen kann, zum Nutzen sowohl der Versicherten als auch der Kassen“, betont Helmut Hildebrandt, Vorstand der OptiMedis AG und Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH. Die Erfolgsfaktoren des von ihm initiierten Modells beleuchtet Hildebrandt im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“.

>> Das Kinzigtal ist eine Art Vorzeige-Modell. Es gibt indes sicher auch andere Gegenden in Deutschland, die für ein derartiges, inzwischen evidenzbasiertes Modell in Frage kämen. Könnte man dieses Modell skalieren, um auf der einen Seite ein Plus an Versorgung und auf der anderen Seite ein Mehr an Ökonomie zu realisieren?

Könnte man.

Aber?

Es wird Verschiedenes entgegnet. Das meist gehörte Vorurteil ist, dass das Modell Kinzigtal nur funktionieren würde, weil die Berge drum herum sind, die Patienten quasi nicht fortgehen können.

Stimmt das?

Klar sind da Berge. Man sollte vielleicht aber auch wissen, dass das Kinzigtal eine relativ große, vor allem lang gestreckte Region von wenigstens 50 Kilometern ist. Man fährt also schon eine Weile von der einen Seite zur anderen. Dazu kommt, dass die Bevölkerung im Kinzigtal relativ mobil ist, was mit der hohen Pendlerrate zu tun hat. Dadurch gibt es hohe Einstreu- und Ausstreueffekte auch in der gesundheitlichen Versorgung. Man geht eben auch in der nächst gelegenen Kreisstadt und nicht in der Stammregion zum Arzt.

Demnach ist das Modell Kinzigtal nicht die beste Modellregion?

Nicht die beste, jedoch eine mögliche. In einer Großstadt hätte man es möglicherweise sogar leichter, ein derartiges Versorgungsprojekt aufzusetzen. Ich meine nun nicht gerade einen Szenestadtteil, an den ich nicht unbedingt herangehen würde, weil die Mobilität zu groß und die Population zu jung ist.

„In einer Großstadt hätte man es möglicherweise sogar leichter, ein derartiges Versorgungsprojekt aufzusetzen.“

Und der konkrete Versorgungsbedarf ist zu gering.

Auch das. Zu beachten ist aber, dass man mit einem solchen Modell immer in eine Gesamtheit einer Population investiert. Darum wäre ein solches Modell in Städten oder besser Stadtteilen mit einer klassischen Bebauungsstruktur und höherer Agglomeration leichter aufzusetzen.

Zeigen denn Bundesländer an Ihrem Modell Interesse?

Minister, Landtagsabgeordnete und Patientenvertreter ermutigen uns durchaus, uns im Bereich der ländlichen Versorgung Gedanken zu machen. Was auch kein Wunder ist, denn viele Bundesländer haben Schwierigkeiten, gerade die Versorgung auf dem Land sicherzustellen. Doch ist das Einsparcontracting-Modell für die Erfolgsberechnung im Kinzigtal für bestimmte ländliche Gebiete mit schon aktueller Unterversorgung nicht die optimale Option. Dafür müsste man andere Modelle der Erfolgsberechnung formulieren.

Welche Regionen kommen dann in Frage?

Im Prinzip jede Menge. Eben alle Gebiete mit einer ausreichenden Versorgungsstruktur. Ein gutes Beispiel sind auch traditionelle gewachsene Stadtteile größerer Städte. So entwickeln wir beispielsweise gerade eine Lösung für einen Stadtteil von Bochum, einer Stadt, die bekanntlich mitten im Ruhrgebiet liegt.

Nur eines Stadtteils?

Bochum als Ganzes wäre schon zu groß. Wichtig ist vor allem ein gewisser räumlicher Bezug und eine räumliche Identität der Bevölkerung. Aber vielleicht noch wichtiger ist das Vorhandensein einer Versorger-Struktur, die willens ist, etwas anders als bisher machen zu wollen. Ob das nun das Kinzigtal oder eine Region, ein Stadtteil von Bochum oder einer anderen größeren Stadt ist, eines ist klar: Man muss dort Versorgung richtig umstellen, wenn man etwas erreichen will.

Gibt es eine Mindestgröße?

Räumlich gesehen weniger, allerdings sollten es insgesamt schon mindestens um die 25.000 Versicherte sein, die in ein solches Modell einbezogen werden können. Aber es gibt Krankenkassen, die einfach zu klein sind. Man braucht, damit man ein Projekt in einer Region umsetzen kann, einen relativ hohen Prozentsatz von Patienten, die in der teilnehmenden Versorgungsstruktur behandelt werden. Die Wunschvorstellung liegt bei über 20 Prozent, besser über 30 Prozent.

Einer bestimmten Population?

Eher einer Krankenkasse oder auch einer Gruppe von teilnehmenden Krankenkassen. Das hat vor allem mit der Versorgung vor Ort zu tun. So müssen zum Beispiel in unserem Modell Ärzte eine ganze Menge umstellen, um mitmachen zu können. Das aber macht ein Arzt nachhaltig nur dann, wenn er eine hinreichende Menge von Patienten hat, weil sich nur dann Prozessvorteile für ihn ergeben.

Sind derartige Regionen überhaupt operationabel? Kann man die oft geringen Patientenzahlen überhaupt mit einem solchen Modell versorgen?

Das ist die Herausforderung. Ein möglicher Weg ist es, einerseits Regionen und deren Patienten und andererseits Krankenkassen zu poolen, um eine hinreichende Größe zu erreichen. Am besten beginnt man

damit bei Regionen, bildet ein Set von drei oder auch fünf Regionen und kommt damit auf die Krankenkassen zu. Über diese Clusterung kann ein solches Modell auch für jene Kassen interessant werden, die in einer Region eben nicht 30 Prozent der Population versichert, aber in drei oder auch fünf Regionen vielleicht 12.000 Versicherte hat.



Wer gibt den Anstoß? Die Versorgung vor Ort?

Das kann eine Notdienstkooperation, eine sonstige Gruppe von Versorgern, ein Ärztenetz oder auch ein Qualitätszirkel sein. Elementar ist ein gewisser Zusammenhalt dieser Versorgungsstruktur. Wenn man den hat, muss man schauen, was man arrondieren, vielleicht auch minimieren muss und wie managementfähig das Ganze ist.

Was kann man aus diesem Kinzigtal lernen, um auch andere, vielleicht auch größere Populationen besser als bisher versorgen zu können?

Das erste Learning ist: Man muss richtig investieren.

Mehr? Oder richtiger?

Beides! Eine hohe Effektstärke benötigt auch ein circa siebenstelliges Investment vorab. Zum zweiten benötigt man intern für die Partner die richtigen Anreize.

Also auch eine andere Incentivierung.

Deshalb sind in unserem Modell die Versorger vor Ort Mitbesitzer der Gesellschaft. Sie bekommen dadurch ein unternehmerisches Mitinteresse an der Optimierung der Gesundheitsversorgung.

Sie sprechen selten von Ärzten, wobei ja oft postuliert wird, dass die hausärztliche Versorgung die bessere ist.

Sagen wir mal, dass es für die These eine gewisse Plausibilität, aber keine hinreichende Evidenz gibt. Deshalb ist unser Modell auch nicht ausschließlich hausarzt-zentiert. Wir möchten vielmehr, dass der Patient entscheidet, wer für ihn die Vertrauensperson seiner Wahl ist. Das kann auch ein Psychotherapeut, für einen 70-jährigen Mann mit Prostataproblemen auch der Urologe oder vielleicht ein Orthopäde sein, wobei letzteres sicherlich sehr selten vorkommen wird.

Sie setzen demnach die Multiprofessionalität ins Zentrum des Modells und richten sich am Wunsch des Patienten aus. Aber wo ist der Einstieg?

Es kommt darauf an, welchen Einstieg der Patient wählt. Das ist viel besser, als zwangsweise einen Hausarzt als Gatekeeper zu definieren, der aber vielleicht für den jeweiligen Patienten gar nicht die Vertrauensperson ist. Darum muss der Patient diese Vertrauensperson, bei der er sich aufgehoben fühlt, definieren können. Die aber dann auch mit diesem Vertrauensvorschuss entsprechend verantwortlich umgehen können muss.

Und auf einem bestimmten Qualitätslevel agieren muss, was bei derzeit in Deutschland versorgenden rund 800 verschiedenen Gesundheitsberufen gar nicht so einfach ist.

Man muss innerhalb eines solchen Systems ein gemeinsames Konzept mit allgemein gültigen Standards entwickeln. Man braucht aber auch einen kritischen, aufgeklärten, bewusst agierenden Patienten.

Weil sich der unmündige Patient sowieso in die Obhut von jemanden begibt, der nichts verändern will, er damit seinen Leidensweg einfach weitergeht?

Alle chronischen Erkrankungen haben immer mit Eigenaktivität zu tun. Wenn ich den Patienten nicht dazu bekomme, selbst motiviert mit seiner Erkrankung besser umzugehen, hat jedes System verloren. Deshalb bin ich ja auch kein großer Verfechter einer ausschließlich hausarzt-zentrierten Versorgung, sondern eines Systems, das sich einer vom Patienten definierten Versorgung und dessen Vertrauensperson bedient.

Das bedingt eine gewisse Verantwortung für die eigene Gesundheit und eine bestimmte Teilhabe, die nur ein Prozentsatz der chronisch Erkrankten überhaupt wahrnehmen möchte oder auch kann. Wie aber bekommen wir das Gros? Oder sind Konzepte wie Ihres eher für die teilhabenden, verantwortungsvollen Patienten gedacht?

Wir alle müssen in diesem Dilemma leben. Ich würde einmal annehmen, dass die Prozentzahl derer zunehmen wird, die relativ eigenverantwortlich mit ihrer Erkrankung umgehen werden. Dennoch wird es immer ein bestimmtes Residuum geben, das sich verweigert oder warum auch immer nicht aktiv teilhaben kann. Die spannende Frage lautet, ob man besser aus diesem Dilemma durch eine klassische direktive, patriarchale Arzt-Patienten-Beziehung kommt? Oder vielleicht doch eher durch eine Struktur, die sich des Vertrauens bedient und daraus dann ein Arbeitsbündnis für eine Optimierung der Gesundheit schmiedet?

Welche Maßnahmen fördern aktive Patiententeilhabe: Eine ist sicher Kommunikation, die Zweite monetäre Anreizsysteme.

An das Zweite trauen wir uns bisher nur vorsichtig heran. So machen wir zum Beispiel Raucherentwöhnung oder Osteoporosetraining. Die GKV erstattet beispielsweise bei Osteoporose die Dexa-Messung zur Bestimmung der Knochendichte nicht, und bei der Raucherentwöhnung weder ein Verhaltenstraining durch den Psychotherapeuten noch etwa das Vareniclin, als medikamentöse Unterstützung bei dem Rauchstopp.

Und in Ihrem Modell?

Wir machen einen Deal mit dem Patienten. Er bezahlt einen Teil dieser Leistungen, wobei die Höhe davon abhängt, wie teuer diese ist. Der Anteil des Patienten muss zumindest eine gewisse Hürde überschreiten.

Die eine Ernsthaftigkeit bedeutet.

Ernsthaft schon, aber eben auch für jenen darstellbar, der vielleicht nicht so viel Geld hat. Wenn nun ein Teilnehmer beim Nichtrauchertraining mitgemacht hat und ein Test zeigt, das er wirklich erfolgreich aufhört hat und z.B. mindestens 14 Tage lang nicht geraucht hat, dann bekommt er die ursprünglich gezahlte Eigenbeteiligung zurück. Ähnliches gibt es bei Osteoporose mit Bewegungstrainings oder bei Adipositas mit Abnehmtrainig. Solche Incentives machen wir durchaus, aber ich weigere mich, einen Patienten einfach dafür zu bezahlen, dass er etwas Gutes für sich selbst tut. Dagegen habe ich innerliche Hemmungen.

Den Arzt bekommen Sie auch nur über Geld.

Bei Patienten würde dadurch eine ganz komische Spirale einsetzen, weil er immer wieder entgleisen müsste, damit er wieder Geld abholen kann. Hier sind sicherlich immaterielle Anreize besser. Oder andere Visualisierungen, die dem Patienten deutlicher machen, was andere erreicht haben.

Im Ausland sind soziale Anreize besser angesehen als bei uns, auch bei den Ärzten, bei denen das Image und die interprofessionelle Anerkennung wesentlich wichtiger ist als ein paar Euro mehr auf dem Konto.

In Deutschland ist die Diskussion in der Vergangenheit ein wenig schief gelaufen. In der Ärzteschaft gibt es eine Gruppe, die behauptet, ohne Cash keinen einzigen Handschlag machen zu wollen, wobei sie de facto etwas ganz anderes macht. Damit wollen sie anscheinend so etwas wie einen Habitus „Unternehmer" nach außen tragen. Wir merken dagegen in unserem Modell, dass wirtschaftliche Anreize für Ärzte nicht wirklich das Wichtigste sind. Andererseits muss aber sichergestellt sein, dass ein Arzt nicht bestraft wird, wenn er gute Versorgung leistet. Ebenso kann es nicht angehen, dass ein Arzt, der in einen Patienten mehr Zeit investiert, um gute Versorgung zu leisten, keinen Euro mehr dafür bekommt. So bestraft man Menschen, die eigentlich guten Willen mitbringen.

Funktionieren denn klassische Anreizsysteme nicht?

Natürlich funktionieren die. Aber man muss sehr genau unterscheiden, ob man – wie die Amerikaner sagen – Blue-Collar-Worker vor sich hat, die sehr wohl auf harte Anreize ansprechen. Oder eben White-Collar-Worker, für die man eine gute Mischung aus ethischen und kollegialen Anreizen innerhalb der Peergruppe sowie natürlich aus monetären Anreizen bilden muss.

„Accountable Care Organizations oder das Kinzigtal sind der Versuch, so etwas ähnliches wie Managed Care hin zu bekommen, aber mit einer etwas klügeren Logik und einer nicht so rabiaten Politik."

Eine Trendwende scheint sich durch jüngere Ärzte und eine zunehmende Feminisierung anzubahnen, die nicht mehr so auf Habitus „Unternehmer" aus ist, sondern mehr Teamwork und Selbstverwirklichung, gar eine Art „Gutmenschentum" leben möchte.

All das erleben wir durchaus im Kinzigtal. Die neu dazugekommenen jüngeren Ärzte haben wirklich oft einen ganz anderen Habitus als ältere. Wobei auch sie ihre Hypotheken bedienen müssen. Darum sollte man schon realistisch bleiben und keine ideologische Glocke darüber stülpen. Wichtig ist es, ein vernünftiges Miteinander zu entwickeln, bei dem man auf Augenhöhe miteinander arbeiten und kommunizieren kann.

Wäre Patientencoaching eine Lösung für den Patienten, der aus welchen Gründen auch immer, nicht mit auf Augenhöhe kommunizieren kann?

Ein Patientencoach ist richtig und gut. Das Problem ist, dass man damit in ein an sich funktionierendes System eine zusätzliche Ebene einzieht. Es wäre klüger, eine Logik zu schaffen, in der die etablierten Player ein gemeinsames Interesse an einer guten Behandlung bekommen und dafür selbst einen Patientencoach einstellen oder Helferinnen in der Praxis entsprechend weiterqualifizieren. All das machen Versorger im Kinzigtal aus eigenem wirtschaftlichen Interesse heraus.

Das wird man nur dann machen, wenn man erkennt, dass Versorgung immer eine Prozessleistung ist. Und man über neue Prozesslösungen einen Gesamtprozess günstiger oder vielleicht auch besser lösen kann als vorher.

Genau. Dafür braucht man einerseits übersichtliche funktionierende Einheiten und andererseits Budgethoheit. Man kann noch so viele Patientencoaches einstellen oder bei der Krankenkasse etablieren, wenn die Einheiten nicht mehr überschaubar sind, wird das nicht funktionieren. Systeme wie das Kinzigtal sind Fraktale, die auch auf Grund ihrer handhabbaren Größe funktionieren.

In Amerika gibt es aktuell die Diskussion um ACO. Ist da das Kinzigtal ein deutsches Bild?

Es ist eine Art Parallelentwicklung. ACO sind entstanden aus der Erkenntnis oder auch aus der Erfahrung des Scheiterns von Managed Care, das zu einem großen Teil daran gescheitert ist, dass es zu restriktiv aufgebaut war. Man hat versucht, den Patienten zu steuern, zu lenken und zu leiten – im Prinzip immer zur billigeren Lösung. Das aber ist im Gesundheitswesen ein nur sehr begrenzt vernünftiges Modell. Denn irgendwann kapiert jeder Patient, dass er lediglich im Sinne der Kosten, aber nicht in dem der Qualität der Versorgung gesteuert wird.

Was wohl ein immanentes Problem ist, wenn Managed Care von ökonomisch Verantwortlichen initiiert wird.

Leider. Accountable Care Organizations und das Kinzigtal sind der Versuch, so etwas ähnliches wie Managed Care hin zu bekommen, aber mit einer etwas klügeren Logik und einer nicht so rabiaten Politik. Wir hatten unser Modell für Deutschland auch aus der Kritik an dem Managed-Care-Konzept der USA und dem Versuch heraus entwickelt, ein unserem Versorgungssystem entsprechendes evolutionäres Entwicklungsmodell zu geben. Ähnliches macht die Obama-Administration jetzt mit den ACO.

Beide haben aber doch gemein, dass sie nicht die große Revolution wollen, sondern in schon existierenden Strukturen ausgebildet werden?

Wir setzen eher auf eine langsame, aber kontinuierliche Entwicklung von Strukturen. Man braucht Geduld, viel Geduld. Aber wenn man sich den Erfolg ansieht, den wir für die LKK erwirtschaftet haben, dann ist das ja schon auch phänomenal. Die Pro-Kopf-Kostensteigerung ist im Kinzigtal über den Zeitraum 2005 bis 2010 um 327 Euro niedriger ausgefallen als für eine Vergleichspopulation im restlichen Baden-Württemberg. Das ist ein Delta von über 16 % der Gesamtkosten. Wir hatten für diesen Zeitraum mit einer maximalen Einsparung von 10 % gerechnet.

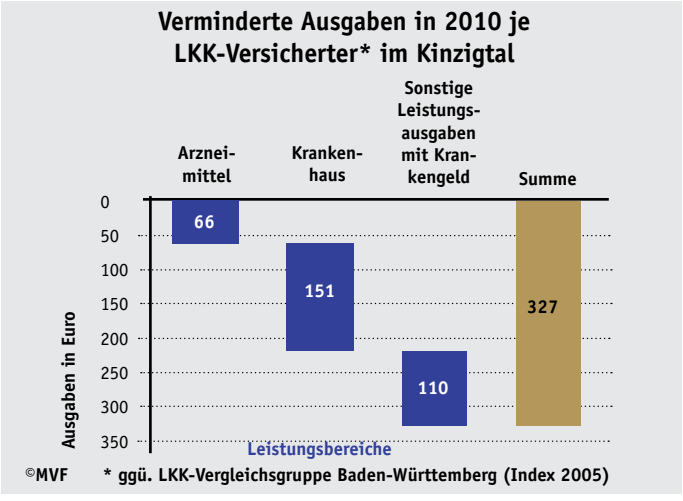


Abb. 1: Verminderte Ausgaben. Alter ≥ 20. In Versichertenjahren gerechnet. Vergleich der Kostenentwicklung der beiden Gruppen über fünf Jahre (2005 bis 2010), indexiert auf 2005 (bei Ausschluss von Hochkosten/Risikopool). Quelle: OptiMedis AG.

Danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.