Titelinterview mit Harald Möhlmann, Geschäftsführer Versorgungsmanagement der AOK Nordost

„Wir spielen nicht mit Versorgung“

Harald Möhlmann gehört als Geschäftsführer Versorgungsmanagement der AOK Nordost (ehemals AOK Berlin-Brandenburg) zu den profiliertesten deutschen Kassenmanagern. Er versteht seine Managementtätigkeit als Verpflichtung, die ihm anvertraute Versorgung der bei seiner Kasse versicherten Menschen aktiv zu verbessern. Das ist gerade bei einer Kasse, die vornehmlich in den Ländern Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg sowie Berlin vertreten ist, aufgrund der unterschiedlichen Strukturen der Gesundheitsversorgung nicht so einfach und braucht deshalb ein gehöriges Maß einerseits an Fingerspitzengefühl, andererseits bei aller gebotenen Vorsicht an Durchsetzungs- und Gestaltungswillen, denn, so Möhlmann im Titelinterview mit „Monitor Versorgungsforschung“: „Wir spielen nicht mit Versorgung.“

>> Sehr geehrter Herr Möhlmann, bringt Versorgungsmanagement in der qualitativen wie ökonomischen Betrachtung das, was man sich davon verspricht?

Dies ist eine der schwierigeren Fragen in der gesetzlichen Krankenkassenlandschaft. Als offene Gesellschaft müssen wir irgendwie immer messen, was an Outcome produziert wird. Und das tun die Krankenkassen auch, mehr oder weniger.

Warum weniger?

Das deutsche Gesundheitssystem ist leider nicht gerade so aufgebaut, dass man ganz einfach an die für eine Analyse nötigen Daten zu Struktur-, Prozess- und vor allem Ergebnisqualitäten herankäme. Struktur ist dabei noch das zugänglichste Thema, denn das ist nichts weiter als der Input an Ressourcen. Etwas schwieriger wird es beim Thema Prozessqualität, das beschreibt, wie der Durchlauf durch unser System organisiert ist – und der ist wiederum geprägt durch eine Menge an Partialinteressen und Bereichsgrenzen. Doch die Ergebnisqualität zu bewerten, das ist die ganz große Schwierigkeit.

„Ergebnisbetrachtungen sollten die objektiven Ergebnisse wie auch die subjektiven Wertungen umfassen.“

Woran liegt das?

Ein Teil der Antwort ist im deutschen System an sich angelegt. Politisch gewollt war und ist ein System mit verschiedenen Krankenkassen, obwohl alle – gesetzlich bedingt – ein im Prinzip homogenes Produkt anbieten. Jede Krankenkasse kann den Zugang, die Darbietung, die Vernetzung und den Service anders anbieten, zum Teil auch mit unterschiedlichen Inhalten und Leistungen. Das Ganze soll zu einem politisch gewollten Wettbewerb führen. Nach der ökonomischen Theorie sollten Versicherte, die durch den Wettbewerb der Kassen untereinander freie Wahl haben, zu jenen Kassen wandern, die die Versorgung besser gestalten, die also eine bessere Ergebnisqualität herstellen und damit am Patientennutzen orientiert sind. Damit wäre es dann auch vergleichsweise „einfach“ möglich, Ihre Frage zur Bewertung des Versorgungsmanagements zu beantworten.

Leider wissen wir inzwischen auch, dass das erst einmal nur bloße Theorie ist.

Das liegt vor allem an den Messparametern und den Messgrößen, die beim Vergleich genutzt werden. Anzunehmen wäre ja, dass Versicherte und Patienten aus den realen Versorgungsangeboten ihrer jeweiligen Kasse tatsächlich für sich Entscheidungskriterien ableiten und dann, wie man so schön sagt, mit den Füßen abstimmen. Nun scheint es aber nicht so zu sein, dass Unterschiede von fünf Euro pro Monat im Zusatzbeitrag oder Wanderungstendenzen aufgrund unterschiedlicher Leistungsspektren als handlungsleitend wahrgenommen werden. Uns bleibt darum im Prinzip nur die Befragung unserer Versicherten, um aus diesen Ergebnissen versorgungsdienliche Muster abzuleiten – und auf diese Weise auch zu einer Antwort auf Ihre Frage nach den Erwartungen an das Versorgungsmanagement zu kommen.

Im Dialog mit den Patienten?

Sicher, und das ist ja auch gut so. Wir befragen dauernd unsere Versicherten, beispielsweise auch zu Versorgungsangeboten wie die der Sozialpädiatrischen Zentren in Berlin. Da uns aber der eine, allseits akzeptierte, unmittelbare Ergebnisparameter fehlt, konzentrieren wir uns auf eine Zufriedenheitsabfrage der Eltern der dort betreuten Kinder. Diese so gewonnenen Ergebnisse werten wir aus und können dann auf bestimmte Muster in den Verträgen reagieren.

Gerade die Ergebnisqualität des Gesundheitssystems ist ein von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe doch recht oft gebrauchtes Schlagwort.

Für mich ist Ergebnisqualität zentral an den Begriff Patientennutzen gekoppelt. Ganz einfach ausgedrückt: Wenn die Versicherten mit dem über die Kassen finanzierten und organisierten Versorgungssystem besser dran sind als ohne, und wenn sich die Situation der Patienten mithilfe eben dieses Systems verbessert, ist zumindest Ergebnisqualität hergestellt. Dies kann natürlich auch auf einzelne Versorgungsangebote bezogen werden.

Und der Patientennutzen?

Wie gesagt: Der ist in Verbindung mit der Ergebnisqualität die andere zentrale Größe. Ein Ergebnis ist, wie Wissenschaftler und Mediziner vielleicht sagen würden, der objektive Vorteil, der aus einer Behandlung resultiert. Diesen kann man in klinischen Studien nach möglichst höchster RCT-Evidenzklasse und auch durch Versorgungsforschungsstudien herausfinden. Denn wir alle wollen wissen, was als Ergebnis rauskommt. Vergessen, manchmal nahezu negiert wird dabei, dass diese objektiven Ergebnisse ganz subjektiv wahrgenommen werden. Und zwar von jedem Versicherten anders, von jedem Patienten unterschiedlich. Was nützt es uns also, wenn wir eine gute Versorgung anbieten und diese in klinischen Studien nach Struktur- und Prozessqualitätsnormen analysieren und am Ende sagt der Patient: „Das hat mir nicht geholfen“, oder: „Das bringt mir nichts, das ist schlecht.“ Von daher sollten Ergebnisbetrachtungen insgesamt die objektiven Ergebnisse wie auch die subjektiven Wertungen umfassen. Dafür sind unsere Befragungen, ist unser aktiver Dialog gar nicht so schlecht: Denn

Krankenkassen wie die AOK Nordost achten sehr stark darauf, was ihre Patienten – respektive die Patienten im Wartestand, die Versicherten – zur real erlebten Versorgungsqualität sagen und wie zufrieden sie damit sind.



Was im weitesten Sinne auch ein Akt der Versorgungsforschung ist.

Durchaus. Die Versorgungsforschung der Krankenkassen baut auf verschiedene Säulen. Dazu gehören innerbetrieblich zum Beispiel die Entwicklung der Ausgaben und Einnahmen – das sind zwei Parameter, deren detaillierte Betrachtung schon sehr interessante Hinweise auf bestimmte Ergebnisse anzeigen kann. Wenn beispielsweise eine Kasse in einer bestimmten Patientengruppe auf einmal höhere Krankenhausausgaben misst, die auf vermeidbaren Krankenhausfällen beruhen, ist das unter Umständen nicht nur ein finanzieller, sondern auch ein qualitativer Indikator. Insofern können wir diese vergleichsweise einfach zu messenden Indikatorausgaben nehmen und daraus Handlungsimpulse ableiten. Als weitere Säulen kommen dann noch externe Betrachtungen und Patienten- sowie Expertenbefragungen dazu.

Könnten Sie das ausführen?

Nehmen wir als Beispiel den Rheumavertrag der AOK Nordost in Brandenburg. Hier treffen sich immer wieder die Ärzte, die KV, die AOK und die Rheumaliga und sprechen über den Ist- und vor allem den gewünschten Sollzustand der Versorgung rheumatisch erkrankter Versicherter. Grundlage ist hier ein spezieller Vertrag mit der KV Brandenburg. Ferner werden die im Vertrag eingeschriebenen Patienten regelmäßig befragt, um die Versorgung durch ihre Ärzte zu bewerten. Nach dem Ergebnis dieser Befragung richtet sich übrigens ein Teil des ärztlichen Honorars: Pay for results!

Gibt es solche Systeme auch außerhalb der selektiven Versorgungsverträge in der normalen Regelversorgung?

Die kann es grundsätzlich sicherlich in beiden Systemwelten geben. Die eben erwähnte Befragung von Eltern mit Kindern, die in sozialpädiatrischen Zentren behandelt werden, bezieht sich auf die Regelversorgung, denn es gibt hier bisher keinen selektiven Vertrag. Allerdings scheint es so, als ob ein solch intensives Management, also ein Mikromanagement der Versorgung, besser im Rahmen von selektiven Verträgen gelingt.

Das klingt aber doch nach einem relativ kleinen Ausschnitt in Sachen Versicherten- und Patientenzufriedenheit.

Krankenkassen führen natürlich in großer Breite Befragungen der Versicherten durch. Dabei geht es aber vor allem um die Zufriedenheit mit dem Preis-Leistungs-Verhältnis und daraus abgeleiteten Fragen der Krankenversicherung.

Das ist im engeren Sinne doch nicht mehr als Marktforschung.

Genau. Dennoch gibt uns auch diese Marktforschung Hinweise, die in Verbindung mit intern erhobenen Daten und der externen Versorgungsforschung zusammen genutzt werden können. Auch mit dem Blick auf andere europäische Länder lässt sich aber wohl feststellen, dass für den Versorgungsbereich die Befragung von Patienten im Zusammenhang mit konkreten Versorgungsangeboten sicherlich noch deutlich ausbaufähig ist.

Inwiefern?

Die AOK Nordost ist auf externe Experten aus der Versorgungsforschung zugegangen. Am tiefsten und breitesten angelegt ist dabei die Kooperation mit Professor Hoffmann und seinem Team aus Greifswald. Er hatte den Gutachterauftrag, um das Projekt Curaplan Herz Plus der AOK Nordost extern zu bewerten, das Herzinsuffizienten eine telemedizinische Begleitung bietet. Die Evaluation belegte positive Ergebnisse hinsichtlich der Überlebenswahrscheinlichkeit der Teilnehmer und der Wirtschaftlichkeit ihrer Versorgung.

Wie ist die Zusammenarbeit mit der Versorgungsforschung?

Es scheint immer ein Geben und Nehmen zu sein; vielleicht für unser Haus eher mehr ein Nehmen; wir waren doch schon sehr stark an dem Erkenntnisgewinn aus der externen wissenschaftlichen Bewertung interessiert.

Welches Geben sprechen Sie an?

Man kann beispielsweise nicht voraussetzen, dass sich alle Versorgungsforscher mit Krankenkassendaten so gut wie unsere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnnen auskennen. Für handwerklich richtige Datenanalytik braucht man ein gerütteltes Maß an strukturellen Informationen, die jede Kasse, die externe Versorgungsforschung nutzen möchte, beisteuern muss. Aber es lohnt sich, denn die Ergebnisse der externen Bewertung sind es wert.

Zum Beispiel?

Die Forscher um Professor Hoffmann haben beispielsweise an einer bestimmten Stelle der Analyse einen unerwarteten, zunächst nicht erklärbaren Effekt festgestellt. Durch den engen Austausch zwischen den Forschern und den Krankenkassenmitarbeitern über die Datengrundlagen konnten relevante Unterschiede in den Krankenhausstrukturen als Ursache identifiziert werden. Erst dann konnten die Forscher diesen Aspekt auch in ihrer Analyse berücksichtigen. Dieses Wissen ist nicht von Anfang an gegeben und muss von den Forschern erarbeitet und von den Kassen bereitgestellt werden; externe Versorgungsforschung gibt es nicht ohne internen Aufwand.

Andererseits ist aber Versorgungsforschung immer dann besonders gut, wenn sie extern gemacht wird. Das macht vielleicht aber auch deutlich, wie wichtig der Dialog zwischen Versorgungsforschung und Krankenkassen ist.

Ihren Worten zufolge scheint es bei manchen Versorgungsforschern hier schon noch einigen Aufklärungsbedarf zu geben.

Nein, wir lernen voneinander. Bei den vielfältigen Krankenkassendaten handelt es sich halt nicht um die Standardauswertungsdatenbank der Versorgungsforschung. Denn die Kassendaten wurden im Normalfall zwar zu einem wohldefinierten Zweck erhoben, aber eben nicht zur Auswertung in der Versorgungsforschung. Zudem tauchen mit jeder neuen Bewertungsaufgabe neue Ansätze und Probleme auf; auch müssen gegebenenfalls noch andere Daten aus anderen Quellen kombiniert werden. Man muss also schon mit Kassendaten umgehen lernen und viel Zeit, Mühe und Know-How investieren wollen, um diese Daten auszuwerten. All das erhöht die nötige Transferleistung, doch es lohnt sich: Denn nur externe Versorgungsforschung kann externe Validität liefern und damit unsere Sicht erweitern.

„ Versorgungsforschung ist nicht nur eine Art Controlling, Steuerung und Monitoring, sondern auch eine ganz wichtige Referenz, die nach innen und außen wirkt."

Auch als Art qualitatives Controlling?

Das ist damit sozusagen inkludiert. Keinen Wissenschaftler wird man dazu bekommen, ein Ergebnis zu publizieren, das gar nicht vorhanden ist. Das ist nicht nur eine Art Controlling, Steuerung und Monitoring, sondern auch eine ganz wichtige Referenz, die nach innen und außen wirkt. Um es noch einmal ganz deutlich zu sagen: Versorgungsforschung kontrolliert das Gesundheitssystem von seinem Ergebnis her. Genau darum ist diese Forschungsrichtung, die ihr Medium seit vielen Jahren vertritt, so enorm wichtig.

Nur wird man nicht jedes einzelne Versorgungsprojekt und jeden Detailpunkt wissenschaftlich validieren können.

Muss man auch nicht, aber man muss – davon bin ich zumindest zutiefst überzeugt – Ankerpunkte schaffen, die von außen kontrollieren, was intern abläuft. Daher sollten wir externe und interne Versorgungsforschung befördern, wo immer es geht und auch ein Stück weit systematisieren.

Damit sprechen Sie sicher auch das kürzlich neugegründete Institut GeWINO an.

Ja. Das GeWINO kann auf der einen Seite die interne Versorgungsforschung voranbringen. Damit tritt neben den Willen, für die Versicherten und Patienten zu handeln und konkrete Verbesserungen zu erreichen, auch eine verbesserte Analysefähigkeit der AOK Nordost. Auf der anderen Seite wird das GeWINO bei der Bereitstellung von Kassendaten für die externe Versorgungsforschung mitwirken und auch das notwendige strukturelle Know-How der „Kasseninsider" bereithalten.

Dass die AOK Nordost überhaupt ein derartiges Institut gegründet hat, obwohl es eines des AOK-Bundesverbandes gibt, ist schon ein wichtiger Schritt.

Ohne jeden Zweifel. Die AOK Nordost braucht mehr Transparenz, insbesondere auch über Fragestellungen in der Region, in den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Berlin. Nur auf diese Weise kann daran gegangen werden, die Transparenz über die Versorgung systematisch und strukturiert zu erhöhen.

Wie haben Sie das Institut denn überhaupt budgetiert? Eigentlich darf eine Krankenkasse gar keine Versorgungsforschung finanzieren.

Das Institut ist eine Stabsstelle der AOK Nordost und unterstützt die Aufgaben der AOK Nordost von den Fragen der Analysetechnik über Finanz- und Haushaltsplanungsfragen bis hin zu konkreten Auswertungen für den Versorgungsauftrag der Gesundheitskasse. Und dass eine solche Einrichtung zulässig ist, zeigt ja auch die entsprechende Praxis anderer Krankenkassen. Das Institut hat gerade einen Auftrag des Bundeswirtschaftsministeriums gewonnen, bei dem es darum geht, das SARAH-Projekt zu begleiten und dadurch die Datenbereitstellung voranzubringen. Hier fungiert das GeWINO übrigens als Konsortialführer.

Sie sprachen eben davon, die Versorgungsforschung ein Stück weit zu systematisieren.

Das bezog sich auf die interne Versorgungsforschung. Die AOK Nordost hat auch früher schon Mathematiker, Informatiker, Statistiker, Mediziner und Epidemiologen beschäftigt, doch mit dem neuen Institut wird das Ganze in eine zukunftsfähige Form gegossen. Um mehr Transparenz zu schaffen, gibt es regelmäßig Reports zum Versorgungsgeschehen in der Region. Ein Beispiel ist das Thema „Wartezeiten", also eine Frage nach dem Zugang der Versicherten zur Versorgung. Bereits im letzten Jahr gab es einen Report zum Thema Wartezeiten bei Augenärzten in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Berlin. Der Ansatz geht auf eine Idee des „Vertragsbereiches Ärzte" zurück und konnte nun durch das GeWINO vertieft werden. Aktuell geht es einen Schritt weiter: Mit einem Wartezeitenindex soll der Versuch gemacht werden, dauerhaft und systematisch den Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu beschreiben. Damit wird ein Punkt erreicht, der in der Struktur nicht darstellbar war. Denn das geht weit über normale Marktforschung und über Befragung hinaus und tief hinein in die Arbeit mit Datenbasen der gesetzlichen Krankenversicherung, mit all den bereits beschriebenen Schwierigkeiten und Begrenzungen, die es hier nun einmal gibt.

Wobei Analyse bei einem solchen Projekt alleine nicht ausreicht, es braucht auch das Handeln.

Es braucht den Willen zum Handeln und Gestalten. Hier hilft uns natürlich die Nähe zu unseren Vertragspartnern. Beim Wartezeitenindex zum Beispiel sprechen wir insbesondere mit den Kassenärztlichen Vereinigungen in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Berlin. In Mecklenburg-Vorpommern wird eine einfache Idee mit einem Vertrag unterstützt: Der überweisende Hausarzt schreibt ein simples „A" auf die Überweisung und kümmert sich darum, dass der Patient binnen 24 Stunden einen Facharzt sieht. Dafür bekommen sowohl der Hausarzt als auch der Facharzt eine Koordinationsgebühr. Wichtig ist dabei, dass mit diesem „A" eine medizinische Dringlichkeit, nicht allein ein von Patienten gefühlter Dringlichkeitsaspekt, dokumentiert und dann auch erfüllt wird. Mit einem „B" wird ein entsprechender Kontakt innerhalb einer Woche realisiert. In anderen KV-Bereichen wurde zwischenzeitlich etwas Ähnliches gemacht – vielleicht lässt sich das skalieren.

Das dient sicher auch dazu, eine vernünftigere Debatte um Wartezeiten an sich zu initiieren.

Sicher. Es ist doch oftmals gar nicht klar, welche Patienten wie lange auf welchen Termin warten. Sind da vielleicht viele DMP-Patienten darunter, die turnusmäßig ihren Augeninnendruck messen lassen müssen? Wenn ja, sind hier Wartezeiten nicht dramatisch.

„Was auch immer herauskommen wird: Es wird die Versorgung ein wenig verbessern.

Und wenn die Botschaft herauskommen sollte, das bei allen Überweisungen in Mecklenburg-Vorpommern nur wenige Prozent mit „A" gekennzeichnet sind?

Dann wird sich wohl der Ausgangspunkt der Debatte um Wartezeiten etwas in Richtung Realität verschieben müssen. Was auch immer herauskommen wird: Es wird die Versorgung ein wenig verbessern.

Warum investieren Sie in dieses Thema?

Weil wir handeln wollen, aber: Wir wollen richtig handeln! Wenn die Analyse zeigt, dass der Wartezeitenindex funktioniert, kann man über eine Kooperation mit der einen oder anderen KV und anderen AOKen nachdenken. Bis dahin heißt es: Daten schruppen! Und das muss halt jemand im Rahmen der Versorgungsforschung machen.

Doch auch daran sieht man, dass der intelligente Umgang mit Daten die Grundlage für ein lernendes und sich damit ständig verbesserndes Versorgungssystem darstellt.

Sie sind eine wesentliche Grundlage. So weit würde ich schon gehen. Das Versorgungssystem lebt aber auch und insbesondere von Rückkopplung – das wird oft unterschätzt. Das ist wieder eine ganz andere Art von Daten. Hier müssen Kassen lernen, noch mehr auf ihre Versicherten zu hören, und vor allem: genauer hinzuhören. Dann wird auch der lange Weg vom Payer zum Player etwas einfacher.

Wie lange dauert es denn ihrer Erfahrung nach, bis eine Innovation wie Ihr Index sich im System durchgesetzt hat?

Das kann zum Teil sehr schnell gehen, gerade bei einem Thema, das auf der politischen Agenda steht.

Man sagt doch immer, das Gesundheitssystem reagiere zu langsam und sei geradezu innovationsfeindlich.

Es kommt eben immer aufs Thema an. Doch generell bin ich bei Ihnen. Wenn wir die Veränderungsschiene von Impuls bis Wirkungswelle betrachten, kann man wohl zwei bis drei Jahre als unteren Zeitraum und bis zu zehn Jahre als oberen nehmen.

Ist das nur ein Gefühl?

Nein, durchaus auch Erfahrung. Wir haben beispielsweise mit dem Berliner Projekt mit Pflegeeinrichtungen zum Jahreswechsel 1997/98 begonnen. 2002 haben wir uns das erste Mal mit der zaghaften Aussage an die Öffentlichkeit gewagt, dass ein strukturiertes Betreuungssystem von ärztlicher Betreuung rund um die Pflegeeinrichtung die Hälfte der Krankenhauseinweisungen vermeiden kann. Bis dieses Projekt dann zu einem Best-Practice-Modell in der AOK-Gemeinschaft geworden ist, gingen noch einmal zwei Jahre ins Land. Doch im Jahr 2008 gab es dann immerhin eine entsprechende Gesetzesänderung im damals neuen § 119 b.

Demnach stimmt anscheinend die vorher genannte Obergrenze von zehn Jahren.

Man bohrt schon permanent dicke Bretter. Diese US-amerikanische Erwartung, die sich auch manche bundesdeutsche Politiker zu eigen gemacht haben, dass sich innerhalb von drei Monaten nach Gesetzesverabschiedung alles ändern muss, funktioniert bei Versorgungsfragen einfach nicht. Hier geht es nicht nur um Menschen, hier arbeiten auch Menschen. Insofern dauert es oft einfach seine Zeit, bis man das Verhalten von Menschen verstanden hat, es „einkalkulieren" und nach und nach verändern kann.

Hinter dem Ausdruck „zaghaften Aussage" steckt doch auch eine gehörige Portion Vorsicht.

Ganz ehrlich: auch Angst. Zum Beispiel haben wir mit unserem Herzinsuffizienzprojekt 2006 begonnen, ein Jahr darauf die entsprechenden Verträge unterzeichnet. Danach haben wir längere Zeit mit nur 15 Ärzten um das Unfallkrankenhaus Berlin herum rund 50 Patienten betreut.

Und warum?

Weil wir Angst hatten, dass etwas schiefgehen könnte. Das kollektive System ist dadurch gekennzeichnet, dass alle das Gleiche machen. Anders herum gesagt: Wenn alle etwas gleich falsch machen, fällt das nicht groß auf.

Doch nur, weil es einfach keine Kontrollgruppe gibt.

Genau. Das Problem tritt erst dann auf, wenn man sich mit integrativen, selektiven Verträgen vom Normalen entfernt. Man muss schon wirklich sehr vorsichtig sein, wenn man etwas anderes tut als alle anderen. Weil jeder sagen kann: „Das ist doch nur passiert, weil ihr aus dem Kollektivsystem ausgeschert seid." Wenn etwas Positives passiert ist, freut man sich, klopft sich auf die Schultern und hat nur das Problem, dass der Gedanke auf einmal sehr viele Mütter und vor allem Väter bekommen hat. Wenn jedoch etwas schiefgegangen ist, dann wird sehr schnell mit dem Finger auf einen gezeigt, frei nach dem Motto: „Das war doch jedem sofort klar, dass …" Wer handeln will, wird eben von unserem auf Beharrung ausgelegten System nicht unbedingt dazu ermuntert.

Wie ging es bei diesem Projekt weiter?

Intern wurde eine höhere Überlebenswahrscheinlichkeit von 35 Prozent in der Betreuungsgruppe nachgewiesen. Eigentlich denkt man, dass eine solche Botschaft doch eine glückliche Fügung ist.

Aber?

Man weiß doch nur zu gut, dass das Projekt auf eine ausgewählte Gruppe und ein strikt definiertes Setting aufsetzt. Darum muss man sich fragen, ob das Ergebnis belastbar und das Projekt damit skalierbar ist.

Eigentlich hätte man doch auch die moralische Verantwortung dazu.

Genau. Doch auf der anderen Seite wurden diese Zahlen intern von einem Mitarbeiter berechnet. Was ist, wenn der sich, was ja vorkommen mag, zum Beispiel einfach verrechnet hat?

Was auch zur Frage führt, wie valide Versorgungsforschung ist.

Gute Frage: Wie valide ist denn Versorgungsforschung? Und weiter schließt sich die Frage an: Kann damit die Abweichung vom Kol-

lektivsystem hinreichend und rechtssicher begründet weden? Dann: Wer trägt die Verantwortung, wenn etwas passiert? Stellen Sie sich bitte diese Fragestellungen unter dem permanenten staatlichen wie kommunikativen Kontrolldruck für Krankenkassen vor. Am ersten Tag habe ich mir die hübsche Zeitungsschlagzeile vorgestellt: „Weil du AOK versichert bist, lebst du länger." Am zweiten Tag kommt aber schon jemand und sagt vielleicht: „Die haben die komischen Zahlen doch selbst gemacht"; am dritten kommt der Druck, alle Daten zu offenbaren, was aber vielleicht nach den geltenden rechtlichen Gegebenheiten nicht geht. Und am vierten Tag wird dann der Verdacht geäußert, jemand hat sich willentlich oder unwillentlich verrechnet. Und am fünften Tag ist das Projekt tot.

Das sind dann die Alpträume eines Kassenmanagers.

Jedenfalls muss man so etwas berücksichtigen.

Dennoch scheinen solche Entscheidungen immer ein gewisses Wagnispotenzial zu haben.

So ist es. Dabei geht es gar nicht um Sieg oder Niederlage, sondern darum, ob man gewillt ist, miteinander verantwortungsvoll zu versuchen, die Gesundheitsversorgung in unserem Land Stück für Stück zu verbessern. Auch darum oder vielleicht genau darum braucht es Versorgungsforschung, die im konkreten Fall durch die Analysen der Uni Greifswald von außen bestätigt hat, dass das Projekt AOK-Curaplan Herz Plus positiv auf Überlebenswahrscheinlichkeit und Wirtschaftlichkeit wirkt. Wichtig ist es, Versorgungsforschung als langfristigen Ansatz zu begreifen, denn ansonsten wird nur ein bestimmter Output zu einem bestimmten Zeitpunkt gemessen.

Darum gibt es ja auch Langzeitbetrachtungen.

Sicher. Und darum tut man gut daran zu fragen, ob hier nicht eine Nachfolgeuntersuchung als Art Follow-Up in zwei, drei oder vier Jahren Sinn macht. Doch schon mit den jetzigen Ergebnissen können wir gut arbeiten. Denn auf deren Basis konnten die Zahlen der betreuten Patienten stark nach oben skaliert werden.

Auf aktuell mehr als 5.000 von gut 30.000 Patienten mit der entsprechenden Diagnose.

Die Herausforderung ist die Stratifizierung. Wir müssen zuerst die Patienten aus der Gesamtgruppe auswählen, die bei der klinischen Diagnose Herzinsuffizienz einen höheren Score nach dem New York Heart Association-Score (NYHA) 1 bis 4 haben. Dabei muss man versuchen, einen Algorithmus zu finden, mit dem man genau diejenigen finden kann, die am meisten von einem derartigen System profitieren. Doch das ist alles andere als trivial.

Sie beschreiben ein sehr vorsichtiges Vorgehen, mit dem man Innovation erkennen und diese dann in die Regelversorgung umsetzen sollte.

Das ist auch allen anzuraten, die sich damit beschäftigen. Wir spielen eben nicht mit Versorgung.

Das ist sicher ein guter Grundsatz, den der ach so leicht vergisst, der Krankenkassen vorwirft, nur an die Ökonomie zu denken.

Dieser Vorwurf ist ein ganz gefährliches Pflaster. Das, was in diesem Vorwurf steckt, lautet nicht: Die Kasse denkt nur an die Ökonomie. Sondern: Die Krankenkasse denkt nur an und in Knete.

„Ökonomie ist Aufwand und Ertrag und Nutzen und Wohlfahrt. All das ist im Ökonomiebegriff enthalten."

Das hört man doch nur allzu oft.

Das stimmt aber nicht. Ökonomie ist Aufwand und Ertrag und Nutzen und Wohlfahrt. All das ist im Ökonomiebegriff enthalten. Oft wird Kassenmanagern unterstellt, dass sie nichts anderes im Sinn hätten, als die Leistungserbringenden dem zu berauben, auf das sie qua erbrachter Leistung Anspruch haben. Dem ist aber nicht so. Kassen stehen für die andere Ebene der Ökonomie, die ich mit Wohlfahrtsökonomie umschreiben möchte. Im Kern dreht sich alles um die Frage, welches System, welche Regelung und welche Kombination aus Verträgen wir gemeinsam organisieren wollen, damit es den zu versorgenden Menschen besser geht. Hier geht es in erster Linie nicht einmal um Qualität, sondern um den Nutzen, der beim Menschen, der beim Patienten ankommt.

Dieser Ökonomiegedanken wird nur allzu oft sehr verkürzt dargestellt.

Damit beschneiden wir uns leider auch vieler Möglichkeiten. Natürlich geht es auch immer ums Geld – so blauäugig bin ich dann doch wieder nicht. Aber im Kern sollten wir uns alle von der Frage leiten lassen, wie wir etwas gemeinsam bewegen können. Auch, wenn es schwierig ist.

Auch weil nichts zu tun moralisch verwerflich wäre.

Ich will einfach nicht irgendwie irgendetwas machen. Insofern ist das Versorgungsmanagement der AOK Nordost, wie ich den Auftrag verstehe, dem positiven Verändern verpflichtet und nicht der Wahrung des Status Quo.

Herr Möhlmann, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führten MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Harald Möhlmann

Harald Möhlmann ist seit 2010 Geschäftsführer des Bereichs Versorgungsmanagement der AOK Nordost bzw. zuvor der AOK Berlin-Brandenburg. Nach dem Studium der Wirtschaftswissenschaften an der Universität Hannover arbeitete er als Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Institut für Soziale Medizin an der Freien Universität Berlin. Von 1990 bis 2009 war Möhlmann in verschiedenen Leitungspositionen der AOK Berlin bis hin zum Mitglied der Geschäftsleitung und Beauftragten des Vorstandes tätig. Neben seiner Arbeit in der AOK engagierte er sich an verschiedenen Berliner Hochschulen als Dozent und übernahm verschiedene Beratungstätigkeiten im Auftrag der Bundesregierung bzw. der Europäischen Union in den Gesundheitssystemen der Tschechoslowakei, Rumäniens oder Bulgariens.



Sie spielen. Unbeschwert.

Die Diagnose einer schweren Erkrankung wirft das Leben der Patienten oft aus der Bahn und lässt sie mit Angst und Ungewissheit zurück. Sie hoffen darauf, ganz alltägliche Momente wieder so zu erleben wie vor der Diagnose. Damit nicht die Krankheit im Vordergrund steht, sondern der beste Ballwechsel.

Als forschendes Pharmaunternehmen arbeiten wir gemeinsam mit unseren Partnern vor Ort und weltweit daran, dass erkrankte Menschen wieder am Alltag teilhaben und möglichst unbeschwert leben können. Wir nennen das: Mehr leben im Leben.

Janssen. Mehr leben im Leben.

www.janssen-deutschland.de

Janssen-Cilag GmbH Auf diesem Bild sind Models zu sehen. Es dient lediglich Anschauungszwecken.

WIR ÜBER UNS

ONKOLOGIE

IMMUNOLOGIE

PSYCHIATRIE

INFEKTIOLOGIE

janssen

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson&Johnson