



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT



GKV-FINANZREFORM

SPEZIAL

Woher die Mäuse nehmen?

+++ Konzepte, Perspektiven, Hintergründe

Inhalt

STARTSCHUSS

Die Versicherten nicht überfordern

von Herbert Reichelt 3

ÜBERBLICK

Woher die Mäuse nehmen?

von Jan Carels und Christian Sommerhage 4

WIRTSCHAFT

»Wettbewerb braucht Regeln«

Interview mit Klaus-Dirk Henke 7

CASE MANAGEMENT

Der Mensch im Mittelpunkt

von Oliver Häußler 8

KOPFPAUSCHALE

Kleiner Beitrag, große Wirkung

von Stefan Greß und Simone Leiber 10

GESUNDHEITSMARKT

Kein Wachstum ohne Solidarität

von Klaus Jacobs 12

MORBI-RSA

»Der Ausgleich geht nicht weit genug«

Interview mit Holger Söldner 13

RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

Ziele erreicht?

von Dorothee Schawo 14

Glossar 16

Lese- und Webtipps

Literatur

■ *Stefan Greß, Stephanie Heinemann, Klaus Jacobs*

Gesundheitsreform: Spicken beim Nachbarn
G+G 1/2010, Seite 21–26

■ *Klaus-Dirk Henke*

Wettbewerb als neuer Ordnungsrahmen. Konkurrenz belebt das Geschäft, auch in der Krankenversicherung.
In »Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb. Probleme, Trends und Perspektiven«, Seite 299–312, Herder-Verlag, Freiburg 2008

■ *AOK-Bundesverband*

Morbi-RSA: Zielgenauer Wettbewerb
G+G Spezial 6/2009

■ *Klaus Jacobs, Jürgen Klauber, Johannes Leinert*

Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung.
WIdO 2006

■ *Florian Staeck*

Hollands Gesundheitsreform unter der Lupe
Ärztezeitung, 14.1.2010

■ *Arbeitnehmerkammer Bremen (Hrsg.)*
Kopfpauschale mit »Sozialausgleich«
Bremer Arbeitnehmer-Magazin 3/2010, Seite 12–13

Internet

■ www.aok-bv.de

AOK-Bundesverband mit verschiedenen Informationen zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Unter → *Politik* → *Finanzierung* finden Sie ausführliche Informationen zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich im internationalen Vergleich.

■ www.bmg.bund.de

Bundesministerium für Gesundheit. Unter → *Ministerium* → *Statistik* finden Sie aktuelle Statistiken zur Finanzierung des Gesundheitswesens.

■ www.boeckler.de

Hans-Böckler-Stiftung. Informationen zum Projekt »Reformperspektiven für die Sozialversicherung im internationalen Vergleich« finden Sie unter → *Projekte* → *Forschung im WSI*.

■ www.bva.de

Bundesversicherungsamt mit Infos über die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs hin zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich.

■ www.igke.de

Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie. Ausführliche Informationen über den Forschungsschwerpunkt »Finanzierung der Krankenversicherung« finden Sie unter → *Forschung* → *Schwerpunkte*.

■ www.gkv-spitzenverband.de

Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung. Informationen zur Finanzierung, dem Gesundheitsfonds und der Beitragsbemessung finden Sie unter → *GKV* → *Finanzierung*.

■ www.wido.de

Wissenschaftliches Institut der AOK mit Infos zu Gesundheitsfonds, Kopfpauschalen und der Bürgerversicherung unter → *Gesundheitssystem*.

Die Versicherten nicht überfordern

Solidarisch, stabil und nachhaltig – die Ansprüche an eine GKV-Finanzreform sind hoch. Deshalb braucht die gesetzliche Krankenversicherung verlässliche Rahmenbedingungen, damit sie auch künftig eine gute medizinische Versorgung für alle Bürger sicherstellen kann. Dabei darf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherten aber nicht aus den Augen verloren werden.

Von **Herbert Reichelt**



Die Bundesregierung will die künftige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung neu gestalten. Das zwischenzeitlich von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler vorgestellte Modell soll in den nächsten Wochen angepasst werden. Dabei soll der Arbeitgeberanteil festgeschrieben und die einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträge weiterentwickelt werden. Bis zur Sommerpause soll das neue Konzept vorliegen.

Ziel ist es, so heißt es in den Eckpunkten der Koalition, die begrenzten finanziellen Ressourcen effizient und im Sinne einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung einzusetzen. Bevor jedoch Einnahmesteigerungen beschlossen werden, sollen strukturelle Maßnahmen auf der Ausgabenseite geprüft werden, um den Anstieg der Kosten nachhaltig zu begrenzen. Dabei sollen alle Ausgabenbereiche auf den Prüfstand gestellt werden.

Der AOK-Bundesverband unterstützt dieses Vorgehen, denn zusätzliche Belastungen für die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen aufgrund des demografischen Wandels und des medizinischen Fortschritts sind nur zu rechtfertigen, wenn gleichzeitig die bestehenden Einsparmöglichkeiten auf der Ausgabenseite genutzt werden. Nur so kann die bestehende Schere zwischen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung wirksam geschlossen werden. Die ersten Maßnahmen im Arzneimittelbereich weisen in die richtige Richtung. Aber auch in anderen Bereichen müssen

die Einsparungsbemühungen verstärkt werden. Zusätzlich zu den kurzfristigen Maßnahmen auf der Ausgabenseite werden aber auch strukturelle Veränderungen notwendig sein. Hier muss die Maxime gelten, die wettbewerblichen Spielräume der Akteure im Gesundheitssystem zu stärken, damit die vorhandenen Wirtschaftlichkeitspotenziale optimal erschlossen werden können.

So kann durch die Innovationskraft des Wettbewerbs eine an den Bedürfnissen der Versicherten orientierte, bezahlbare und gleichzeitig hochwertige medizinische Versorgung für alle auch in Zukunft sichergestellt werden.

Mit Blick auf die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist dabei entscheidend, dass die Basis der solidarischen Finanzierung erweitert, die ökonomische Leistungsfähigkeit jedes Einzelnen berücksichtigt und die Abhängigkeit von der Arbeitsmarktentwicklung reduziert wird.

Dr. Herbert Reichelt ist Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes.

Woher die Mäuse nehmen?

Die Bundesregierung will das GKV-Finanzierungssystem reformieren. Politiker diskutieren jetzt über Pauschalen, Wettbewerb und Effizienz. **Jan Carels** und **Christian Sommerhage** wissen, worum es dabei wirklich geht: eine bezahlbare Gesundheitsversorgung für Menschen wie Familie Meier.

Familie Meier wohnt in Haßloch. Eine ganz normale Familie in einer ganz normalen Stadt: zwei Kinder, ein Hund, ein Reihenhaus. Vater Thomas arbeitet in der Metallindustrie, die in Haßloch eine große Tradition hat. Mutter Silke kümmert sich um die Erziehung der Kinder und arbeitet halbtags im öffentlichen Dienst. Die Großeltern Meier wohnen nur 500 Meter entfernt. Großvater Heinz hatte letztes Jahr eine schwierige Herzoperation, die er

geworden, die hier neue Produkte testen. Die gewonnenen Erkenntnisse stimmen laut Gesellschaft für Konsumforschung zu 90 Prozent mit späteren Marktdaten überein. Schaut man auf die medizinische Infrastruktur, so ergibt sich auch hier ein für Deutschland typisches Bild. 25 Ärzte aller Fachrichtungen, zehn Krankenhäuser in der näheren Umgebung und fünf Apotheken bilden den Kern der medizinischen Versorgung für die 20.486 Einwohner. Sie werden ergänzt von weiteren 77 Einrichtungen, darunter Sanitätshäuser, Physiotherapeuten und Logopäden. So ist eine wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung von Haßloch sichergestellt. Und dafür werden letztlich die Beiträge der Mitglieder benötigt. Allein die AOK gibt für ihre 4.400 Versicherten in Haßloch rund zehn Millionen Euro im Jahr aus. Hochgerechnet auf alle Einwohner sind das nahezu 50 Millionen Euro, die allein in Haßloch jährlich über Kassenbeiträge und Steuern für die Krankenversicherung aufgebracht werden müssen.



aber gut überstanden hat. Großmutter Ingrid leidet an Altersdiabetes. Sie ist in einem speziellen Versorgungsprogramm ihrer ortsansässigen AOK eingeschrieben. Silke Meier fährt in zwei Wochen mit ihren Kindern zur Mutter-Kind-Kur an die Ostsee, denn der Sohn leidet an allergischem Asthma. Die Tochter muss noch einige Wochen mit Gehstützen durch die Gegend humpeln, seit sie sich bei einem Fahrradunfall das Bein gebrochen hat. Dass all diese medizinischen Leistungen bezahlt werden, ist für die Meiers keine Frage – es war ja schon immer so.

Medizinische Versorgung kostet Geld. So, wie die Meiers eine Durchschnittsfamilie sind, ist Haßloch eine typische deutsche Stadt. Seine Bevölkerungs- und Einkommensstruktur repräsentiert in etwa den Durchschnitt der deutschen Bevölkerung. So ist Haßloch zum Mekka für Marktforscher

Kostentreiber Demografie. Es ist Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), allen 70 Millionen GKV-Versicherten in Deutschland unabhängig von Alter, Einkommen und Gesundheitszustand Zugang zu einer hochwertigen medizinischen Versorgung zu ermöglichen, ohne sie dabei finanziell zu überfordern. Der Politik kommt dabei die Rolle zu, entsprechende Rahmenbedingungen zu setzen. Sie schafft – beispielsweise indem sie mehr wettbewerbliche Elemente zulässt – für die verschiedenen Akteure im Gesundheitssystem Anreize, damit diese eine qualitativ hochwertige und dabei möglichst wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gewährleisten. Experten gehen allerdings davon aus, dass demografische Entwicklung und medizinischer Fortschritt die Kosten der GKV künftig weiter in die Höhe treiben werden. Wie das finanziert werden soll, darüber wird aktuell im politischen Berlin kontrovers diskutiert. Dabei gilt es verschiedene Ebenen der Finanzierung zu beachten, die miteinander zusammenhängen: Mittelbedarf, Mittelherkunft, Mittelverteilung und Mittelverwendung (siehe Grafik Seite 5).

Jedes Jahr wird neu entschieden, wie viel Geld die GKV überhaupt für die Finanzierung der medizinischen Versorgung benötigt. Für das Jahr 2010 wird der Mittelbedarf – also das von den Kassen für die Gesundheitsversorgung benötigte Geld – vom Schätzerkreis auf 173 Milliarden Euro

taxiert, das entspricht durchschnittlich 2.500 Euro je Versicherten. Neue teure Medikamente, innovative Therapieangebote, Einkommenszuwachs für Angestellte im Krankenhaus – es gibt viele Gründe, warum der Mittelbedarf stetig steigt. Dabei muss der Bedarf so kalkuliert werden, dass er auch langfristig finanzierbar bleibt. Um ihn so hoch wie nötig und so niedrig wie möglich festzusetzen, werden die einzelnen medizinischen Leistungsbereiche immer wieder auf bestehende Sparpotenziale und eine bessere Effizienz hin überprüft.

Auf der zweiten Finanzierungsebene, der Mittelherkunft, geht es um die Frage, woher das notwendige Geld eigentlich kommen soll. Hierauf konzentriert sich zurzeit die politische Diskussion in Berlin. Die zentrale Frage ist dabei, welcher Anteil über prozentuale Krankenkassenbeiträge, über Steuern oder über lohnunabhängige Prämien finanziert werden soll. Auch wenn die Parteien dies kontrovers diskutieren, besteht wenigstens ein Grundkonsens: Egal, wie groß oder klein das Einkommen des Einzelnen ist, jeder soll die gleiche notwendige und zweckmäßige medizinische Versorgung erhalten – und keiner soll durch die Kassenbeiträge finanziell überfordert werden. Der Mix aus unterschiedlichen Finanzierungsbausteinen sollte so ausgestaltet werden, dass die finanzielle Belastung gerecht auf alle Bevölkerungsgruppen verteilt ist.

Morbi-RSA ermöglicht Wettbewerb. Bei der Mittelverteilung, der dritten Finanzierungsebene, geht es darum, die im Gesundheitsfonds gesammelten Beiträge so auf die Krankenkassen zu verteilen, dass sie starke Anreize haben, ihren Versicherten ein adäquates Versorgungsangebot bereitzustellen. Dazu bedarf es eines Wettbewerbs mit fairen Rahmenbedingungen. Nur wenn die Kassen mit ihren Leistungen und Preisen im Wettbewerb stehen, haben sie einen Anreiz, ihren Versicherten ein möglichst optimales Preis-Leistungsverhältnis anzubieten. Ist das Angebot unzureichend, können die Versicherten zu einer anderen Kasse wechseln. So konkurrieren die Kassen um ihre Kunden und sorgen gleichzeitig dafür, dass die Mittel der Beitragszahler wirtschaftlich eingesetzt werden.

Früher hatten die Krankenkassen in einem weitgehend ungesteuerten Wettbewerb vor allem ein Interesse daran, gesunde und gutverdienende Mitglieder zu versichern, da diese weniger Kosten verursachen und höhere Beiträge zahlen. Um eine Diskriminierung kränkerer und einkommensschwacher Versicherter zu vermeiden, erhalten die Krankenkassen heute bei der Mittelverteilung durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) für Kranke im Verhältnis mehr Geld als für Gesunde. Denn der Preis einer Krankenkasse soll nicht aussagen, wie viel gesunde oder kranke Mit-

GKV-Finanzierung – ein komplexes Gefüge

EBENE 1 – Mittelbedarf

Ausgabenvolumen 2010: 173 Mrd. Euro

EBENE 2 – Mittelherkunft



EBENE 3 – Mittelverteilung

Gesundheitsfonds

Risikoadjustierte
Zuweisungen

EBENE 4 – Mittelverwendung

Krankenkassen

Vergütung

Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhäuser, Apotheker etc.)

Wie soll die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Zukunft finanziert werden – über prozentuale Beiträge vom Lohn oder über einkommensunabhängige Pauschalen? Zurzeit konzentriert sich die politische Diskussion in Berlin auf die Mittelherkunft (Ebene 2). Wer jedoch die GKV-Finanzierung nachhaltig reformieren will, sollte auch die Ebenen Mittelbedarf, Mittelverteilung und Mittelverwendung im Blick behalten.

Quelle: AOK-BV

gliedert sie hat oder ob diese über besonders hohe oder geringe Einkommen verfügen. Wichtigstes Wettbewerbskriterium ist vielmehr, ob sie ein gutes und wirtschaftliches Versorgungsmanagement anbietet (siehe Interview Seite 15).

Mehr Service für Versicherte. Ziel der gesetzlichen Krankenkassen ist es, eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung zu einem möglichst guten Preis-Leistungsverhältnis mit einem besonderem Service für ihre Versicherten zu kombinieren. Um diesen Aspekt geht es auf der vierten Finanzierungsebene, der Mittelverwendung. Selektive Verträge, etwa mit einzelnen Arztverbänden oder Krankenhäusern, könnten den Wettbewerb unter den Leistungserbringern deutlich erhöhen. Hier gibt es nach wie vor ein großes Effizienzpotenzial – und zwar völlig unabhängig davon, ob die Finanzierung der Kassen künftig über Prämien oder Beiträge erfolgen wird. Erste Schritte in die richtige Richtung sind vom Gesetzgeber bereits gemacht. Um den Wettbewerb noch weiter auszubauen, brauchen die Kassen jedoch einen größeren Freiraum zur Gestal-

»Den Wettbewerb um Qualität stärken«



Ein politischer Kompromiss über die künftige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist zurzeit nicht absehbar. Der Handlungsbedarf ist jedoch groß, da das zu erwartende Defizit in der GKV-Finanzierung für 2011 – aufgrund der Begrenzung des Zusatzbeitrags auf ein Prozent des Bruttolohns – nicht mehr gedeckt werden kann.

Um die größten Finanz- und Strukturprobleme der GKV zu mildern, sollte daher der allgemeine, paritätisch finanzierte Beitragssatz rechtzeitig angehoben werden. Desweiteren müsste der Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit durch einen umfassenden Morbi-RSA, wie er beispielsweise in den Niederlanden praktiziert wird, weiter gestärkt werden. Würde zudem der Gesundheitsfonds die GKV-Leistungsausgaben generell zu 100 Prozent finanzieren, wäre ein benötigter Zusatzbeitrag künftig allein Ausdruck des unwirtschaftlichen Handelns einer Krankenkasse. Eine weitere Maßnahme: Mit einem Steuerzuschuss von zehn Prozent der Leistungsausgaben an die gesetzliche Krankenversicherung könnten alle Bürger – auch die PKV-Versicherten – am Sozialausgleich in der GKV beteiligt werden. Schließlich sollte baldmöglichst ein Präventionsgesetz auf den Weg gebracht werden, um den Auswirkungen der demografischen Entwicklung durch wissenschaftlich evaluierte Präventionsangebote entgegenzuwirken. ■

Professor Dr. Eckart Fiedler lehrt am Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie der Universität Köln.

tung ihrer Verträge mit den Leistungserbringern als bisher. Eine größere Vertragsfreiheit gibt den Kassen nicht nur die Möglichkeit, eine gute medizinische Qualität zu einem wirtschaftlichen Preis, sondern auch einen besonderen Service einzufordern. Schnelle Termine bei Fachärzten, keine Wartezeiten in der Arztpraxis bei Terminvergabe oder die Zweitmeinung von Spitzenmedizinerinnen bei bestimmten Diagnosen sind Beispiele dafür, wie die AOK im Rahmen der bisherigen Möglichkeiten die erweiterte Vertragsfreiheit bereits nutzt, um auf die Wünsche ihrer Versicherten einzugehen. Je stärker sich ein solcher Wettbewerb entfalten kann, desto mehr profitieren die Versicherten.

Immer das Gesamtkonzept im Auge behalten. Im Zentrum der aktuellen Reformdebatte steht die Ebene der Mittelherkunft. Hier sind die Parteien unterschiedlicher Auffassung. Wichtig ist jedoch, bei dieser Diskussion nicht zu vergessen, dass unabhängig von der Mittelherkunft ein funktionsfähiger Wettbewerb sichergestellt sein muss. Das erfordert einen Morbi-RSA, der einen vollständigen Einkommens- und Krankheitsausgleich umsetzt. So bleibt Wettbewerb dauerhaft auf Wirtschaftlichkeit, das heißt »beste Versorgung« ausgerichtet. Nur so können die strukturellen Unterschiede zwischen den Krankenkassen sachgerecht abgebildet und Wettbewerbsverzerrungen vermieden werden. Die Politik erhält damit eine verlässliche Basis für die Entscheidung, welcher Teil der GKV-Einnahmen über prozentuale beziehungsweise pauschale Beiträge erhoben werden könnte. Dieses Verhältnis von Beitrags- und pauschalierter Finanzierung könnte bei einem umfassenden Risikoausgleich künftig – je nach politischer Konstellation – jederzeit neu angepasst werden, ohne dass die positiven Effekte des Wettbewerbs dabei beeinträchtigt würden.

Nur wenn alle vier Finanzierungsebenen betrachtet werden, lässt sich ein stimmiges Gesamtkonzept erstellen, bei dem der Wettbewerb im Sinne der Versicherten funktioniert. Seine effizienzfördernde Eigenschaft leistet einen Beitrag, die künftigen Herausforderungen des demografischen Wandels und des medizinischen Fortschritts zu bewältigen. Dazu zählen beim Mittelbedarf ein ausreichendes Volumen, um die medizinisch notwendigen Leistungen zu bezahlen; bei der Mittelherkunft eine Entscheidung über die Ergänzung lohnabhängiger Beiträge um pauschalierte Beiträge; bei der Mittelverteilung ein hundertprozentiger Einkommens- und Krankheitsausgleich zwischen den Kassen und bei der Verwendung der Mittel entsprechende Vertragsfreiheiten für Krankenkassen und Leistungsanbieter, um eine an den Bedürfnissen der Versicherten orientierte Versorgung bereitstellen zu können. Dabei ist eine schrittweise Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen geboten, damit sich die Akteure nach und nach darauf einstellen können – in Haßloch und anderswo. ■

Jan Carels leitet die Geschäftsführungseinheit Politik und Unternehmensentwicklung, Christian Sommerhage ist Mitarbeiter der Geschäftsführungseinheit Finanzen beim AOK-Bundesverband.



»Wettbewerb braucht Regeln«

Der gesetzlichen Krankenversicherung fehlt Geld. Ein effizienter Einsatz der vorhandenen Mittel spielt deshalb eine immer größere Rolle. **Klaus-Dirk Henke** plädiert für einen kontrollierten Wettbewerb: So ließe sich die medizinische Versorgung kostengünstiger und bedarfsgerechter gestalten.

Gesundheit ist keine Ware. Wie passen Wettbewerb und medizinische Versorgung zusammen?

Natürlich ist Gesundheit keine Ware, die man kaufen kann. Wettbewerb bedeutet aber auch Vielfalt, und von mehr Vielfalt im Gesundheitswesen können die Menschen ganz sicher profitieren. Ich denke dabei vor allem an die unterschiedliche Art und Weise, wie in der medizinischen Versorgung Gesundheitsleistungen erbracht werden – ambulant und stationär, aber auch sektorentübergreifend. Hier führt mehr Wettbewerb zu einer medizinischen Versorgung, die sich am Bedarf orientiert und kostengünstiger ist.

Also kann mehr Wettbewerb das Gesundheitswesen effizienter machen?

Aber sicher. Wettbewerb hat ja auch eine Schutzfunktion. Er soll die Freiheit des Einzelnen gegenüber politischer und wirtschaftlicher Übermacht schützen und den Menschen zu mehr Mündigkeit verhelfen. Und die Früchte des Wettbewerbs – Gewinne erzielen und die Vergeudung von Ressourcen vermeiden – kommen ja allen Patienten und Versicherten zugute. Außerdem ist Wettbewerb immer auch ein Wettbewerb an Ideen, der in den Köpfen der beteiligten Akteure stattfindet.

Sparpotenziale nutzen und Qualität gewährleisten – wann geht das eine auf Kosten des anderen?

Im günstigsten Fall gar nicht. Im regulierten Wettbewerb spielen viele veränderliche Größen eine Rolle. Dazu gehören Preis, Service, Zugang zu Innovationen, Wartezeiten und – ganz wichtig – Qualität. Damit keine Größe zu kurz kommt,

muss der Wettbewerb gewissen Spielregeln folgen. Dazu gehören ein Kartellverbot, eine Missbrauchsaufsicht, ein Sicherstellungsauftrag und die Bekämpfung staatlicher Wettbewerbsbeschränkungen – hier nenne ich die Stichworte Marktzugang, staatliche Monopole oder Protektionismus. Für den wachsenden zweiten Gesundheitsmarkt dagegen, also alterna-

»Wir haben es im Gesundheitswesen nicht mit einer Kostenexplosion zu tun.«

tive Medizin, Wellness, Sport oder Nahrungsergänzungsmittel, stellt sich die Frage nach Effizienzreserven nicht. Hier geht es um freiwillige private Konsumausgaben, nicht um erstattungsfähige medizinische Leistungen. Man sollte nicht vergessen, dass die Gesundheitswirtschaft einen erheblichen Beitrag zur Beschäftigung und Wertschöpfung leistet.

Wo sehen Sie noch Effizienzreserven, vor allem bei den gesetzlichen Krankenkassen?

Es gibt immer Effizienzreserven. Sie zu mobilisieren ist ein permanenter Vorgang, der im kontrollierten Wettbewerb eher möglich ist als unter den Bedingungen gemeinsamer und einheitlicher Planung. Was die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) betrifft: Sie hängt stark von den politischen Rahmenbedingungen ab, die sich aktuell ändern. Die geplante Erhöhung des Zwangsrabatts für Pharmafirmen ist für die Krankenkassen kurzfristig von Vorteil. Aus Sicht der Kassen und ihrer Versicherten handelt es sich hier um eine

wirksame Form von Wettbewerb. Wettbewerb gehört zu den Rahmenbedingungen eines jeden Sektors, und es gibt immer neue Möglichkeiten zu entdecken. Vielleicht sollten die gesetzlichen Krankenkassen entstaatlicht werden, um unabhängiger zu sein und sich dem Markt zu öffnen. So ließe sich vielleicht die Dualität von privater und gesetzlicher Krankenversicherung überwinden. Und was die Ausgaben im Gesundheitswesen betrifft, haben wir es ja noch mit weiteren Ausgabenträgern zu tun: die Lohnfortzahlung der Arbeitgeber, die Krankenhausfinanzierung im Rahmen der Krankenhausbedarfsplanung, die Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung, die gesetzliche Pflegeversicherung und die private Krankenversicherung. Auf die GKV entfällt nur gut die Hälfte der Ausgaben. Hier ist mir übrigens eine Bemerkung sehr wichtig: Wir haben es im deutschen Gesundheitswesen nicht mit einer Kosten- oder Ausgabenexplosion zu tun. Die Gesundheitsausgaben sind in der Vergangenheit nur moderat gestiegen.

Wo bleiben die Patienten, wenn Wettbewerb und Effizienzstreben das Gesundheitswesen dominieren?

Regulierter Wettbewerb und mehr Effizienz können dafür sorgen, dass die medizinische Versorgung kostengünstiger wird und sich mehr am tatsächlichen Bedarf orientiert. Der Patient bleibt dabei nicht auf der Strecke, sondern er wird in seiner gewohnten und selbst gewählten Umgebung gesund alt. Und zwar mit größerer Wahrscheinlichkeit als in einem politisch geplanten, einheitlich und gemeinsam organisierten Gesundheitswesen. ■

Der Mensch im Mittelpunkt

Chronisch Kranke brauchen vom Hausarzt eine intensive Betreuung und Unterstützung beim Umgang mit ihrer Krankheit. Im Praxisalltag fehlt dafür oft die Zeit. Mit dem Projekt PraCMan zeigt die AOK Baden-Württemberg, wie Praxisteams diese Herausforderung meistern können. Von **Oliver Häußler**

Erwin Richter muss auf vieles verzichten, was ihm früher lieb und teuer war. Bei der Arbeit im Garten wird er schnell müde und sogar langsames Spaziergehen strengt ihn sehr an – an das geliebte Wandern quer durch die Natur ist momentan gar nicht zu denken. Der ehemalige Techniker aus Pforzheim ist 75 Jahre alt und schwer krank. Sein Handicap: chronische Herzinsuffizienz. Er lebt zurückgezogen, verlässt kaum noch seine Wohnung und hat dadurch ein Stück Selbstwertgefühl verloren. Dieser Zustand soll sich für den Rentner ändern. Ab Herbst 2010 wird Erwin Richter gemeinsam mit seinem Hausarzt Dr. Peter Engeser an der sogenannten PraCMan-Studie teilnehmen.

PraCMan steht für »Hausarzt-Praxis basiertes Case Management« – eine Einzelfallbetreuung, bei der chronisch kranke Patienten unter Einbeziehung der Medizinischen Fachangestellten einer Hausarztpraxis individuell beraten und über einen langen Zeitraum intensiviert betreut werden. »Ziel dieser intensiven Betreuung ist es, dass es dem Patienten besser geht und dass er an Lebensqualität dazugewinnt«, sagt Peter Engeser. Zu Beginn der intensiven Einzelfallbetreuung werden er und seine Medizinische Fachangestellte Andrea Schreiter zusammen mit Erwin Richter dessen gesundheitliche Probleme und bisherige Therapie analysieren. Anschließend werden sie gemeinsam individuelle Ziele vereinbaren, wie in Zukunft die chronische Erkrankung von Herrn Richter beeinflusst werden kann. Ziele könnten beispielsweise sein, das Gewicht zu reduzieren, die Ernährung umzustellen und regelmäßiger die Medikamente einzunehmen – damit vielleicht Stück für Stück die Spaziergänge wieder länger werden können.

Individuelle Betreuung für Schwerkranke. Die Gemeinschaftspraxis von Peter Engeser ist eine Akademische Lehrpraxis der Universität Heidelberg. Hier, in der Heidelberger Universität, wenige Meter vom Neckar entfernt, laufen in der Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung die Fäden der PraCMan-Studie zusammen. An der Studie nehmen mehr als 150 Arztpraxen teil, die alle eines gemeinsam haben. Sie sind Partner der AOK Baden-Württemberg im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung. »Das hat den Vorteil, dass diese Praxen alle einen gewissen Versorgungsstandard haben, sodass man sie besser vergleichen kann«, erklärt Dr. Tobias Freund, Koordinator der PraCMan-Studie. An der Studie teilnehmen können Patienten, die entweder an einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) leiden, Diabetes mellitus Typ 2 haben oder an einer chronischen Herzinsuffizienz erkrankt sind. Die Patienten werden in der Regel bereits im Rahmen des »Disease-Management-Programms« (DMP) betreut. Das ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm für verschiedene chronische Krankheiten wie Asthma, Diabetes oder koronare Herzkrankheit. »PraCMan will hier noch einen Schritt weiter gehen, indem Patienten mit besonders hohem Versorgungsbedarf krankheitsübergreifend intensiver und individuell betreut werden«, erklärt Freund.



In regelmäßigen Fallkonferenzen besprechen Dr. Peter Engeser und seine medizinische Fachangestellte Andrea Schreiter den aktuellen Gesundheitszustand der Patienten, die im Case Management betreut werden.



Die Patienten für die Studie wählen die Heidelberger Forscher nach einem statistischen Modell aus, das vorhersagt, wie hoch die Wahrscheinlichkeit dieser Patienten ist, ins Krankenhaus eingewiesen zu werden. »Unser langfristiges Ziel ist, diese Patienten so intensiv und individuell zu betreuen, dass vermeidbare Krankenhausaufenthalte reduziert werden«, betont Professor Joachim Szecsenyi, Studienleiter und ärztlicher Direktor der Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung. Die Abteilung von Joachim Szecsenyi verfügt über langjährige Erfahrung mit klinischen Studien bei Hausärzten. Sie beschäftigt eigene Mitarbeiter für die Betreuung von Studienpraxen und das Datenmanagement. Seit einem Jahr feilt ein Team von rund zehn Mitarbeitern am wissenschaftlichen Aufbau der Studie. Bei zehn Arztpraxen im Raum Karlsruhe und Pforzheim – je fünf im städtischen und ländlichen Raum – wurde in einer Teilstudie untersucht, wie sich Patienten identifizieren lassen, die am meisten von der Intervention profitieren würden und welcher Versorgungsbedarf bei ihnen besteht. »Wir wollten bereits im Vorfeld herausfinden: Was brauchen die Patienten und wie könnten sie vom Case Management profitieren«, begründet Tobias Freund die Vorbereitungszeit. Im Sommer 2010 ist das Design der Studie fertig, im Herbst kann es mit dem Case Management losgehen.

Regelmäßige Telefongespräche. Andrea Schreiter wird in der Hausarztpraxis von Peter Engeser den Löwenanteil der intensiven Einzelfallbetreuung übernehmen. Sie arbeitet seit mehr als 30 Jahren als Arzthelferin und hat Erfahrung mit klinischen Studien der Heidelberger Mediziner: Die Praxis von Peter Engeser beteiligte sich bereits an der HICMan-Studie, bei der es um hausärztliches Case Management für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz geht. »Patienten wie Erwin Richter freuen sich, an der Studie teilnehmen zu können. Sie wissen es zu schätzen, dass man sich mehr um sie kümmern wird«, sagt die Medizinische Fachangestellte. Bevor die Studie im Herbst beginnt, wird Schreiter sich an zwei Tagen in Heidelberg in Themen wie Datenerfassung und Kommunikation schulen lassen. Dann wird sie ein Jahr lang alle zwei bis sechs Wochen bei Patienten wie Erwin Richter anrufen und sich anhand eines vorgefertigten Fragenkatalogs nach dem aktuellen Gesundheitszustand erkundigen. Sie wird die Antworten farblich nach einem Ampelschema kodieren. Wenn eine Antwort die Farbe rot bekommt, greift Dr. Engeser sofort ein – notfalls mit einem Hausbesuch. Aber auch wenn alles plan-

mäßig verläuft, bespricht Andrea Schreiter mit ihrem Chef in regelmäßigen Fallkonferenzen die aktuelle Situation jedes der an der Studie teilnehmenden 20 Patienten.

Die intensive Betreuung soll die medizinische Versorgung verbessern und die Lebensqualität der Patienten erhöhen.

Individuelle Betreuung, bessere Versorgung. Neben einer Reduzierung der Krankenhausaufenthalte erwarten die Heidelberger Mediziner für Patienten wie Erwin Richter eine höhere Lebensqualität und eine verbesserte Wahrnehmung der Versorgungsqualität in ihrer Hausarztpraxis. »Patienten mit einer oder mehreren chronischen Krankheiten werden von der intensivierten Betreuung durch das Praxisteam profitieren. Die Hausarztpraxen erfahren dabei eine weitere Professionalisierung bei der Betreuung chronisch kranker Patienten«, befindet Studienleiter Joachim Szecsenyi. Auch für die Gesundheitskasse kann es bei der PraCMan-Studie nur Gewinner geben. »Die schwer chronisch kranken

Patienten werden medizinisch künftig noch besser versorgt und müssen dadurch weniger oft ins Krankenhaus. In den Hausarztpraxen lässt sich die zeitintensive Arbeit mit den chronisch kranken Patienten durch eine strukturierte Aufgabenteilung zwischen Hausärzten und Medizinischen Fachangestellten besser organisieren. Und die Gesundheitskasse kann ihren Mitgliedern eine optimierte medizinische Versorgung anbieten«, betont Dr. Rolf Hoberg, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg.

Ob Erwin Richter sich im Sommer kommenden Jahres wieder um die Rosen in seinem Garten kümmern und in der Stadt spazieren gehen kann, wird sich noch zeigen. Aber eines steht für seinen Hausarzt Peter Engeser heute schon fest: Die intensive Einzelfallbetreuung verbessert enorm die Chance, dass er seinen Alltag wieder besser bewältigen kann. ■

Oliver Häußler ist freier Journalist und schreibt regelmäßig für G+G.

Hintergrund zur Studie

Die AOK Baden-Württemberg finanziert die PraCMan-Studie gemeinsam mit dem AOK-Bundesverband. Die medizinischen Auswirkungen der individuellen Patientenbetreuung werden ein Jahr lang beobachtet. Nach weiteren zwölf Monaten werden die Studienteilnehmer erneut untersucht, um festzustellen, wie nachhaltig die erzielten Effekte sind.

Kleiner Beitrag, große Wirkung

Eine GKV-Finanzreform mit einer großen Kopfpauschale ist angesichts sinkender Steuereinnahmen unwahrscheinlich geworden. Doch auch eine kleine, den Kassen-Beitragssatz ergänzende Pauschale hätte bereits weitreichende Konsequenzen. Von **Stefan Greß** und **Simone Leiber**

Öffentliche Äußerungen von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler lassen darauf schließen, dass die einkommensabhängige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eher schrittweise von einer Pauschalfinanzierung abgelöst werden soll. Eine solche kleine Pauschale hätte insbesondere den Vorteil, dass der aus Steuermitteln zu finanzierende Transferbedarf zunächst relativ klein und damit auch vor dem Hintergrund des anstehenden Konsolidierungsbedarfs im Bundeshaushalt finanzierbar sein könnte. Die Regierung hat sich bereits festgelegt, dass unabhängig von der Höhe der Pauschale der Einstieg in die Pauschalfinanzierung von einem steuerfinanzierten Sozialausgleich begleitet werden soll. Auch durch die Einführung einer kleinen Pauschale wird damit ein schlei-

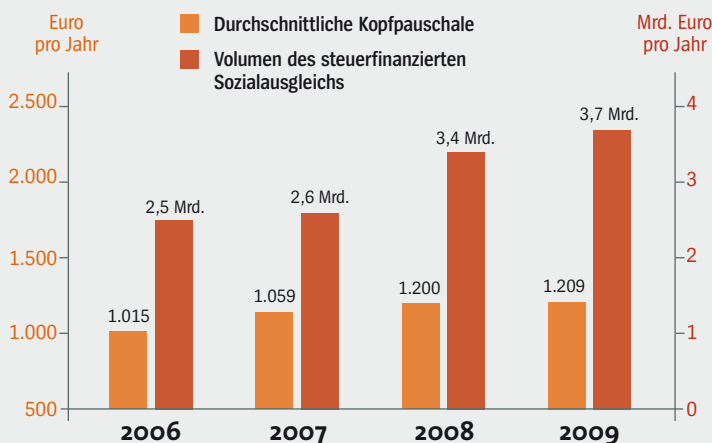
chender Systemwechsel ausgelöst. Denn durch die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags müssen die Versicherten zukünftig den Ausgabenanstieg allein tragen. Stiegen die jährlichen Ausgaben beispielsweise um eine Milliarde Euro, erhöhte sich die Pauschale der rund 50 Millionen Mitglieder um 20 Euro pro Mitglied und Jahr. Allerdings: Zwischen 2007 und den Schätzungen für das Jahr 2010 haben sich die Ausgaben in der GKV bereits um 20 Milliarden Euro erhöht. Zur Finanzierung eines solchen Ausgabenanstiegs läge eine einkommensunabhängige Pauschale im selben Zeitraum bereits bei etwa 400 Euro pro Mitglied im Jahr – das sind mehr als 33 Euro pro Monat.

Doppelte Abhängigkeit. Durch die Einführung eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs wird die GKV gleich zweifach von Steuermitteln abhängig: zum einen über den Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds zur Finanzierung von Leistungsausgaben und zum anderen zur Finanzierung des bisher automatisch in das Beitragssystem integrierten Einkommensausgleichs. Zwar erfordert eine kleine Pauschale zunächst nur einen überschaubaren Transfer aus dem Bundeshaushalt. Steigende Leistungsausgaben führten jedoch unmittelbar zu einem Anstieg des Pauschalbeitrags. Die Konsequenz wäre ein steigender Transferbedarf zur Finanzierung des Sozialausgleichs. Es ist nicht zu erwarten, dass der Finanzminister diesen Anstieg Jahr für Jahr tolerieren wird.

Die Erfahrungen insbesondere aus den Niederlanden (*siehe nebenstehende Grafik*) zeigen, dass ein steigender Transferbedarf nicht automatisch finanzierbar ist. In den Niederlanden werden derzeit eine drastische Ausweitung der Selbstbeteiligungen von 150 Euro auf 750 Euro pro Jahr und eine Reduzierung des Leistungskatalogs diskutiert. Beide Maßnahmen würden die Höhe des Pauschalbeitrags und damit den Transferbedarf reduzieren. Eine ähnliche Entwicklung könnte auch Deutschland nehmen. Das vom Bundesverband der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) vorgelegte Konzept zur einkommensunabhängigen Finanzierung deutet in diese Richtung. Der BDA wirbt damit, dass in seinem Konzept der Sozialausgleich ohne zusätzliche Steuermittel finanziert werden kann. Es wird deutlich, dass der derzeitige Bundeszuschuss zur Finanzierung von Leistungsausgaben in den Sozialausgleich umgewidmet werden soll. Die daraus

Beispiel Niederlande

Steuerfinanzierter Sozialausgleich explodiert



Schlechtes Vorbild: Der steuerfinanzierte Sozialausgleich im Nachbarland gerät aus den Fugen. Zwischen 2006 und 2009 ist der Umfang des Steuertransfers bereits um fast 50 Prozent von 2,5 auf 3,7 Milliarden Euro gestiegen.

Quelle: Niederländisches Gesundheitsministerium



Aufgepasst bei der GKV-Finanzierung: Wer bei der Dosierung zu unvorsichtig ist, dem schmeckt hinterher das Ergebnis nicht.

entstehende Finanzierungslücke soll von einer drastischen Reduzierung des Leistungskatalogs geschlossen werden.

Eine Stärke des derzeitigen Systems der GKV-Finanzierung liegt in den vergleichsweise geringen Bürokratiekosten. Die Umverteilung von höheren zu niedrigen Einkommen erfolgt automatisch im Rahmen der einkommensabhängigen Beitragsfinanzierung. Durch den von der Regierung vorgesehenen schleichenden Systemwechsel zur einkommensunabhängigen Beitragsfinanzierung entstehen an mindestens zwei Stellen zusätzliche administrative Kosten.

Erstens müssten die Krankenkassen sicherstellen, dass die Versicherten die Pauschale auch zahlen und sie müssten ausstehende Forderungen mit großem Aufwand eintreiben. Negative Erfahrungen in diesem Zusammenhang sammeln bereits diejenigen Krankenkassen, die 2010 begonnen haben, einen Zusatzbeitrag zu erheben. Je höher die kleine Pauschale ausfallen wird, desto größer wird außerdem für die Krankenkassen das Problem von Zahlungsausfällen. Erfahrungen in den Niederlanden und der Schweiz zeigen, dass mit einer steigenden Pauschale parallel der Anteil der Nichtversicherten und der säumigen Versicherten zunimmt. Weder in den Niederlanden noch in der Schweiz ist es bisher gelungen, dieses Problem zu lösen. In der Schweiz gelten restriktive Maßnahmen: Säumige Versicherte haben so lange keinen Leistungsanspruch, bis sie die Privatinsolvenz erklärt haben und das Sozialamt die Beitragszahlung übernimmt. In den Niederlanden müssen säumige Versicherte dagegen kaum Konsequenzen fürchten.

Hohe bürokratische Kosten. Zweitens fallen erhebliche Bürokratiekosten für den steuerfinanzierten Sozialausgleich an. Es entstehen sowohl einmalige Umstellungskosten als auch dauerhafte Kosten. Einmalige Umstellungskosten betreffen insbesondere den Aufbau von Informationssystemen mit einer entsprechenden Infrastruktur sowie die Schulung des mit dem Sozialausgleich beauftragten Personals. Aufgrund niederländischer Erfahrungen ist für Deutschland mit Ausgaben von mindestens 250 Millionen Euro jährlich zu rechnen. Für die rund 20 Millionen Rentner – die oft keine Steuern zahlen – fehlen den deutschen Behörden die notwendigen Informationen über deren Einkommen. Sogar die Regierungskommission zur Gesundheitsreform diskutiert daher bereits, Rentner von der geplanten Kopfpauschale auszunehmen. Dies unterstreicht die Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung selbst einer kleinen Kopfpauschale. Das Resultat wäre ein Flickenteppich statt eines klaren Finanzierungskonzepts.

Die Umstellung auf eine Pauschale verursacht erhebliche Bürokratiekosten für den Sozialausgleich.

Selbst ein allmählicher Systemwechsel würde dazu führen, dass weite Teile der Bevölkerung einen steuerfinanzierten Beitragszuschuss erhalten müssten, um sich ihre Krankenversicherung weiter leisten zu können. Nach Schätzung der Arbeitnehmerkammer Bremen kann auch bei einer kleinen Kopfpauschale von 29 Euro davon ausgegangen werden, dass mindestens für ein Drittel der Bevölkerung – das sind etwa neun Millionen Arbeitnehmer und rund 15 Millionen Rentner – ein Sozialausgleich nötig wäre, wenn diese nicht stärker als bisher belastet werden sollen. Das aber stellt einen Bruch mit dem bisherigen Sozialversicherungsprinzip dar: Zahlreiche Versicherte würden von Versicherungsnehmern zu Empfängern einer steuerfinanzierten Fürsorgeleistung, deren Erhalt eine entsprechende Prüfung der Einkommenssituation des Anspruchsberechtigten voraussetzt. Das kann bei den Betroffenen Gefühle wie Scham und Stigmatisierung auslösen.

Der Finanzminister redet mit. Auch ein schleichender Systemwechsel ist nicht zum Nulltarif zu haben. Eine Umstellung auf die Pauschale führt zu erheblichen administrativen Kosten und bewirkt ein zunehmendes Mitspracherecht staatlicher Akteure bei der Steuerung der gesetzlichen Krankenversicherung. Die unbestrittenen Defizite in der Finanzierung der GKV wären besser durch eine Optimierung der einkommensabhängigen Beitragsfinanzierung zu beseitigen. Dazu gehören die sukzessive Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, die Reform der beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten, die Koppelung der Steuerfinanzierung an verlässliche Indikatoren sowie die Einführung eines integrierten Krankenversicherungssystems, das die gesamte Wohnbevölkerung umfasst. Ein integriertes Krankenversicherungssystem kann sowohl über einkommensabhängige Beiträge als auch über Pauschalbeiträge finanziert werden und ermöglicht den Versicherten einen Wechsel von der PKV zur GKV und umgekehrt. ■

Professor Dr. Stefan Greß lehrt Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fulda, **Dr. Simone Leiber** forscht im Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut der Hans-Böckler-Stiftung.

Kein Wachstum ohne Solidarität

Die Gesundheitswirtschaft als Motor für Wachstum und Arbeitsplätze – von der GKV ausgebremst? Ganz im Gegenteil, meint **Klaus Jacobs**. Ohne die solidarisch finanzierten GKV-Leistungen hätte es die vielbeschworene Zukunftsbranche schwer.

Die Diskussion um das Gesundheitswesen hat einen neuen Zungenschlag bekommen. Immer wieder ist von der »Gesundheitswirtschaft« die Rede. Dabei werden meist zwei Gesundheitsmärkte unterschieden: Der erste umfasst klassische Leistungen der Gesundheits- und Pflegeversorgung, die die gesetzlich Versicherten solidarisch finanzieren. Der zweite beinhaltet privat finanzierte Gesundheitsdienstleistungen wie alternative Medizin oder Wellness.

Als größter Dienstleistungsbranche des Landes werden der Gesundheitswirtschaft fast unbegrenzte Wachstums- und Beschäftigungspotenziale bescheinigt. Dem steht jedoch vermeintlich entgegen, dass Ausgaben für Gesundheits- und Pflegeleistungen oft als unerwünschter Kostenfaktor gelten. Das betrifft vor allem die Arbeitgeberbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung. Folglich müssten die Versicherungsbeiträge von den Arbeitskosten abgekoppelt werden.

Den Leistungskatalog begrenzen?

Doch selbst wenn die Arbeitgeber nicht mehr an der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beteiligt wären, gilt das Wachstumspotenzial im ersten Gesundheitsmarkt als begrenzt. Der Grund liegt im Wirtschaftlichkeitsgebot der GKV. Danach dürfen Krankenkassen nur solche Leistungen finanzieren, die medizinisch notwendig und zweckmäßig sind. Um diese vermeintliche Wachstumsbremse zu lösen, wird zunehmend gefordert, den GKV-Leistungskatalog auf ein absolutes Mindestmaß zu begrenzen (»Basisversorgung«). Die aus der solidarischen Finanzierung ausgeklammerten Leistungen könnten dann auf dem zweiten Gesundheitsmarkt ohne bürokratische Reglementierungen wachsen und für Beschäftigung sorgen.

Diese Forderung sei ohnehin alternativlos, weil der demografische Wandel zu wachsendem Versorgungsbedarf und der medizinisch-technische Fortschritt zu immer mehr Versorgungsmöglichkeiten führten. Beides sei innerhalb der GKV nicht mehr zu finanzieren. Wer an dieser Illusion festhalte, so

ist oft zu hören, erschwere Patienten den Zugang zu Innovationen, stranguliere die Gesundheitswirtschaft und verschenke Wachstums- und Beschäftigungschancen.

Die GKV als Stabilitätsanker. Vor diesem Hintergrund ist es gut, dass Gesundheitsminister Philipp Rösler immer wieder betont, dass der Leistungskatalog der GKV keineswegs eingeschränkt werden soll. Auch in Zukunft sollen alle Versicherten

Zugang zu einer umfassenden Versorgung auf hohem Qualitätsniveau haben. Unabhängig davon führt der Erhalt des Leistungskatalogs auch gar nicht zu einer »Strangulierung« der Gesundheitswirtschaft. Umgekehrt wird ein Schuh daraus: Der erste Gesundheitsmarkt der solidarisch finanzierten Versorgungsleistungen ist Kern und Stabilitätsanker der Gesundheitswirtschaft. Das Solidarprinzip der GKV besagt, dass Versicherte nach ihrer Leistungsfähigkeit an der Finanzierung beteiligt werden und dass Leistungen medizinisch notwendig sein müssen. Ohne dieses Prinzip würde ein großer Teil der heute selbstverständlichen medizinischen Leistungen vermutlich gar nicht mehr erbracht, weil viele Menschen sie schlicht nicht bezahlen könnten.

Umfragen zeigen immer wieder, dass gesetzlich Versicherte eher bereit sind,

höhere Beiträge zu zahlen, als Einschränkungen im Leistungskatalog zu akzeptieren. Diese Erkenntnis darf aber kein Freibrief für die beliebige Verwendung der Beiträge sein – sei es zum Erhalt von Kliniken, die für die Versorgung nicht gebraucht werden, oder zur Unterstützung von Pharmafirmen, die ihre Produkte teurer herstellen als die Konkurrenz. Nur wenn die Beiträge ausschließlich für notwendige und wirtschaftlich erbrachte Leistungen verwendet werden, lässt sich eine stabile und nachhaltige Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft sichern – langfristig und auf hohem Niveau. ■

Dr. Klaus Jacobs ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).



Solidarität gibt der gesetzlichen Krankenversicherung die nötige Stabilität.



»Der Ausgleich geht nicht weit genug«

Mehr Geld für die Versorgung von kranken Versicherten – das ist Sinn und Zweck des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, kurz Morbi-RSA. Gesetzlichen Krankenkassen ermöglicht er neuartige Versorgungsprojekte. Dennoch: Der Morbi-RSA greift zu kurz, meint **Holger Söldner**.

BKK-Versicherte gelten als vergleichsweise jung und gesund. Ist der Morbi-RSA für die Deutsche BKK überflüssig?

Nein. Natürlich gibt es Betriebskrankenkassen, die vor allem junge und gesunde Menschen zu ihren Kunden zählen. Die Deutsche BKK gleicht aber eher einer AOK. Wir haben seit eh und je viele kranke Versicherte, um die wir uns bewusst kümmern. Natürlich verursachen kranke Versicherte höhere Ausgaben. Die soll der Morbi-RSA ja ein Stück weit ausgleichen, damit den Krankenkassen für die Versorgung dieser Menschen das nötige Geld zur Verfügung steht und sie besser planen können. Dieser Ausgleich reicht aber nicht aus. Es lohnt sich für viele Krankenkassen nach wie vor, um junge und gesunde Mitglieder zu werben. Aus unserer Sicht muss der Morbi-RSA deshalb weiterentwickelt werden. Würde er hingegen reduziert, wie es der Koalitionsvertrag vorsieht, würden auch die strukturellen Unterschiede zwischen den Krankenkassen größer. Kassen mit vielen kranken Menschen fehlte dann das Geld für Leistungen und Innovationen.

Wie wirkt sich der Morbi-RSA auf die Versorgung Ihrer Versicherten aus?

Der Morbi-RSA berücksichtigt ja nur 80 Krankheiten, für die es finanzielle Zuschläge in unterschiedlicher Höhe gibt. Für alle anderen Krankheiten bekommen gesetzliche Krankenkassen keine zusätzlichen Mittel. Bei ihnen spielen nur Alter, Geschlecht und eine Erwerbsminderung eine Rolle. Trotzdem müssen wir die Ausgaben für alle Krankheiten mit den Mitteln aus dem Gesundheitsfonds finanzieren, aus dem auch die Mittel des Morbi-RSA fließen.

Der Gesundheitsfonds ist aber so angelegt, dass er die Ausgaben der Kassen nicht zu 100 Prozent deckt. Das verschärft die finanzielle Situation. Wir wollen deshalb die Versorgung unserer Versicherten mit einer Reihe von Projekten gezielt steuern.

Die meisten Versicherten der Deutschen BKK wohnen in Wolfsburg. Welche Projekte gibt es in der Region?

Es gibt ganz unterschiedliche Angebote, die wir seit dem Jahr 2006 gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten, dem Klinikum Wolfsburg und dem Kreis Krankenhaus Gifhorn aufgelegt haben. Zum Beispiel ein Projekt zur Behandlung von

»Es lohnt sich für viele Kassen noch immer, um junge und gesunde Mitglieder zu werben.«

Bluthochdruck. Ziel ist die verbesserte medizinische Versorgung und damit verbunden weniger Folgeerkrankungen wie Herzschwäche und Schlaganfall. Dann gibt es das Projekt Herzinsuffizienz, das die Compliance der Patienten verbessern soll, also ihre Bereitschaft, an der Behandlung mitzuwirken. Hier stehen die richtige Ernährung und die Einnahme der Medikamente im Mittelpunkt. So soll die Schwere der Erkrankung gemildert und der Krankheitsverlauf verzögert werden. Im günstigsten Fall kommt es zu weniger Krankenhausaufenthalten. Ein anderes zukunftsweisendes Projekt ist das »Wolfsburger Modell« zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs, für das wir mit dem europäischen Preis »Pearl of Wisdom« ausgezeichnet worden sind.

Was ist das Besondere an diesem Vorsorgeangebot?

Es richtet sich an alle Frauen ab dem 30. Lebensjahr und wurde von Professor Karl-Ulrich Petry, dem Leiter der Frauenklinik des Klinikums Wolfsburg, angestoßen. Der Ansatz war so überzeugend, dass sich alle Wolfsburger Frauenärzte beteiligt haben. Ausgangspunkt waren Studien, die belegten, dass sich mit der gesetzlichen Krebsvorsorge Gebärmutterhalskrebs und seine Vorstufen nicht mit absoluter Sicherheit feststellen lassen. Deshalb wurde die Krebsvorsorge beim »Wolfsburger Modell« ergänzt. Zum herkömmlichen Pap-Test, bei dem ein Abstrich vom Gebärmutterhals genommen wird, kommt hier der Test auf Humane Papillomaviren, kurz HPV-Test. Für die getesteten Frauen haben die beteiligten Ärzte ein Diagnoseraster entwickelt, das bei einem positiven Befund den notwendigen Behandlungspfad aufzeigt.

Welche Erfolge kann das Projekt vorweisen?

Zum Beispiel, dass rund 17.000 Versicherte daran teilnehmen. Am wichtigsten ist aber, dass seit Projektbeginn bei über 100 Frauen eine Vorstufe des Krebses und bei acht weiteren ein Krebsgeschwür entdeckt werden konnten. Im Rahmen der normalen Vorsorge wäre das nicht der Fall gewesen. Wir hoffen, dass wir den Gebärmutterhalskrebs bei Frauen im Raum Wolfsburg langfristig beseitigen können. Unsere Erfahrungen mit dem HPV-Test begründen diese Hoffnung. So ließe sich manches Leid verhindern, und langfristig könnten auch die Behandlungskosten sinken. ■

Ziele erreicht?

Fairer Wettbewerb und eine bessere Versorgung für chronisch Kranke – mit diesen Vorgaben ging 2009 der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich an den Start. Jetzt muss sich zeigen, ob die Ziele erreicht wurden und wo nachgebessert werden muss. Von Dorothee Schawo

Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP sieht vor, das Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung zu reformieren. Neben dieser Finanzreform beinhaltet der Koalitionsvertrag allerdings auch, den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) auf das »notwendige Maß zu reduzieren, ihn zu vereinfachen, unbürokratischer und unanfällig für Manipulationen« zu gestalten. Da der Morbi-RSA als lernendes System angelegt wurde, welches Jahr für Jahr an die Realitäten des Gesundheitssystems angepasst werden kann, ist es eine Selbstverständlichkeit, bürokratische Fehlentwicklungen nach und nach abzubauen und Lücken im System zu schließen, die eine Manipulation möglich machen. Die im Koalitionsvertrag implizierte Behauptung, der Morbi-RSA würde ein »notwendiges Maß« überschreiten und müsste deshalb reduziert werden, ist hingegen nur schwer nachzuvollziehen, zumal nicht konkretisiert wird, was ein normales Maß überhaupt ist.

Unabhängig davon, welche Parameter die Politik für das Messen eines Erfolgs beim neuen Risikostrukturausgleich

heranziehen möchte, liegen noch keine gültigen Daten zur Wirkungsweise des Strukturausgleichs vor – die Fondszuweisungen und Kalkulationen für die Krankheitszuschläge basieren zurzeit nur auf Schätzungen. Wie stark sich die endgültigen Risikozu- und -abschläge von den bisher ermittelten vorläufigen Beträgen unterscheiden werden, kann derzeit nicht beurteilt werden, da sich nicht auf Erfahrungen aus der Vergangenheit zurückgreifen lässt. Der für den Herbst dieses Jahres erwartete Schlussausgleich für das Jahr 2009 bietet eine verlässliche Datengrundlage und sollte dementsprechend abgewartet werden.

Deckungsgrad analysieren. Erst wenn diese Daten vorliegen, machen fundierte Analysen wirklich Sinn. Dabei könnte ein Blick in die Niederlande hilfreich sein, wo jährlich routinemäßig umfangreiche Analysen zur Wirkungsweise des Morbi-RSA durchgeführt werden. Generell gilt für eine solche Analyse: Der Erfolg des reformierten deutschen Risikostrukturausgleichs sollte an den Zielen gemessen werden, die man mit seiner Einführung verfolgt hat. Im Vordergrund steht also die Frage, ob der reformierte Risikostrukturausgleich die notwendigen finanziellen Mittel für die Versorgung Kranker zur Verfügung stellt. Für jede der 80 im Morbi-RSA berücksichtigten Krankheiten muss auf der Ebene der GKV untersucht werden, wie gut die Ausgaben der erkrankten Versicherten durch die Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich gedeckt werden. Eine solche Analyse des Deckungsgrades wird in den Niederlanden bereits regelmäßig durchgeführt. Sie dient dazu, den Morbi-RSA bei Bedarf nachjustieren.

Bessere Versorgung für chronisch Kranke. Für das deutsche Gesundheitssystem hat das Bundesversicherungsamt auf Basis der bislang vorläufigen Daten den Deckungsgrad erstmalig analysiert und für einen Teil der 80 Krankheiten exemplarisch aufbereitet. Hierbei zeigt sich erwartungsgemäß, dass mit dem Morbi-RSA die Versorgungskosten der Kranken wesentlich besser gedeckt werden als mit dem alten Risikostrukturausgleich. Die Folge: Kassen mit vielen chronisch Kranken können ihren Versicherten jetzt attraktive Versorgungsangebote bereitstellen, ohne sich finanziell zu gefährden. Für eine vollständige Beurteilung der Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs sollten diese Analysen jedoch nicht nur für jede der

So funktioniert der Morbi-RSA

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ist zum 1. Januar 2009 eingeführt worden. Er soll für eine faire Wettbewerbsgrundlage unter den Krankenkassen sorgen. Der bisherige Risikostrukturausgleich berücksichtigte für die Berechnung der Risikostruktur nur die Parameter Geschlecht, Alter und Erhalt einer Erwerbsminderungsrente. Kassen mit besonders vielen chronisch Kranken waren dementsprechend im Nachteil gegenüber Kassen mit vielen jungen und gesunden Versicherten (sogenannte »gute Risiken«). Der Morbi-RSA soll deshalb die Morbidität, also die Krankheitshäufigkeit der Versicherten einer Krankenkasse, besser darstellen. Heute erhalten Kassen für Versicherte, die an einer besonders teuren Krankheit leiden, mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds. Neben der für jeden Versicherten gezahlten niedrigen Grundpauschale erhält eine Kasse auch Zuschläge, die sich an der tatsächlichen Krankheitsschwere eines Versicherten orientieren. Eine Liste mit 80 chronischen und ausgabenintensiven Erkrankungen wie beispielsweise Diabetes oder Epilepsie legt fest, wie hoch die Zuschläge im Einzelfall ausfallen.

80 Krankheiten erfolgen, sondern auch für unterschiedliche Alters- und Ausgabengruppen. Nur wenn die Ausgaben für die jeweils untersuchten Gruppen annähernd zu 100 Prozent durch die Zuweisungen gedeckt werden, kann davon ausgegangen werden, dass die Ziele des Morbi-RSA (Vermeidung von Risikoselektion, Bereitstellung der notwendigen Mittel für die Versorgung von Kranken, Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung) wirklich erreicht werden.

Unterschiedliche Ausgaben. Analysen zu den Deckungsgraden auf der kassenindividuellen Ebene sind allerdings nicht geeignet, da die Ergebnisse maßgeblich von der Ausgabensituation der einzelnen Kassen beeinflusst werden. Es kann also durchaus sein, dass die Risikostruktur von zwei Krankenkassen identisch ist, jedoch die Ausgaben stark differieren, weil das Kosten- und Leistungsmanagement unterschiedlich ausgeprägt ist. Hintergrund: Krankenkassen mit überdurchschnittlich vielen kranken und einkommensschwachen Mitgliedern sind bereits seit Jahren gezwungen, ein stringentes Kosten- und Leistungsmanagement zu entwickeln und zu praktizieren. Für Krankenkassen mit überdurchschnittlich vielen gesunden und einkommensstarken Mitgliedern bestand diese Notwendigkeit nicht, da sie aufgrund der mangelnden Zielgenauigkeit des alten RSA und des unvollständigen Einkommensausgleichs mehr Mittel zugewiesen bekamen als sie für die Versorgung ihrer Versicherten benötigten. Sie konzentrierten sich eher auf den Bereich des Marketings, um weitere junge und gesunde Mitglieder zu werben –

mit der Folge, dass sie mit der Einführung des Gesundheitsfonds einen schlechteren Deckungsgrad erzielen als Kassen mit einem guten Leistungsmanagement. Unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds werden diese Krankenkassen ebenfalls gezwungen sein, ein umfassendes Kosten- und Leistungsmanagement zu betreiben, um ihre noch vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen. Solange das Kosten- und Leistungsmanagement nicht bei allen Krankenkassen das gleiche Niveau erreicht hat, ist eine Beurteilung des Morbi-RSA anhand von Deckungsgraden auf der Kassenebene ungeeignet.

Vollständiger Risikoausgleich. Unabhängig von der künftigen Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs ist es bei einer Reform des GKV-Finanzierungssystems zwingend notwendig, dass der Risiko- und Einkommensausgleich über 100 Prozent der Ausgaben aller gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt wird. Dies muss und kann auch dann der Fall sein, wenn Teile der GKV-Ausgaben durch einkommensunabhängige Prämien finanziert werden. Dies hat man in den Niederlanden erkannt und entsprechend umgesetzt. Führt man den Ausgleich nicht über 100 Prozent der GKV-Ausgaben durch, würden die Hauptziele des Morbi-RSA, Risikoselektion zu verhindern und Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, konterkariert, noch bevor sie erreicht werden konnten. ■

Dorothee Schawo leitet die Geschäftsführungseinheit Finanzen beim AOK-Bundesverband.

»Ein Kassenwechsel lohnt nicht immer«

Herr Billen, sollten Versicherte ihre Krankenkasse wechseln, wenn diese Zusatzbeiträge erhebt?

Wenn es schon vorher Unzufriedenheit gab, dann ist das sicher ein guter Anlass. Besonders ärgerlich war für viele Versicherte, dass Krankenkassen die Zusatzbeiträge rückwirkend erhoben haben. Wer aber bislang mit seiner Kasse zufrieden war, sollte genau abwägen, ob sich ein Wechsel wirklich lohnt.

Die medizinische Versorgung ist doch bei allen Kassen fast gleich. Gibt es trotzdem Kassen, die mehr bieten?

Es gibt große Unterschiede im Service, und auch die Zusatzleistungen, wie Reiseschutzimpfungen, variieren. Darüber

hinaus gibt es besondere Angebote, beispielsweise Behandlungsprogramme für chronische Erkrankungen. Allerdings gibt es auch Leistungen, die nur aus Marketinggründen angeboten werden, etwa zweifelhafte Bewegungskurse. Die Entscheidung für eine Kasse sollte man auf vergleichende Informationen stützen. Der Produktfinder der Stiftung Warentest hilft da weiter. Alternativ können Versicherte auch eine unabhängige Beratung wahrnehmen.

Welche neuen Versorgungsprojekte der Krankenkassen sind sinnvoll?

Alles, was die Versorgung der Patienten nachweislich verbessert. Zum Beispiel Modelle, die eine ambulante Versorgung



Gerd Billen ist Vorstand beim Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.

ermöglichen, wo sonst teure stationäre Aufenthalte die Regel sind. Zukunftsweisend ist auch eine partnerschaftliche Beteiligung der Patienten. Krankenkassen, die auf Transparenz setzen und unabhängige Beratung fördern, werden zu besseren medizinischen Ergebnissen kommen, weil ihre Patienten motiviert sind, selbst mitzuwirken. ■

■ Arzneimittel-Rabattverträge

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ermöglicht es den gesetzlichen Krankenkassen, mit Arzneimittelherstellern Verträge über Preisnachlässe für Medikamente zu schließen. Seit dem 1. April 2007 müssen Apotheker deshalb bei der Abgabe eines Medikaments die entsprechenden Rabattverträge einer Krankenkasse berücksichtigen. Der gesetzliche Rahmen erlaubt den Abschluss von Arzneimittel-Rabattverträgen fast ausschließlich für Generika. Das sind Nachahmerpräparate von Arzneimitteln, deren Patentschutz abgelaufen ist.

■ Gesundheitsfonds

Seit dem 1. Januar 2009 gilt für alle Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein einheitlicher Beitragssatz von derzeit 14,9 Prozent des Bruttolohns. Die Beiträge der Versicherten und ihrer Arbeitgeber fließen in den Gesundheitsfonds als zentralen Topf. Der jährliche Zuschuss, den der Bund für die Übernahme versicherungsfremder Leistungen durch die GKV zahlt, fließt ebenfalls in den Gesundheitsfonds. Alle Krankenkassen erhalten daraus eine Pauschale für jeden ihrer Versicherten, ergänzt durch Zu- und Abschläge, die sich nach Alter, Geschlecht, Erwerbsminderung und dem Gesundheitszustand eines Versicherten richten (Morbiditätsorientierung). Darüber hinaus haben die Krankenkassen die Möglichkeit, pauschale oder prozentuale Zusatzbeiträge von ihren Versicherten zu erheben, wenn sie mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommen.

■ Gesundheitsmarkt, erster und zweiter

Der erste Gesundheitsmarkt umfasst alle erstattungsfähigen und solidarisch finanzierten Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sowie die Leistungen privater Versicherungsunternehmen.

Der zweite Gesundheitsmarkt beinhaltet alle privat finanzierten Dienstleistungen und Produkte rund um die Gesundheit, wie zum Beispiel alternative Medizin, Wellness, Sport, Nahrungsergänzungsmittel oder Schönheitsoperationen.

■ Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ist eine Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (RSA), der 1994 als Finanzausgleich zwischen allen gesetzlichen Krankenkassen eingeführt wurde. Seit dem 1. Januar 2009 erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds neben einer Grundpauschale, die sich an Alter, Geschlecht und Erwerbsminderung orientiert, auch Zuschläge für Versicherte, die an einer bestimmten Erkrankung leiden (Morbiditätsorientierung). Dazu wurden 80 kostenintensive und chronische Krankheiten ermittelt. So sorgt der morbiditätsorientierte

Risikostrukturausgleich für einen faireren Wettbewerb, bei dem nicht die Jagd nach jungen und gesunden Versicherten, sondern eine bessere Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Mittelpunkt steht.

■ Selektivvertrag

Im Gegensatz zum Kollektivvertrag schließen die Krankenkassen hier keinen Versorgungsvertrag mit einer kassenärztlichen Vereinigung, sondern direkt mit den Leistungserbringern, etwa einzelnen Ärzten oder Arztgruppen. Für Versicherte ist die Teilnahme an dieser Versorgungsform freiwillig, die Teilnehmer binden sich aber an die Ärzte der Selektivverträge. Der Sicherstellungsauftrag geht im vollen Umfang auf die Krankenkassen über. Die Gesamtvergütung im ambulanten ärztlichen Bereich muss um den Betrag bereinigt werden, den die Versorgung, die im Selektivvertrag erbracht wurde, im Kollektivvertrag gekostet hätte. Selektivverträge sollen die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen vorantreiben und so den Wettbewerb fördern.

■ Versorgungsmanagement

Versorgungsmanagement soll den reibungslosen Übergang zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen ermöglichen, um so die Leistungen der GKV bedarfsgerechter und wirtschaftlicher zu erbringen. Schnittstellenprobleme zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege sollen so vermieden werden. Die Teilnahme am Versorgungsmanagement und die dazu erforderliche Datenübermittlung kann nur mit Einwilligung des Versicherten erfolgen. Vereinbarungen zum Versorgungsmanagement können zum Beispiel in Verträgen zur Integrierten Versorgung getroffen werden. Mit der Pflegereform 2008 wurden auch Pflegeeinrichtungen in das Versorgungsmanagement einbezogen.

■ Zusatzbeitrag

Seit 2009 erhalten die gesetzlichen Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben Geld aus dem Gesundheitsfonds. Reichen diese Zuweisungen nicht aus, müssen die Kassen von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag erheben. Die Gestaltung und Erhebung des Zusatzbeitrags sind der einzelnen Krankenkasse überlassen. Sie kann ihn als Pauschale oder aber als prozentualen Anteil vom beitragspflichtigen Einkommen erheben. Um soziale Härten zu vermeiden, gilt eine Überforderungsklausel. Sie besagt, dass der Zusatzbeitrag ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens des Versicherten nicht übersteigen darf. Bei pauschalen Zusatzbeiträgen bis zu acht Euro erfolgt jedoch keine Einkommensprüfung. Erhebt eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag, haben die Versicherten ein Sonderkündigungsrecht.