

# Zum Stellenwert des Versorgungswettbewerbs der Krankenkassen

*Die einen fragen: „Wem gehört der Patient“, die anderen rätseln, „Wohin will die Koalition“. „Versorgung“ haben gerade im Zeichen des „Gesundheitsfonds“ wenige Akteure aktiv als Wettbewerbsfeld angenommen, obschon gerade diese Aufgabe den Morbi-RSA begründet hat. Und wenn „Budgets“ genannte Finanztrutzburgen „bereinigt“ werden sollen, gerät der Wettbewerb zum Reservat in der Sonderwirtschaftszone Gesundheitswesen. Dort ist die Spezialisierung und Differenzierung der Medizin in Gebiete und Fächer inzwischen ebenso weit fortgeschritten, wie die Ökonomisierung der Gesundheitsberufe. Angesichts des Angebotsdrucks aus dem Gesundheitsmarkt wird dadurch die Aufgabe immer anspruchsvoller, das Nützliche und Notwendige zu identifizieren und in den Vergütungssystemen abzubilden. Gleichzeitig wird dort, wo die Systeme dem Patienten konkret zugute kommen sollen, wo nicht „Leistung“ an sich oder die „Vergütung“ im Zentrum stehen, sondern „Versorgung“, die Sicherstellung fragiler. Denn in der Versorgung zählt nicht nur die Vielfalt vereinzelter Spezialisten, sondern gerade auch die Zuverlässigkeit des Gesamtsystems. Seit die Hausärzte seltener und Arzt-Patienten-Beziehungen weniger dauerhaft geworden sind, stellen sich hier neue Fragen. Diese Fragen durch Verträge und Versorgungsmanagement zu lösen, muss Kernaufgabe und Unternehmenszweck der Krankenkassen bleiben, denn hier haben sie gegenüber allen anderen Institutionen originäre Aufgaben von eigenem gesellschaftlichem Wert.*

■ K.H. Schönbach<sup>1</sup>

## Bedingungen des Gesundheitsfonds

Schon von seinem politischen Ursprung her war der Gesundheitsfonds für eine beitragsfinanzierte Krankenversicherung mit Selbstverwaltung nicht als systemgerechte, auf Dauer angelegte Finanzierungslösung konzipiert worden, sondern als synkretistisches Intermezzo bis zu neuen ordnungspolitischen Grundlagen. Befürchtungen, die Politik könne dabei versucht sein, strukturell Unterfinanzierung hinzunehmen, sind angesichts der Reaktion auf die Finanzkrise weithin widerlegt und werden wegen der neuen ordnungspolitischen Ziele der schwarz-gelben Koalition kaum von der Realität eingeholt werden können – jedenfalls nicht mit Blick auf das insgesamt zur Verfügung stehende Finanzvolumen, denn Ausgaben der GKV sind Einkommen der Berufe. Vielmehr hat die schwarz-gelbe Koalition vereinbart, die Finanzierungsseite der GKV zu „entfesseln“ (Fixierung des Arbeitgeberbeitrages und Umstellung auf einkommensunabhängige Prämien der Versicherten) und den sozialen Ausgleich im Steuersystem lösen: Ein in jeder Hinsicht kostspieliges Unterfangen,

*K.H. Schönbach, Dipl. Volkswirt, Geschäftsführer Versorgung beim AOK-Bundesverband, Berlin.*

zumal das Wort Kostendämpfung der Koalitionsvereinbarung fremd ist. Denn sie baut für die Ausgabenseite auf Vorgaben aus der Großen Koalition auf, die einen strukturellen jährlichen Mehrbedarf zwischen 5 und 6 Prozent der Gesamtausgaben bedingen. Der Ausgabenzuwachs ist strukturell von der Einnahmenentwicklung der GKV entkoppelt, vgl. Abb. 1. Nur auf dieser Grundlage ist die Kurskorrektur der neuen Koalition sicherlich einer der Wege, die den Staat nicht immer tiefer in die Finanzierung des Gesundheitswesens führen. Der Gesundheitsfonds als „unsichtbare Hand“ des Staates hätte zur weiteren Politisierung des Gesundheitswesens geführt und wettbewerbliche Initiativen gerade nicht hervorgerufen.

Für die Krankenkassen steht in diesem Szenario der wettbewerblich ungewisse Zusatzbeitrag für der Versicherten im Mittelpunkt, der in 2010 eine Finanzlücke von rund 4 Mrd. € schließen soll. Das Risiko der jeweiligen Krankenkasse, als erste oder mit besonders deutlichen Zusatzbeiträgen die Reaktion des Marktes ausgesetzt zu sein, hat die Zurückhaltung bei wettbewerblichen Investments spürbar erhöht. Neue Projekte müssen sich meist im gleichen Jahr rechnen. Allerdings sind ungeachtet des Wegfalls der erleichterten Budgetbereinigung im Rahmen der integrierten Versorgung und ungeachtet der überaus aufwendigen

Bereinigung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütungen in der ambulanten Versorgung 2009 nur rund 20 Prozent der Integrationsverträge revidiert worden.

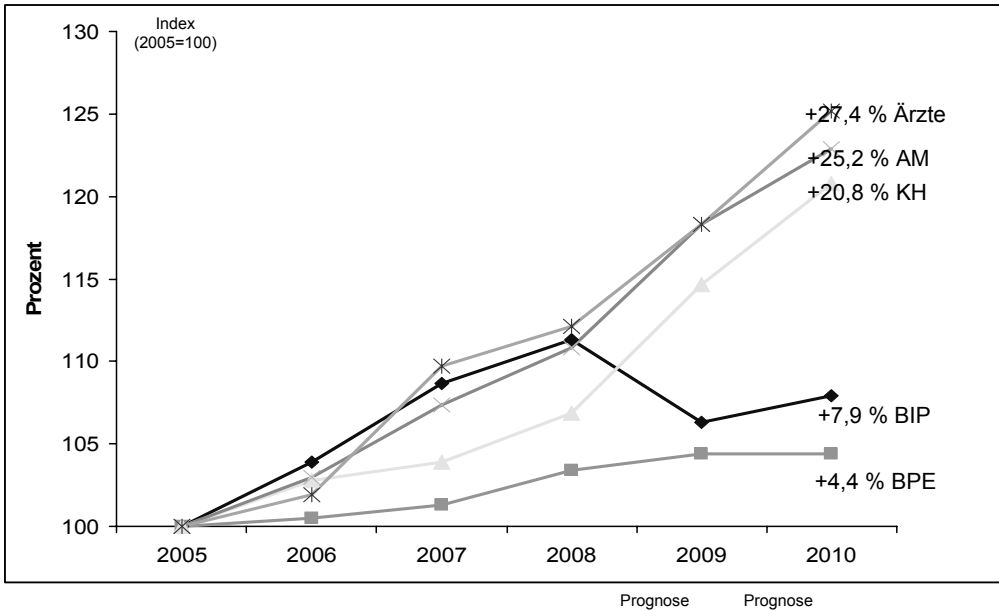
Gleichwohl geben Regierungs- und Richtungswechsel der Gesundheitspolitik Anlass, die Positionierung der Krankenkassen pro Einzelvertragsgeschäft zu betrachten. Welchen Stellenwert hat die „gute Versorgung“ der

Versicherten für die wettbewerbliche Positionierung der Krankenkasse?

### Versorgung ist Unternehmenszweck

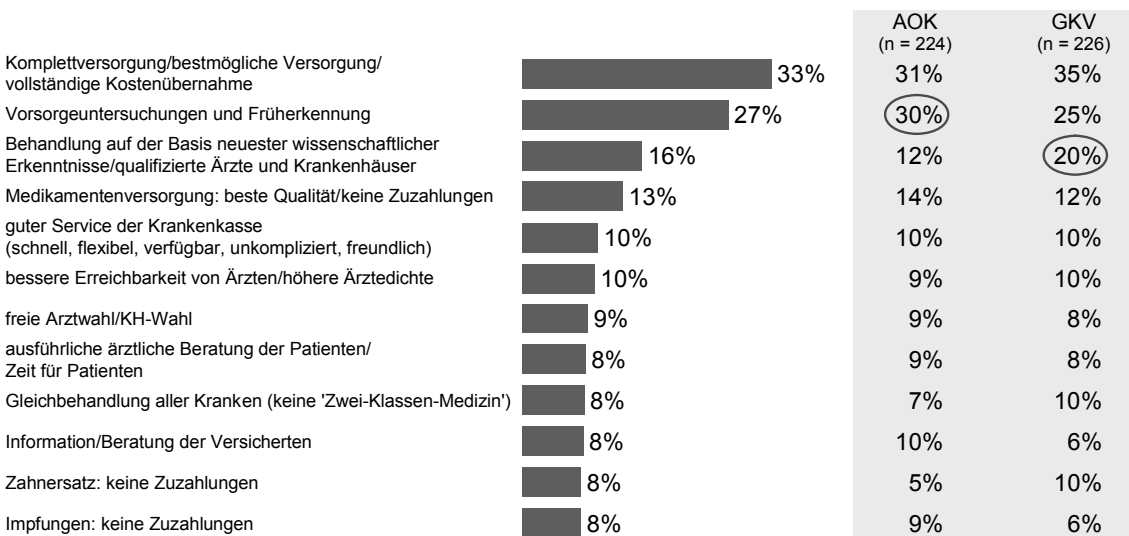
Für die Krankenkassen mit einem Leistungsprofil „Versorgung“ etwa gilt: Das Sicherheitsversprechen, im

Abb. 1: Ausgabenentwicklungen und Finanzentwicklungen



Quellen: Ausgabenprognose Schätzerkreis Bundesregierung; Prognose BIP Bundesregierung

Abb. 2: Was gehört für Versicherte zu einer optimalen medizinischen Versorgung?



Quelle: AOK-BV

Krankheitsfall auch in Zukunft eine gute und umfassende Versorgung zu erhalten, ist ihr Markenkern. Neben der Prävention und Vorsorge erwarten ihre Versicherten im Kern, dass ihre Krankenkasse sie bzw. ihre Familie sichert, wenn sie wirklich ernsthaft erkranken. Von daher schätzen etwa der Marktforschung der AOK nach nicht nur die aktuell Kranken die gute Versorgung als Wettbewerbsvorteil einer Krankenkasse ein. Auch die 80 Prozent der aktuell Gesunden beurteilen hiernach im Kern das Profil einer Krankenkasse, während die „Kassen-Hopper“ für die Wettbewerbsposition einer Krankenkasse unter den aktuellen Rahmenbedingungen nicht den Ausschlag geben können.

Den Versicherten ist – vgl. Abb. 2 – die Komplettversorgung am wichtigsten (33%). Sie suchen bei einer bestmöglichen Versorgung die vollständige Kostenübernahme. Vorsorge und Früherkennung werden ebenso priorisiert (27%) wie die Behandlung nach neuestem Stand (16%), Medikamente ohne Zuzahlung (13%) und ein guter Service der Krankenkasse (10%). Die Sicherheit in der Zukunft ist mithin der zentrale Wert. Entsprechend scheinen die Versicherten Vorsorge und Früherkennung sehr hoch zu schätzen.

Werden die Versicherten detaillierter befragt, bei welchen Anliegen sie die Unterstützung der Krankenkasse erwarten, gibt es eine auffällige Diskrepanz zwischen „ungestützten“ und „gestützten“ Ergebnissen; vgl. Abb. 3.

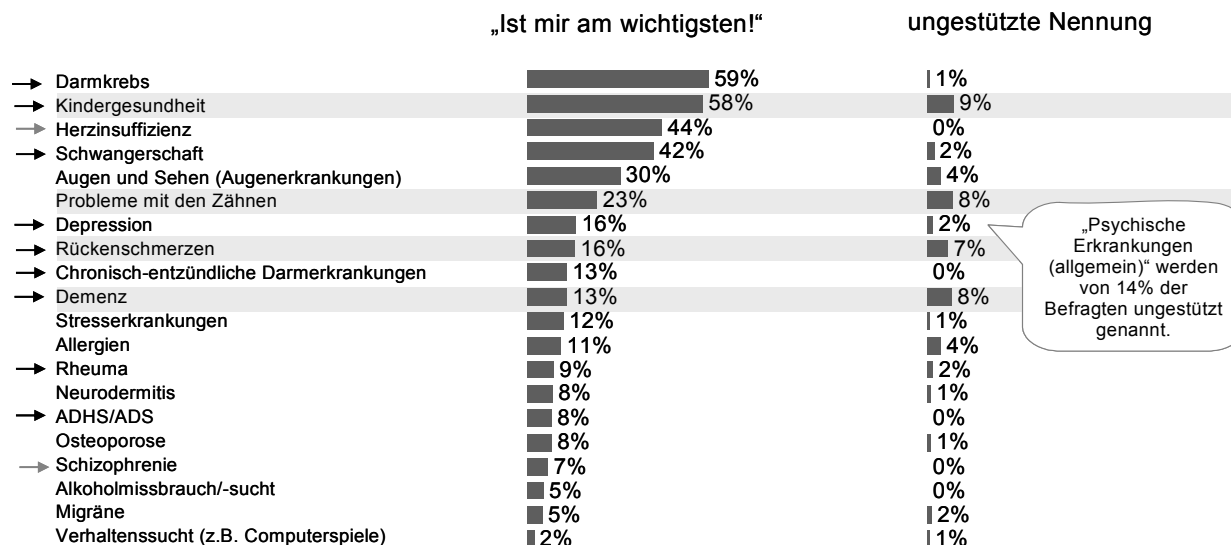
Bei den „gestützten Ergebnissen“ wurden konkrete Fragen formuliert. Es ist zweifellos zutreffend, dass eine Krankenkasse, die ihr Image in der Kommunikation zu den Versicherten mit für das Kerngeschäft unspezifischen Eigenschaften stützt, kaum als „Kompetenzführer in der

Versorgung“ auftreten kann (und wird). Im Mittelpunkt stehen dann vage Assoziationen an Gesundheit (Lauftreff, gesunde Ernährung, Familie) und Zusatzleistungen, die häufig mit der Krankenversicherung nicht allzu viel zu tun haben (Bewerbungstraining z.B.). Die so gekennzeichnete Positionierung der Krankenkassen resultiert zum Teil noch aus dem überholten gesetzlichen Zuweisungsmodell nach sozialen Gruppen (Angestellte, Betrieb) und der Attrahierung gesunder Versicherter bzw. „guter Risiken“, solange es den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen nicht gab. Die Erwartung war, dass, wer entsprechende Kompetenz offenbart, kranke Versicherte attrahiert, für die es auf der Finanzierungsseite kein Äquivalent gab. Dieses Modell soll mit dem M-RSA überwunden werden, weil es falsche Anreize für den Wettbewerb der Krankenkassen setzt.

Vor dem Morbi-RSA stand die Krankenversicherung vor der paradoxen Situation, einerseits vom Selbstverständnis her den Wettbewerb betonen zu sollen, dabei andererseits aber ihre Kernaufgabe, die Versorgung, dem Wettbewerb vorzuenthalten. Die damit verbundenen Schaufensterveranstaltungen haben einen guten Teil der Beobachter an den Rand des Überdrusses gebracht. Umso nachhaltiger sollte nun, nach Einführung des M-RSA, der Wettbewerb in der Versorgung entwickelt werden. Die AOK will das leisten.

Inzwischen wird nämlich mit dem M-RSA auch für die Politik offensichtlich, dass eine beliebig hohe Zahl von Krankenkassen ohne versorgungsinhaltlichen Wettbewerb für die GKV wenig Nutzen stiftet. Im bundesweiten M-RSA bilden alle Versicherten gemeinsam die Solidargemeinschaft. Und die Krankenkasse kann – guter Service voraus-

Abb. 3: Welche Indikationsbereiche sind den Versicherten am wichtigsten?



Quelle: AOK-BV

gesetzt – nur so leistungsfähig sein, wie ihre Kompetenz für die Bereitstellung einer guten Versorgung reicht. Dazu leistet sie konkrete Information, Prävention, Vorsorge, situationsgerechte Beratung, hilfreiche Angebots-Navigation, gut strukturierte Verträge mit Ärzten, Krankenhäusern und Lieferanten und bietet Unterstützungsleistungen in der Versorgung, kurzum: sie beweist ihre Kompetenz als Anwalt des Versicherten. Basis dafür ist die versorgungsnahe Modulation des ökonomischen Interesses der Krankenkasse im Hinblick auf die Optimierung der Versorgung wie sie der M-RSA leisten kann. Dabei wird (vgl. Abb. 4) die jeweilige, nach Alter und Geschlecht neu bestimmte Grundpauschale mit den jeweiligen Morbiditätszuschlägen versehen. Die Krankenkasse ist unter diesen Bedingungen nicht gehindert, die Versorgung ggf. durch selektive Verträge zu konkretisieren. Und professionelle Verbraucherberater helfen den Versicherten immer mehr bei ihrem Urteil über die leistungsfähige Kasse.

Dieser Paradigmenwechsel trifft interessanterweise auf eine parallel beobachtete Ökonomisierung der Kassenärzte. Traditionell war dem zugelassenen Kassenarzt die professionelle Rolle zueigen, den Leistungsanspruch des Versicherten in der jeweiligen Situation – mithin die Versorgung – zu konkretisieren. Er fungierte dabei ebenso als Anwalt des Patienten, der die erforderlichen Leistungen verordnet, wie als Notar der Krankenkasse, die nicht ohne hinreichenden Anlass beansprucht werden soll. Je weiter die Ökonomisierung des Arztberufes fortschreitet, umso mehr verlässt der Arzt die robusten, originären Maßstäbe der Profession und sieht sich als Objekt ökonomischer Anreize. Von daher war die Öffnung der Praxen zu medizinisch fragwürdigen, nicht dem Stand der Profession entsprechenden so genannten „individuellen Gesund-

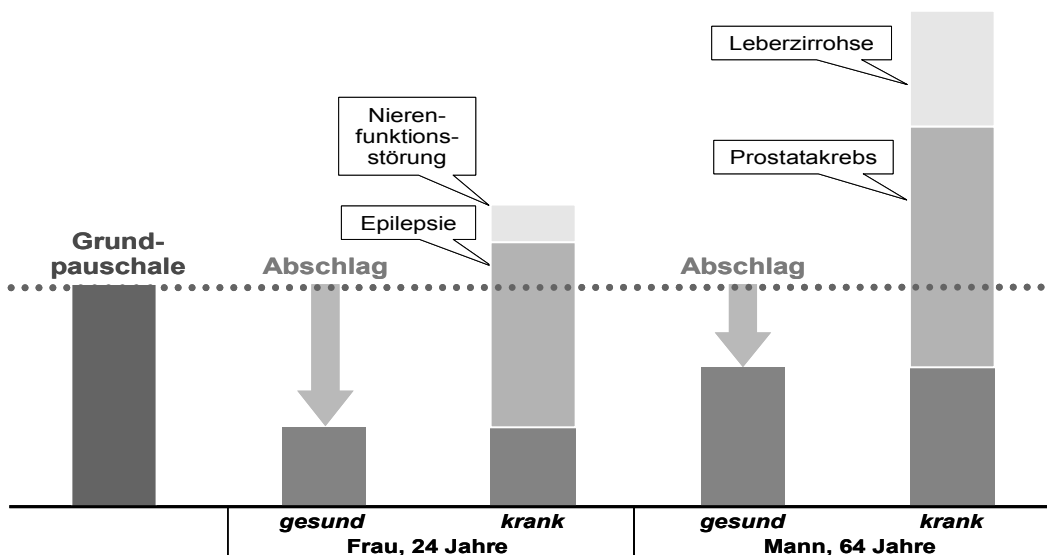
heitsleistungen“ von der Ethik-Kommission der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgelehnt worden. Und von daher haben Ärzte in den 90er Jahren pekuniäre Anreize als solche noch als unethisch zurückgewiesen, während sie heute als unethisch empfundenes Verhalten (zum Beispiel höhere Wartezeiten für Kassenpatienten) zur unvermeidbaren Folge gerade ökonomischer Anreize erklären.

### Wettbewerb beachtet Marktforschung

Die „gestützten Ergebnisse“ aus der Marktforschung in Abbildung 2 zeigen zum einen das Sicherheitsbedürfnis nach umfassender Versorgung angesichts schwerer Erkrankungen in der Zukunft – dafür stehen etwa Darmkrebs, Herzinsuffizienz und Rheuma. Andererseits gibt es besondere Fürsorge bei Kindergesundheit und Schwangerschaft, allgemeine Sorge bei Augen und Zähnen sowie einen überraschend hohem Rang für Demenz, Schizophrenie, Depression. Die bisher bei den Krankenkassen häufig im Vordergrund stehenden Indikationen wie Stress, Migräne, Rückenschmerz, Allergie, Neurodermitis und Osteoporose werden auch genannt, führen die Skala aber nicht an.

Dabei ist evident, dass für Asthma/COPD, Diabetes und Koronare Herzkrankheit/Herzinsuffizienz bereits Disease-Management-Programme für Volkskrankheiten bestehen. Bei Brustkrebs wurde ebenfalls ein DMP etabliert. Ebenso wird die Präferenz der Versicherten bei Augen-Sehen und Zähnen-Mundgesundheit nicht neue Versorgungsaktivitäten auslösen können, sondern Information und Prävention begründen. Schwangerschaft ist bei den Versicherten auch ein Versorgungsthema, weil die Gynäkologen in

Abb. 4: Im M-RSA wird der Behandlungsbedarf differenziert Abgebildet



Quelle: BVA

kaum angemessener Weise privat zu finanzierende (IGEL) Leistungen anbieten.

Von daher sind als für die Weiterentwicklung der Versorgung zusätzlich thematisierte Indikationen vor allem häufige Formen von Krebs, Rheuma bzw. rheumatoide Arthritis, Kindergesundheit/ADHS, Depression und schließlich nach wie vor Rückenschmerzen interessant.

## Ambulante Versorgung steuert

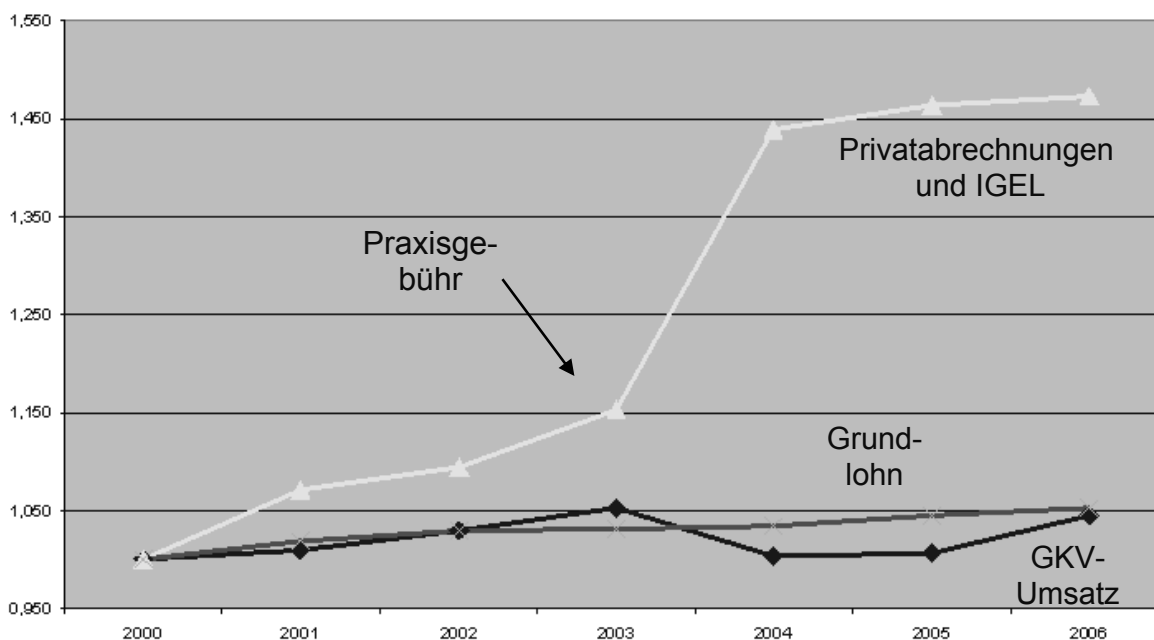
Zu Recht werden die Versicherten erwarten, dass eine Krankenkasse, die mit ihrem Markenkern „Versorgung“ in die Kommunikation tritt, ihre Versprechen erfüllt. Sie wird Versorgungsdefizite angehen. Dazu gehören – um nur zwei Kardinalprobleme zu nennen:

- Zum einen die Zerstückelung der ambulanten Versorgung durch fallpauschale Vergütungen, die zu durchschnittlich 17,8 Arztkontakten je Versicherten pro Jahr geführt haben. Vermehrt werden augenscheinlich standardisierbare und rationalisierbare Leistungsschritte, während gleichzeitig Überweisungen zu Fachärzten und Krankenhausfälle zunehmen. Angesichts der „Industrialisierung“ der Praxen und der damit verbundenen Leistungsentleerung reklamiert jede Arztgruppe für den Kern ihres Versorgungsauftrages Unterfinanzierung. Stereotyp in Verhandlungen ist die These: Für das, was wir eigentlich in der Versorgung leisten sollen, sei keine Zeit.

- Zum anderen die Wartezeiten bei Fachärzten, die neben der Inflationierung aufgrund des Vergütungssystems auch auf den Entzug von ärztlicher Arbeitszeit für GKV-Patienten zurückzuführen ist, während in den Praxen immer mehr Zeit für nicht bereits pauschal vergütete Leistungen aufgewandt wird (dazu gehören die IGEL-Leistungen, Gutachten und insbesondere Abrechnungen zu Lasen der PKV; vgl. Abb. 5). Patienten warten häufig mehrere Monate, und es drängt sich die Vermutung auf, Politik mit Wartezeiten falle in das strategische Repertoire der Berufsverbände. Nicht nur vereinzelt reduzierten Kassenärzte ihre Sprechzeiten für GKV-Patienten auf die mantelvertragliche Untergrenze von 20 Stunden und bieten darüber hinaus Privatbehandlung an.

Eine Krankenkasse, die ihre Zustimmung bei den Versicherten und in der Gesellschaft aus ihrer Versorgungskompetenz gewinnt, wird die damit aufgeworfenen Fragen nicht ignorieren (können). Und sollten diese Probleme nur mit „selektiven Verträgen“ zu lösen sein, so sind sie das Mittel der Wahl. Allerdings darf die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung nicht zu einer leistungsleeren Pauschalfinanzierung der ambulanten ärztlichen Versorgung geraten, während etwa auch aus dem Vergütungssystem resultierende einzelne Versorgungsprobleme jeweils Anlass zu selektiven Verträgen und zusätzlichem Mittelaufwand geben. Um dem entschieden entgegenzuwirken und tatsächlich Nachfrage der Versicherten auf die jeweiligen Angebote zu verlagern, statt zusätzliche Nachfrage zu induzieren, darf sich die Versorgungspolitik der AOK nicht auf „Verträge“ kollektiver wie selektiver Art (im Sinne, die

Abb. 5: Entwicklung des Umsatzes je Vertragsarzt nach Kostenträgern



Quellen: KBV, StatBA, AOK-BV

Abrechnung zu ermöglichen) beschränken, sondern muss sich immer auch darauf konzentrieren, mit der ganzen Skala ihrer Interventionen im Versorgungsgeschehen wirksam zu werden. Dazu gehören (vgl. Abb. 6)

- Maßnahmen, die beim Versicherten ansetzen, indem sie ihn durch geeignete Information, Gesundheitsförderung, Navigation im Dschungel der Versorgungsangebote, Hotlines und Inbound-Telefonie, Beratung und Outbound-Telefonie sowie Fallführung und Assistance, Monitoring bei besonderen Risiken, Zweitmeinungsangebote und andere Unterstützungsleistungen. Nicht zuletzt wird dadurch die Rolle des Versicherten als kompetenter Nachfrager gesundheitlicher Leistungen gestärkt.
- Maßnahmen, die beim Anbieter medizinischer Leistungen ansetzen, indem sie sein Management durch Vertragsinformationen und Zielvereinbarungen unterstützt, Tools für eine Optimierung des Ordnungsverhaltens etwa im Hinblick auf Rabattverträge bereitstellt und versorgungsadäquate prospektive Vergütungen bietet.

Neuer gesetzlicher Regelungen bedarf es zurzeit nicht. Das SGB V stellt die Optionen von populations- und indikationsbezogenen Kollektiv- und Selektivverträgen bereit. Zweifellos sollte der Abschlusszwang zu HzV-Verträgen zugunsten einer wettbewerblich offenen Regelung entfallen und die Rabattverträge mit Pharmazeutischen Unternehmen gerade nicht infrage gestellt werden.

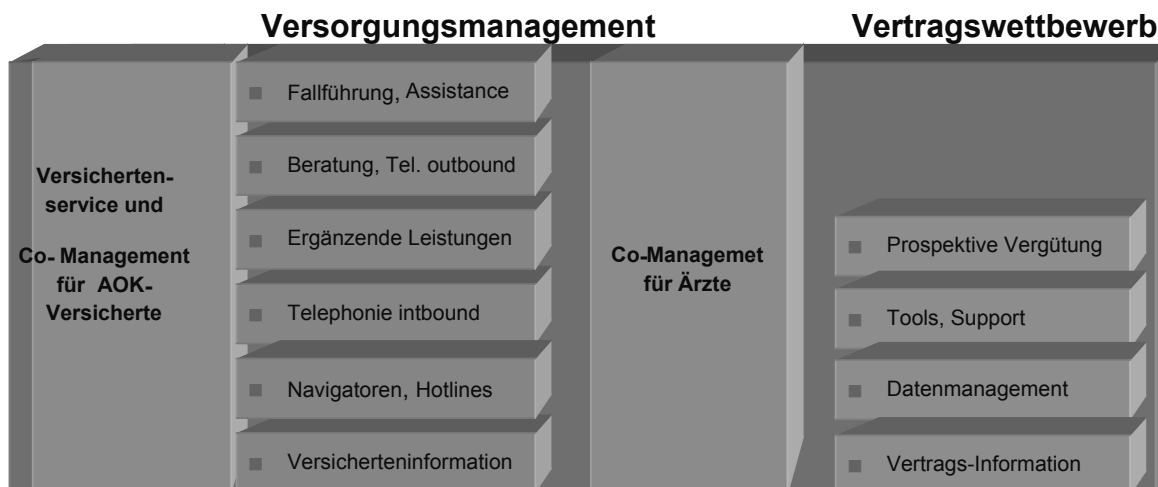
Allerdings sollte der Gesetzgeber angesichts der erheblichen Überkapazitäten im stationären Bereich für Mehrleistungen das Vertragsprinzip stärken. Die DRGs haben zweifellos zu einem Produktivitätsschub der Krankenhäuser geführt, allein schon weil die betriebswirtschaftliche

Planung und Führung sich auf dieser Grundlage deutlich verbessern konnte. Eine kurzfristig um rund ein Drittel höhere Produktivität heißt auch ein Drittel Überkapazität. Die offen ausgewiesene Überkapazität äußert sich darin, dass die durchschnittliche Auslastung der Häuser gerade noch bei 74% liegt. Von daher gibt es parallel einen beschleunigten Anstieg der Fallzahlen und Krankenhausleistungen. Dabei öffnet das Vergütungssystem der ökonomisch induzierten Mengenentwicklung Tür und Tor, da „Mehrleistungen“ der Häuser regelhaft zu vergüten sind. Hinzu tritt der Preiseffekt: Aufgrund des neuen „Orientierungswertes“ für die Weiterentwicklung der Krankenhausvergütungen und der Mengenentwicklung dort, werden jährliche Ausgabensteigerungen stationär strukturell kaum unter 6% liegen. Schon allein damit gingen jährliche Milliardendefizite der Krankenkassen einher. Von daher führt kein Weg daran vorbei, Überkapazitäten abzubauen und leistungsfähigen Häusern gleichwohl ein Wachstum zu ermöglichen. Der dafür erforderliche positive Anreiz für selektive Verträge und damit Investitionen in die Qualität der Versorgung ginge von einer stärkeren degressiven Vergütung von Mehrleistungen im Kollektivvertrag aus.

### Versorgungsangebote und -ziele der AOK

Für die besonderen vertraglichen Angebote der AOK in der ambulanten Versorgung standen bisher bereits die Disease-Management-Programme (DMP) im Mittelpunkt. Sie haben die Behandlung chronischer Erkrankungen mit dem Erfolg besserer Gesundheitsergebnisse für die Patienten strukturiert und ergänzt. Inzwischen sind 2,7 Millionen Versicherte der AOK in ein DMP eingeschrieben, allein 1,5 Millionen Versicherte nehmen an den Curaplan-Programmen für Typ-2-Diabetiker teil. Aktuelle Studiener-

Abb. 6: Managementaufgaben der Krankenkassen bei Selektivverträgen



Quellen: AOK-BV

gebnisse belegen den Erfolg der DMPs. So werden nach einer Studie des Helmholtz Zentrums München Schulungen und notwendige Kontrolluntersuchungen bei Teilnehmern des DMP für Typ-2-Diabetiker sehr viel häufiger durchgeführt als bei Diabetikern in der Regelversorgung. Die Studie ergab zudem, dass der Blutdruck der DMP-Teilnehmer im Durchschnitt besser eingestellt war und dass sie deutlich öfter die für ihre Erkrankung angezeigten Medikamente einnahmen. Die Studie beruht auf Daten aus der sogenannten KORA-Plattform, einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe von Patientinnen und Patienten. Auch die ELSID-Studie des Universitätsklinikums Heidelberg zeigt Vorteile für die DMP-Teilnehmer: Die Studie hat unter anderem ergeben, dass es bei Diabetes-Patienten, die am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmen, eine sehr viel niedrigere Sterberate gibt als bei Patienten, die nicht in ein solches Programm eingeschrieben sind. Nach den Erkenntnissen der Heidelberger Wissenschaftler profitieren multimorbide Patienten besonders von der Teilnahme am DMP. Die Sonderauswertungen der AOK zur gesetzlichen Evaluation der AOK-Programme haben darüber hinaus ergeben, dass sich die medizinischen Werte der Versicherten, die kontinuierlich an einem DMP teilnehmen, im Laufe des Auswertungszeitraums deutlich verbessern. Zudem geht die Rate der neu aufgetretenen Folge- und Begleiterkrankungen (z.B. Herzinfarkte oder Schlaganfälle bei Teilnehmern des DMP KHK) zurück.

Auch aus den in den letzten Jahren forcierten Integrationsverträgen könnten bei vielen insbesondere indikationsspezifischen Schnittstellenproblemen der Versorgung Erfolge erzielt und die Zustimmung von Patienten und Ärzten zur GKV verbessert werden. Für die gesundheitspolitische Weiterentwicklung der GKV stehen inzwischen darüber hinaus populationsbezogene Ansätze mit größerer Reichweite an, insbesondere Verträge der hausarztzentrierten Versorgung. Mit populationsbezogenen Versorgungsansätzen soll insbesondere eine höhere Stabilität und Qualität der medizinischen Betreuungsfunktionen erreicht werden.

Inzwischen sind mehr als 3 Mio. AOK-Versicherte in HzV-Verträge eingeschrieben. Der ordnungspolitisch verfehlte Vertragszwang für die HzV mit Schiedsregelungen aus dem OrgWG hat die Entwicklung managementfähiger Versorgungsstrukturen an dieser Stelle aus Sicht des AOK-Bundesverbandes eher verzögert als vorangebracht. Im politischen Wettbewerb, wie beim Wettbewerb im Gesundheitswesen, können sich Zwangscoalitionen nicht durchsetzen. Dabei kommt es am Ende des Tages auch nicht allein auf das Schiedsurteil an, sondern auf Bereitschaft und Engagement, zahlreiche offene Managementaufgaben auch engagiert zu füllen.

Bezeichnenderweise ist der Durchbruch für populationsbezogene wettbewerbliche HzV-Verträge in Baden-Württemberg ohne Vertragszwang erfolgt. Mit ihrer Initiative hat es die AOK inzwischen auf fast 700.000 Einschreibungen gebracht. Und besondere ambulante Angebote sollen nun hinzukommen.

Die besondere ambulante (fach-)ärztliche Versorgung, die der Gesetzgeber in § 73c SGB V ermöglicht hat, setzt im Grunde eine funktionierende (haus-)ärztliche Versorgung aus § 73b SGB V oder zumindest die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung voraus:

- Einerseits soll und muss sich der Facharzt in der Behandlung auf seine besonderen Kompetenzen konzentrieren können, da alles andere die Spezialisierung ad absurdum führte.
- Andererseits muss sich der Patient darauf verlassen können, dass er tatsächlich zeitnah Zugang zum Facharzt erhält, wenn er davon profitieren könnte.
- Beides setzt neben einer guten Diagnostik des Hausarztes und dessen Überweisung zum Facharzt ein Praxismanagement voraus, das kurze Wartezeiten garantiert.

Diese wenigen schlichten Voraussetzungen verweisen auf landläufige Defizite, bevor Fragen der eigentlichen Qualitätssicherung überhaupt angesprochen sind. Die tatsächlichen Konstrukte in der gesundheitlichen Versorgung bleiben weit hinter dem Fortschritt der Reformwerkstätten zurück. Es könnte von daher für die gesundheitspolitische Beratung die Versuchung zu einer Art „gedanklichen Sprung“ in eine Welt integrierter Versorgung bestehen, ohne dass die rechtlichen und ökonomischen Sachverhalte beachtet werden. Der Sachverständigenrat etwa entwirft Szenarien, deren Realisierungsmodell er in das Kinzig- oder Leinetal verweist. Deutschland besteht aber auch aus Ebenen und Höhen, nicht nur aus Tälern.

Von daher bleiben die AOKs in der Verantwortung für die Versorgung realpolitisch an die Sicherstellung der haus- und fachärztlichen Versorgung gebunden. An zwei Beispielen soll im Folgenden die Verbindung von haus- und fachärztlicher Versorgung überblickartig nachgezeichnet werden.

## Beispielindikation „Rheumatoide Arthritis“

Die rheumatologischen Krankheiten umfassen ein großes Spektrum von entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen, degenerativen Erkrankungen sowie durch Stoffwechselerkrankungen ausgelöste und funktionell bedingte schmerzhaftige Störungen des Bewegungsapparates. Entsprechend erfolgt die Versorgung der Erkrankten in verschiedenen Versorgungssettings des Gesundheitswesens. Nur die wenigsten benötigen eine Versorgung durch Rheumatologen, dies sind im Wesentlichen die entzündlich rheumatischen Systemerkrankungen.

Für die entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen insgesamt kann nach verschiedenen deutschen und europäischen Studien von einer Punktprävalenz von knapp 2 % unter Erwachsenen ausgegangen werden. Dies ergibt rund 1 bis 1,5 Millionen betroffene Erwachsene; hinzu kommen etwa 15.000 chronisch rheumakranke Kinder.

## Übersicht 1: Qualitätsdefizite in der Struktur der Versorgung der rheumatoiden Arthritis

<b>Rheumatologische Fachkompetenz Hausärzte</b> Hausärzte sind nicht ausreichend fortgebildet
<b>Verfügbarkeit spezialisierter/fachärztlicher Versorgung</b> Nur 450 Rheumatologen, die bei der Bedarfsplanung keine eigene Fachgruppe bilden
<b>Verfügbarkeit spezialisierter rheumatologischer Zentren</b> Die stationäre Behandlung findet in der Hälfte der Fälle nicht in rheumatologischen Abteilungen statt
<b>Durchführung rheumatologischer Konsile</b> Einrichtungen ohne Fachabt. fordern/bindern zu selten rheumatol. Konsil an/Expertise ein
<b>Verfügbarkeit interdisziplinärer rheumatologischer Teams</b> Interdisziplinäres rheumatologisches Team ambulant wie stationär selten vorhanden
<b>Durchführung rheumatologischer Fallkonferenzen</b> Fallkonferenz für schwere Krankheitsbilder nicht (zu selten) etabliert

Quelle: AOK-BV

An der Rheumatoiden Arthritis sind allein ca. 400.000 Versicherte der AOK erkrankt. Sie gehört, zusammen mit weiteren rheumatisch-entzündlichen Erkrankungen, zum Bereich der muskuloskelettalen Erkrankungen, die die führende Ursache von chronischen Schmerzen, körperlichen Funktionseinschränkungen sowie Verlust an Lebensqualität und Lebenserwartung sind.

Die Versorgungsstruktur ist insbesondere durch die Knappheit fachärztlicher Rheumatologen gekennzeichnet. Bei einer Zahl von 1 bis 1,5 Millionen entfallen auf jeden internistischen Rheumatologen rechnerisch über 3.300 Patienten. Es muss ein dringliches Anliegen der Sicherstellung sein, die fachärztliche Kompetenz durch eine gute Verzahnung von hausärztlicher und fachärztlicher Betreuung gezielt zu nutzen. Um die speziellen Versorgungsanliegen besser als bisher abzudecken, sollte zudem eine rheumatologische Fachassistenz auf- und ausgebaut werden.

Für die Optimierung der Versorgungsprozesse steht die frühzeitige, standardisierte Diagnostik beim Hausarzt im Vordergrund, um die Patienten mit rheumatoider Arthritis frühzeitig beim Rheumatologen vorstellen zu können. Um die aufgrund des pharmakologischen Fortschritts inzwischen bestehenden Chancen einer weitgehenden oder sogar vollständigen Remission zu nutzen, muss die Basistherapie mit möglichst hohem Grad genutzt werden. Wesentliche Maßnahmen, um diese Ziele zu erreichen, sind:

- Bestimmung eines Versorgungspfades,
- Bestimmung von Überweiskriterien und -verfahren,
- Kriterien für die regelmäßige Therapieanpassung,

- Kriterien für und Koordination von supportiven Maßnahmen.

## Übersicht 2: Qualitätsdefizite im Prozess der Versorgung der rheumatoiden Arthritis

<b>Diagnostik</b> Diagnostik unzureichend, es dauert durchschnittlich 5 Jahre bis der Patient zu Rheumatologen findet.
<b>Rheumatologische Expertise</b> Rheumatologisches Konsil spät, selten, unklare Überweiskriterien erschweren Frühdiagnostik
<b>Basistherapie</b> Anteil der mit Basistherapie Versorgten zu gering
<b>Adherence</b> Unerwünschte AM-Wirkungen führen zu Therapieabbruch durch den Patienten
<b>Nicht-medikamentöse Therapie, Rehabilitation</b> Nicht-medikamentöse Therapie zu selten einbezogen
<b>Koordination</b> Fehlende Koordination bei komplexen Behandlungsprozessen
<b>Anwendung der Transitionsversorgung</b> Transition vom Kinder-Rheumatologen zum Erwachsenen-Rheumatologen nicht ausgeprägt

Quelle: AOK-BV

Darüber hinaus sind die kontinuierliche Fortbildung von Hausärzten und Orthopäden sinnvoll sowie die Entlastung der Rheumatologen durch eine rheumatologische Fachassistenz sowie Case-Manager (Rheumatotse).

Die aufgeführten Defizite und Maßnahmen sind nicht nur in der Literatur bekannt, sondern auch anerkannter Gegenstand der Debatte von Hausärzten und Rheumatologen, Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Selbsthilfegruppen. Es ist Inhalt einer versorgungsinhaltlich stabilen Verknüpfung von haus- und fachärztlicher Versorgung, diese Maßnahmen in geeigneter Weise aufzugreifen. Dazu eruiert der AOK-Bundesverband medizinische Behandlungspfade und Vertragskonzepte. Die Bereitschaft und Fähigkeit, eine stabile Managementbasis dafür auch in der hausärztlichen Versorgung herzustellen, wird in HzV-Verträgen am ehesten angetroffen. Bei den Arbeiten haben wir gesehen, dass sich die KBV mit dem Berufsverband der Rheumatologen mit ähnlichen Konzepten beschäftigt, von daher liegt hier eine Zusammenarbeit nahe.

## Beispielindikation „Depression“

Als zweites Beispiel kann die Behandlung der Depression angeführt werden. Mit einer Lebenszeitprävalenz von 10 bis 18 Prozent und einer Punktprävalenz von bis zu sieben Prozent gehören depressive Störungen zu den häufigsten Erkrankungen. Frauen sind dabei doppelt so häufig betroffen wie Männer. Der Zeitpunkt der ersten Erkrankung liegt bei 50 Prozent der Patienten vor dem 32. Lebensjahr.

Depressive Störungen treten auch häufig im Kindes- und Jugendalter auf. Dagegen sind erstmalige Erkrankungen nach dem 56. Lebensjahr mit einem Anteil von zehn Prozent der depressiv Erkrankten selten. Diese Erkrankungen sind aber aufgrund der häufig bei älteren Patienten auftretenden somatischen Komorbidität eine besondere Herausforderung.

Das führende Defizit in der Versorgungsstruktur ist die Kompetenz der Hausärzte, depressive Störungen zu erkennen und adäquat zu behandeln. Depressive Störungen werden häufig als Symptome einer somatischen Erkrankung vorgetragen. Falsch negative wie falsch positive Diagnosen sind nicht selten. Ziel muss eine standardisierte, leitliniengestützte Diagnostik sein, mit der an differenzierte Versorgungspfade angeknüpft werden kann. Dabei scheint insbesondere die Verknüpfung zu den Psychotherapeuten im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie mit Gutachterverfahren angesichts durchschnittlicher Wartezeiten von 3 Monaten defizitär.

### Übersicht 3: Strukturdefizite der Versorgung der Depression

	Defizit
<b>DS 1</b>	<b>Fachkompetenz Hausärzte</b> Hausärzte sind nicht ausreichend fortgebildet, um depressive Störungen zu erkennen und adäquat zu behandeln.
<b>DS 2</b>	<b>Verfügbarkeit spezialisierter/fachtherapeutischer Versorgung</b> Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten stellen nicht rechtzeitig erforderliche Kapazitäten zur Verfügung
<b>DS 3</b>	<b>Verfügbarkeit spezialisierter fachtherapeutischer Zentren</b> Mehr als ein Viertel der Behandlungsfälle werden in somatischen Fachabteilungen behandelt
<b>DS 4</b>	<b>Fachpsychologische / -psychiatrische Qualifikation somatischer Einrichtungen</b> Es liegen keine Berichte über die Einbindung von psychiatrischer / psychotherapeutischer Expertise in somatischen Einrichtungen vor.

Quelle: AOK-BV

Die in Debatte genannten Prozessdefizite folgen unmittelbar aus den Strukturdefiziten. Von daher scheinen spürbare Verbesserungen mit wenigen Maßnahmen möglich. Dies sind:

- Eine frühe Diagnosestellung unter Anwendung diagnostischer Instrumente,
- die Einführung leitlinienbasierter Versorgungspfade und
- die Etablierung eines Case-Managements zur Koordination der Behandlung und zur Unterstützung beim Selbstmanagement von chronischer Erkrankung bedrohter Patienten.

### Übersicht 4: Qualitätsdefizite bei der Behandlung der Depression

	Defizit
<b>DP 1</b>	<b>Diagnosestellung</b> Depressive Störungen werden unterbewertet, einfache Diagnosekriterien werden nicht benutzt, keine systematische Diagnostik
<b>DP 2</b>	<b>Psychiatrische Expertise (Konsil)</b> Psychiatrische Expertise zu spät, zu selten, keine klaren Überweisungskriterien in der Praxis
<b>DP 3</b>	<b>Therapie unzureichend</b> Nur ein relativ geringer Anteil erhält Psycho- oder medikamentöse Therapie
<b>DP 4</b>	<b>Adherence / Therapietreue</b> Unerwünschte Arzneimittelwirkungen führen zum Therapieabbruch durch die Betroffenen, Antriebsverlust nicht ausreichend berücksichtigt
<b>DP 5</b>	<b>Koordination</b> Fehlende Koordination bei komplexen Behandlungsprozessen, Case Management bei inaktiven Betroffenen fehlt
<b>DP 6</b>	<b>Unterstützende Maßnahmen</b> Unterstützende Institutionen und Maßnahmen werden nicht entsprechend einbezogen
<b>DP 7</b>	<b>Rehabilitation</b> Rehabilitation zu selten einbezogen

Quelle: AOK-BV

Darüber hinaus sind die kontinuierliche Fortbildung sinnvoll sowie in der Verordnung des Hausarztes zeitnah verfügbare Kurzinterventionen von Psychotherapeuten zur Verhinderung von Chronifizierung. Muss der beim Hausarzt mit einer Depression diagnostizierte Patient monatelang auf einen Termin beim Psychotherapeuten warten, wird er in vielen auch leichten und vorübergehenden Fällen der Pharmakotherapie zugeführt und eine Krankheitskarriere entwickeln, die ggf. durch eine kurzzeitige Verhaltenstherapie zu vermeiden gewesen wäre.

### Notwendige Finanzierung durch den Morbi-RSA

Die seit 2003 in Deutschland erfolgreichen DMP für ausgewählte Volkskrankheiten wurden durch das Vorziehen des M-RSA für eingeschriebene Versicherte fundiert. Seit dem Jahre 2009 ist der M-RSA auf der Grundlage von 80 Erkrankungen eingeführt. Seine Komplettierung und Weiterentwicklung bilden eine eigene Diskussion. In dem Kontext „Innovativer Versorgungsformen“ gilt wie angeführt, dass der M-RSA die Rolle der Krankenkassen als Anwalt der Versicherten stützt. Basis dafür ist die versorgungsnahe Modulation des ökonomischen Interesses der Krankenkassen im Hinblick auf die Optimierung der Versorgung. Dabei werden parallel Wirtschaftlichkeitsanreize geschützt, da für die Krankenkasse nicht die tatsächlichen Kosten im M-RSA berücksichtigt werden, sondern

die Durchschnittskosten. Somit werden Versorgungsaktivitäten ohne die unerwünschten Effekte eines Ausgabenausgleichs ermöglicht. Auch für Gesunde erhält die Krankenkasse beträchtliche Mittel, so dass erfolgreiche Prävention oben an steht. Wünschenswert ist eine Weiterentwicklung des M-RSA unter Einbezug von Schweregraden der Erkrankung, damit ein Anreiz besteht, nicht nur nach Eintritt der Erkrankung Komplikationen zu vermeiden, sondern auch Schwerkranke optimal zu versorgen.

Jede Krankenkasse muss bei der Produktplanung und –Einführung finanzwirtschaftliche Aspekte beachten. Und gerade weil Produkt-Innovationen im Gesundheitswesen selten kostensparend und im günstigen Falle kostenneutral sind, spielt dabei die Veränderung von Deckungsbeiträgen eine entscheidende Rolle. Aus dieser Sicht stehen für die Krankenkassen qualitätsfördernde Prozessinnovationen im Vordergrund. Ob und wie sie die individuelle Position der Krankenkasse im M-RSA verändern, hängt aber nicht nur davon ab, welche Wirkung die Innovation auf die individuellen Kosten der Krankenkasse hat, sondern auch, welche Wirkungen davon auf die Normkosten ausgehen, wie sich dies mit Maßnahmen anderer Krankenkassen verhält und welche Gesamtänderungen sich im Gefüge des M-RSA in der jeweiligen Periode insgesamt vollzogen haben. Da die Wirkungen erst mit großem zeitlichem Nachlauf erkennbar werden, kann allein von daher nur eine zielbewusste und bei den Versicherten langfristig erfolgversprechende Produktstrategie der jeweiligen Krankenkasse rational sein.

Dabei wird sich bei vorstoßendem Wettbewerb keine Krankenkasse darauf verlassen können, mit ihrem relativen Gewicht im M-RSA die Normkosten selbst hinreichend zu verändern bzw. die Imitation des Wettbewerbs als sicher einkalkulieren können. Innovation und Risiko sind Geschwister. Die Fähigkeit Wagnisse einzugehen, korreliert dabei mit der Kassengröße. Einerseits im Hinblick auf die Veränderung der Normkosten, andererseits im Hinblick auf die Reaktion des Wettbewerbs.

## Fazit

Die Politik in Deutschland hat für die GKV seit 1993 – über wechselnde Koalitionen hinweg und in bemerkenswerter Beharrlichkeit – den Weg zu einer sozialen Wettbewerbsordnung beschritten. Dieser Deutsche Weg ist für viele Länder weltweit beispielgebend. Er sucht wettbewerbliche Spielräume für Innovation und effiziente Versorgungsstrukturen auszubauen, ohne die Sicherstellung einer allgemeinen, bedarfsgerechten und für alle zugängliche Versorgung aus dem Auge zu verlieren oder gar zu gefährden. Ein grundlegendes Fundament dafür ist der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich. Auch die Schweiz und die Niederlande etwa gehen diesen Weg. Er ermöglicht nicht weit mehr als in der PKV Wahlfreiheit, Wechsel und Wettbewerb auf der Versicherungsseite. Er ermöglicht auch die offene Wahl der Versicherten für besondere Versorgungsformen, ohne dass es dabei zur Risikoselektion und Benachteiligung für Patienten oder Ärzte kommt. Einen weiteren Beleg dafür wird der Bewertungsausschuss leisten, wenn er noch in diesem Jahr die Bereinigungsregelungen für die Gesamtvergütungen verabschiedet.

Die AOK will diese Möglichkeiten im Interesse ihrer Versicherten nutzen. Sie ergänzt die Hausarztzentrierte Versorgung um die besondere fachärztliche Versorgung. Ziel ist, für den Hausarzt eine leitliniengerechte, strukturierte Diagnose zu erleichtern. Auf dieser Grundlage wird für den Patienten, der eine weitergehende fachärztliche Behandlung braucht, zeitnah Zugang zum Facharzt hergestellt.

## Fußnoten:

- 1 Referat bei den Orber Gesprächen vom 11. bis 13. November 2009, in Berlin, unter Leitung von Prof. Eberhardt Wille, Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Entwicklung des Gesundheitswesens, auf Einladung der Bayer-Schering AG.



## Mezzanine-Märkte in der Krankenversicherung

Ein Zugang zu innovativen Gesundheitsleistungen

Von RA Prof. Dr. med. Dr. iur. Christian Dierks, FASozR, Prof. Dr. Stefan Felder und Prof. Dr. Jürgen Wasem

2009, 86 S., brosch., 14,90 €, ISBN 978-3-8329-5231-0

Mezzanine-Märkte sind Versicherungsmärkte für die Kosten medizinischer Leistungen und Produkte, die aufgrund einer Kosten-Nutzen-Bewertung künftig nicht mehr vollständig von der gesetzlichen Basiskrankenversicherung finanziert werden. Die Autoren schlagen vor, diese Märkte auch für die gesetzliche Krankenversicherung über Satzungsleistungen, Wahltarife und Zusatzversicherungen zu erschließen.

Bitte bestellen Sie im Buchhandel oder versandkostenfrei unter ► [www.nomos-shop.de](http://www.nomos-shop.de)



**Nomos**