



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

STARTSCHUSS FÜR DEN GESUNDHEITSFONDS

# Der letzte Baustein?

+++ Wie die AOK die Chancen im Wettbewerb nutzt

SPEZIAL

STARTSCHUSS <b>Wettbewerbsintensität steigt</b> von Eberhard Wille .....	3	AMBULANTE VERSORGUNG <b>Vorsprung durch Vertragswettbewerb</b> von Karl-Heinz Schönbach .....	13
ÜBERBLICK <b>Bereit für neuen Wettbewerb</b> von Jan Carels .....	4	PRÄVENTION <b>Gesund in die Zukunft</b> von Kai Kolpatzik .....	14
GESUNDHEITSFONDS <b>»Fonds verbessert medizinische Versorgung«</b> Interview mit Josef Hecken .....	7	KLINIKEN <b>»Die Kassen brauchen selektive Verträge«</b> Interview mit Wulf-Dietrich Leber .....	16
DISEASE-MANAGEMENT <b>Ein Erfolgsmodell geht weiter</b> von Bernhard Egger .....	8	GKV-FINANZIERUNG <b>Das Fundament bröckelt weiter</b> von Klaus Jacobs .....	17
WAHLTARIFE <b>Mehr Spielraum für Versicherte</b> von Thomas Müller .....	9	GESUNDHEITSFONDS <b>Ein politischer Kompromiss</b> von Peter Thelen .....	18
REPORTAGE <b>Im Alter gut versorgt</b> von Ulrich P. Schäfer .....	10	WISSENSCHAFT <b>»Der Fonds ist kein Bürokratiemonster«</b> Interview mit Wolfram F. Richter .....	19
ARZNEIMITTEL <b>Kosten und Nutzen im Gleichgewicht</b> von Jürgen Klauber .....	12	GLOSSAR .....	20

## Publikationen

- *Klaus Jacobs*  
**Kein Korsett für den Wettbewerb**  
in: *Gesundheit und Gesellschaft*, 8/2008
- *Jürgen Graalmann*  
**Vorsicht vor der Notbremse**  
in: *Gesundheit und Gesellschaft*, 10/2007
- *Gudrun Eberle*  
**Meilensteine für die Gesundheit**  
in: *Gesundheit und Gesellschaft*, 3/2008
- *AOK-Bundesverband*  
**G+G Spezial 4/08**  
»Eine Reform lernt laufen«
- *AOK-Bundesverband*  
**G+G Spezial 6/08**  
»Heute schon vernetzt?«

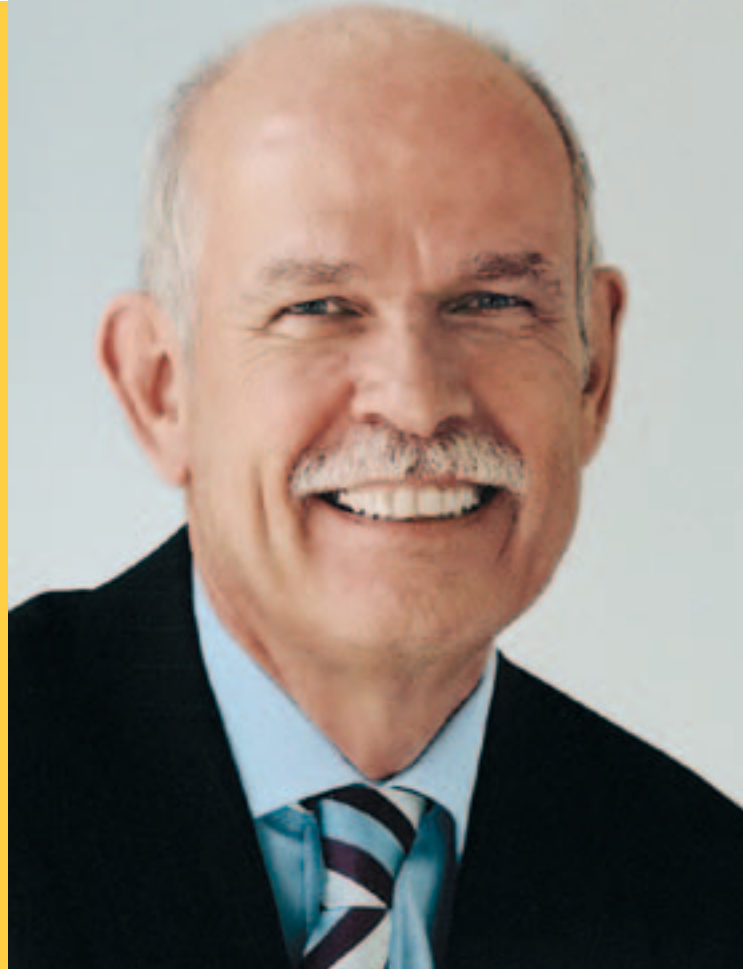
## Internet

- [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)  
Website des AOK-Bundesverbandes mit ausführlichen Informationen zur Gesundheitspolitik
- [www.reform-aktuell.de](http://www.reform-aktuell.de)  
Website des AOK-Bundesverbandes mit einem Überblick über abgeschlossene und bevorstehende Reformgesetze
- [www.aok.de](http://www.aok.de)  
AOK-Versichertenportal mit Informationen über die Wahltarife jeder AOK
- [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)  
Informationen über die Aufgaben des neu gegründeten GKV-Spitzenverbandes unter → *Wir über uns*
- [www.die-gesundheitsreform.de](http://www.die-gesundheitsreform.de)  
Website des Bundesministeriums für Gesundheit zur Gesundheitsreform 2007
- [www.bmg-bund.de](http://www.bmg-bund.de)  
Website des Bundesministeriums für Gesundheit mit ausführlichen Informationen zum Gesundheitsfonds
- [www.bva.de](http://www.bva.de)  
Website des Bundesversicherungsamtes. Vergleich des neuen mit dem alten Risikostrukturausgleich unter → *Risikostrukturausgleich*
- [www.tigerkids.de](http://www.tigerkids.de)  
Website der »Stiftung für Kindergesundheit« zur Adipositasprävention mit dem Kindergartenprogramm TigerKids
- [www.wido.de](http://www.wido.de)  
Website des Wissenschaftlichen Instituts der AOK mit ausführlichen Informationen über den Arzneimittelmarkt

- [www.zes.uni-bremen.de](http://www.zes.uni-bremen.de)  
Website des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen mit wissenschaftlichen Abhandlungen rund um das Gesundheitswesen unter → *Veröffentlichungen* → *Schriftenreihe*
- [www.wiso.uni-dortmund.de](http://www.wiso.uni-dortmund.de)  
Website des Lehrstuhls für VWL und Öffentliche Finanzen der Universität Dortmund mit verschiedenen Veröffentlichungen zum Gesundheitsfonds unter → *Forschung und Lehre* → *VWL* → *Öffentliche Finanzen*
- [www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de](http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de)  
Alle Gutachten des »Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung« unter → *Gutachten*
- [www.kbv.de](http://www.kbv.de)  
Website der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Stellungnahmen zum Gesundheitsfonds unter → *Gesundheitspolitik*

# Wettbewerbsintensität steigt

Die jüngste Gesundheitsreform und der Start des Gesundheitsfonds erhöhen die Wettbewerbsintensität zwischen den Krankenkassen. Gleichwohl fehlen weiterhin zentrale Elemente eines zielführenden Wettbewerbs – und auch die Finanzierungsprobleme sind nicht gelöst. Von **Eberhard Wille**



**Z**um 1. Januar 2009 startet mit dem Gesundheitsfonds das Kernstück der jüngsten Reformen. Die Bundesregierung legt einen einheitlichen Beitragssatz fest. Zusatzbeiträge, die jede Krankenkasse selbst festlegen kann, ersetzen künftig die bisherigen kassenindividuellen Beiträge als preisliche Wettbewerbsparameter. Für die Versicherten erhöhen sich dadurch Preistransparenz und Vergleichbarkeit, sodass für die Kassen der Wettbewerb um Preise und Leistungen zunimmt.

Weitere positive Wettbewerbselemente bilden neue selektive Vertragsoptionen wie beispielsweise die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach Paragraph 73c im Sozialgesetzbuch V und die Flexibilisierung des Vertragsarztrechtes. Die Möglichkeit der Kassen, Rabattverträge mit einzelnen Arzneimittelherstellern abzuschließen, stellt als solche ebenfalls eine wettbewerbskonforme Reformmaßnahme dar. Allerdings befindet sie sich in einem stark überregulierten und intransparenten Arzneimittelmarkt.

Die Gesundheitsreform vergibt allerdings auch Chancen im Hinblick auf die Intensivierung eines funktionsgerechten Wettbewerbs der Krankenkassen. Bei der sogenannten Überforderungsklausel, die den Zusatzbeitrag auf ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds begrenzt, findet der Belastungsausgleich innerhalb der jeweiligen Krankenkasse und nicht auf der Ebene der gesetzlichen Krankenversicherung oder im Steuersystem statt. Die Krankenkassen besitzen infolgedessen auch im Rahmen des Gesundheitsfonds ein Interesse an gut verdienenden, ledigen und gesunden Versicherten.

Auf Seiten der Leistungserbringer fehlen trotz zahlreicher positiver Ansätze an den Schnittstellen der Sektoren immer noch einheitliche Rahmenbedingungen, beispielsweise für den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und ambulanten (Fach-)Ärzten.

Die größte Schwachstelle der Gesundheitsreform besteht allerdings darin, dass sie keinen Beitrag zur Lösung der dringlichen Finanzierungsprobleme leistet. Denn die gesetzliche Krankenversicherung leidet bereits seit Jahren an einer chronischen Wachstumsschwäche ihrer Finanzierungsbasis.

Die Zunahme der beitragspflichtigen Einnahmen bleibt deutlich hinter dem Ausgabenwachstum zurück, was zwangsläufig zu steigenden Beitragssätzen führt. Dies geht aber nicht auf eine »Ausgabenexplosion«, sondern auf eine Implosion der beitragspflichtigen Einnahmen zurück. Eine Reform zur nachhaltigen Stabilisierung der Finanzierungsbasis in der gesetzlichen Krankenversicherung erscheint folglich vorprogrammiert.

**Professor Dr. Eberhard Wille** ist Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und lehrt Gesundheitsökonomie an der Universität Mannheim.

# Bereit für neuen Wettbewerb

Gesundheitsfonds und morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich sind zum 1. Januar an den Start gegangen – damit ist die jüngste Gesundheitsreform im Wesentlichen abgeschlossen. Die AOK ist gut aufgestellt für einen Wettbewerb um mehr Qualität der Versorgung. Von **Jan Carels**

Das Jahr 2009 wird ein spannendes Jahr – ein Jahr der Weichenstellung für die medizinische Versorgung in Deutschland. Erstmals legen die Kassen ihre Beitragssätze nicht mehr selbst fest. Der Gesundheitsfonds kommt – und mit ihm ein Einheitsbeitragssatz von 15,5 Prozent für alle gesetzlich Versicherten. Die Krankenkassen erhalten künftig nicht mehr direkt das Geld ihrer Mitglieder, sondern feste Zuweisungen aus dem Fonds, je nach Morbiditätsstruktur ihrer Versicherten. Jede Kasse muss mit diesem Geld auskommen und die medizinische Versorgung ihrer Kunden sicherstellen. Reicht das Geld nicht aus, muss sie einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern verlangen.

Die AOK-Gemeinschaft ist auf diese neue Situation gut vorbereitet. Alle 15 AOKs starten mit einer soliden Finanzbasis in das neue Jahr. Sie werden 2009 keinen Zusatzbeitrag

erheben und weiterhin die volle AOK-Qualität anbieten, wenn die Politik Wort hält und die Leistungsausgaben nicht noch mehr ansteigen lässt als schon heute prognostizierbar.

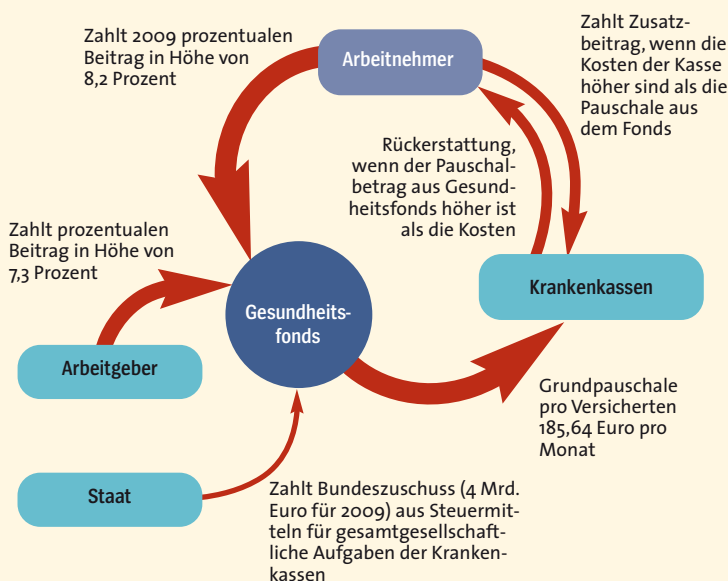
**Keine weiteren Mehrausgaben.** Wer den Einheitsbeitrag festlegt, muss auch dafür sorgen, dass die zugrunde liegende Kalkulationsgrundlage erhalten bleibt. Die Finanzlage der Krankenkassen kann nur dann über 2009 hinaus stabil bleiben, wenn die Politik ihnen in diesem Jahr nicht noch weitere Mehrausgaben aufbürdet. Wie sich die Finanzmarktkrise auf die Erwerbstätigkeit und damit auf die Zahl sozialversicherungspflichtiger Beschäftigter in Deutschland auswirken wird, ist nicht abzusehen. Hier drohen möglicherweise Einnahmeverluste. Klar ist aber schon jetzt: Die 2008 vereinbarten hohen Honorarzuwächse für Krankenhäuser und Vertragsärzte belasten das Budget der Kassen in jedem Fall. Hier ist die Politik in der Verantwortung, für ihre zugesagten Mehrausgaben einzustehen und für eine Ausgabendeckung des Fonds zu sorgen – notfalls mit höheren Steuerzuschüssen oder korrigierenden »Ad-hoc-Gesetzen«.

Kurzfristig sieht die AOK zwei Möglichkeiten, die Krankenkassen finanziell zu entlasten. Zum einen könnte der Herstellerabatt, den die Pharmaunternehmen den Kassen gesetzlich gewähren müssen, von bislang sechs auf 16 Prozent angehoben werden. Zum anderen sollte der monatliche Beitrag, den die Krankenkassen für arbeitslose Mitglieder von der Bundesagentur für Arbeit erhalten, an die tatsächlichen Kosten dieser Mitglieder angepasst werden. Die Durchschnittskosten für gesetzlich versicherte Arbeitslose liegen bei etwa 250 Euro im Monat, derzeit erhalten die Kassen lediglich 118 Euro. Diese kurzfristigen Maßnahmen ersetzen jedoch nicht die dringliche Notwendigkeit, insbesondere die Krankenhausausgaben nicht aus dem Ruder laufen zu lassen.

**Mehr Wettbewerb um Qualität.** Neben finanziellen Risiken bringt das neue Jahr aber insbesondere Chancen für eine bessere Gesundheitsversorgung der Versicherten. Zeitgleich mit dem Start des Gesundheitsfonds, so sieht es die Gesundheitsreform 2007 vor, wird der sogenannte morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich eingeführt, kurz Morbi-RSA.

Bereits seit 1994 gibt es zwischen den Kassen einen finanziellen Ausgleich für unterschiedliche Versichertenstrukturen.

## So funktioniert der Gesundheitsfonds



Ein kompliziertes Gebilde: Der Gesundheitsfonds erhält Geld von den Arbeitgebern, den Arbeitnehmern und dem Staat. Dieses Geld verteilt er dann an die Krankenkassen. Die Grundpauschale wird dann je nach Risikostrukturausgleich nach oben oder unten korrigiert.

Quelle: AOK-Mediendienst

Bisher orientierte sich der RSA allerdings vorrangig an den Kriterien Alter und Geschlecht. Die wahre finanzielle Krankheitslast wurde hiermit nicht ausgeglichen. Die Folge: Der Wettbewerb der Kassen konzentrierte sich auf junge und gesunde Versicherte. So waren Kassen mit vielen kranken Versicherten, deren Behandlungen teuer sind, durch den bisherigen RSA gegenüber Kassen mit vielen gesunden Versicherten und folglich geringeren Kosten stark benachteiligt. Die neue Verteilung der Beitragseinnahmen vorrangig nach dem Krankheitszustand der Versicherten macht das Gesundheitssystem ein Stück gerechter. Zwar sind die sogenannten »Deckungsbeiträge«, für gesunde Versicherte auch zukünftig in jedem Fall positiver als für kranke Versicherte – die Differenz ist nun aber nicht mehr so hoch wie zuvor, das heißt der alte Wettbewerb der Kassen um möglichst gut verdienende und gesunde Versicherte wird deutlich unattraktiver. Künftig wird vielmehr diejenige Kasse, die ihre Versicherten adäquat betreut und ihnen damit eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung anbietet, die Nase vorn haben. Die Gewinner sind damit also endlich die kranken Versicherten!

**AOK als Vorreiter.** Eine gute Ausgangslage für die AOK, die mit ihren umfassenden Erfahrungen etwa in speziellen Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke oder in der Qualitätssicherung der stationären Versorgung Vorreiter in der Kassenlandschaft ist (siehe Beitrag »Ein Erfolgsmodell geht weiter« auf Seite 8). Doch auch die gesunden Versicherten sind bei der Gesundheitskasse gut aufgehoben. Sie haben die Möglichkeit, unter einer Vielzahl von Versicherungstarifen zu wählen und können sich so ihr ganz individuelles Angebotspaket schnüren (siehe Beitrag »Mehr Spielraum für Versicherte« auf Seite 9). Darüber hinaus sorgen verschiedene Präventionsangebote der AOK dafür, dass ihre Mitglieder möglichst lange aktiv und fit bis ins hohe Alter bleiben können (siehe Beitrag »Gesund in die Zukunft« auf den Seiten 14 und 15). Mit ihrem Engagement für die Gesundheitsvorsorge stehen die Kassen aber leider immer noch vielfach alleine da – hier sind Bund, Länder und Kommunen gefordert, die Kassenaktivitäten stärker als bislang zu unterstützen, denn es handelt sich um gesamtgesellschaftliche Aufgaben.

Die AOK hat die bisher geschaffenen Möglichkeiten für mehr Wettbewerb um qualitativ hochwertige Versorgung zu adäquaten Preisen konsequent genutzt. Die Gesundheitskasse konnte damit erhebliche Effizienzgewinne in der Leistungserbringung erzielen. Um dabei aber noch erfolgreicher sein zu können, fehlt weiterer Handlungsspielraum. Hier hat die Große Koalition Nachholbedarf. Ein Beispiel ist der Arzneimittelmarkt. Durch Rabattverträge wettbewerbliche Elemente im Arzneimittelmarkt einzuführen, geht zwar in die richtige Richtung – aber nicht weit genug. Rabattverträge geben den Kassen die Möglichkeit, mit einzelnen Pharmaherstellern



Rabatte auszuhandeln. Die Gesundheitskasse hat bereits im vergangenen Jahr insbesondere bei patentgeschützten Medikamenten (Generika) diese Chance konsequent genutzt – allein im Jahr 2008 konnte die AOK durch Rabattverträge die Beitragszahler um einen dreistelligen Millionenbetrag entlasten, und das ohne Einbußen der Versorgungsqualität. Für die nächsten Jahre ist hier mit noch höherem Einsparpotenzial zu rechnen, sobald aktuell anhängige Klagen einiger Pharmahersteller von den nun zuständigen Sozialgerichten entsprechend entschieden sind.

**Mehr Handlungsspielraum im Arzneimittelmarkt.** Leider ist dieses Kostendämpfungsinstrument aber nicht geeignet, den generellen Ausgabentrend im Medikamentenbereich umzukehren. Die Arzneimittelkosten der gesetzlichen Krankenversicherung sind im ersten Halbjahr 2008 erneut um knapp sechs Prozent auf 14,4 Milliarden gestiegen. Der Grund: Einsparerfolge durch die Rabattverträge werden von Mehrkosten bei patentgeschützten Arzneien kompensiert (siehe Beitrag »Kosten und Nutzen im Gleichgewicht« auf Seite 12). Es bleibt unverständlich, warum das international längst etablierte Instrument der Kosten-Nutzen-Bewertung mit den entsprechenden Konsequenzen für die Erstattungsfähigkeit der Medikamente in Deutschland noch immer nicht angewendet wird. Die rechtlichen Grundlagen sind zwar gelegt, Ergebnisse aber nicht in Sicht. Bislang haben die Arzneimittelhersteller wenig Interesse daran, Bewertungsergebnisse zu produzieren. Hier

bedarf es offensichtlich noch zusätzlicher Anreize, sich diesem Verfahren nicht länger zu verwehren.

Eine weitere Möglichkeit, sinnlosen Kostensteigerungen im Arzneimittelbereich entgegenzuwirken, sind kassenindividuelle Positivlisten. So könnten die Krankenkassen – wissenschaftlich fundiert festgelegt – entscheiden, für welche wirksamen Medikamente sie künftig die Kosten übernehmen. Ob ein Wirkstoff überhaupt bezahlt wird, steht dabei nicht zur Disposition der Kassen – wie sie jedoch die Arzneimittelversorgung sicherstellen, fielen in ihren Verantwortungsbe- reich. Kassenindividuelle Positivlisten sind damit eine gute Möglichkeit, für teure Medikamente ohne relevanten Zusatznutzen kostensparende Rabatte mit den Herstellern auszuhandeln, ohne die Qualität der Versorgung zu mindern.

**Selektive Verträge für mehr Effizienz.** Neben dem Arzneimittelsektor wird auch die Reform der Krankenhausfinanzierung keinen ausreichenden Rahmen für einen Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit bringen. Der stationäre Sektor benötigt mit dem endgültigen Übergang auf das Fallpauschalensystem einen ordnungspolitischen Rahmen, der das Ziel, die stationäre Versorgung wettbewerbsfähig zu gestalten, nachhaltig unterstützt. Um Qualität und Wirtschaftlichkeit kontinuierlich zu fördern, ist ein funktionsfähiger Wettbewerb absolut unabdingbar. Doch hier fehlen weiterhin jegliche Ansätze. Die Belastungen der Kassen im stationären Sektor werden durch die Krankenhausfinanzierungsreform weiter enorm steigen. Dennoch haben die Kassen nicht die Möglichkeit erhalten, Einzelverträge mit besonders effizienten, preisgünstigen oder qualitativ hochwertigen Kliniken zu

»Ohne selektive Verträge entsteht kein Wettbewerb unter den Kliniken.«

schließen. Dabei sind gerade diese planbaren Eingriffe – wie beispielsweise der Einsatz einer Hüftprothese – für selektive Verträge prädestiniert (siehe Interview auf Seite 16). Ohne solche Selektivverträge wird in der stationären Versorgung kein Wettbewerb entstehen können und Kliniken und Krankenkassen können bestehende Effizienzreserven nicht heben. Dabei haben doch insbesondere Projekte der Integrierten Versorgung in den vergangenen Jahren eindrucksvoll gezeigt, dass mit den richtigen rechtlichen Rahmenbedingungen mehr Wettbewerb unter den Kliniken um die bestmögliche Qualität der Versorgung durchaus möglich ist (siehe Reportage auf den Seiten 10 und 11). Doch anstatt selektive Verträge zwischen Kliniken und Kassen im großen Stil zu ermöglichen, wurde die Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung sogar zum Jahresbeginn komplett eingestellt.

Was bleibt? Mit dem Morbi-RSA hat die Politik zwar endlich einen für die kranken Versicherten so notwendigen Schritt in die richtige Richtung gemacht. Um die Qualität der Versorgung und die finanzielle Stabilität der Kassen aber langfristig zu erhalten, ist die Politik weiterhin gefordert, an einigen Stellen nachzubessern. Die AOK ist bereit, ihren Beitrag hierfür zu erbringen und konstruktiv an Konzepten für eine hochwertige und effiziente Gesundheitsversorgung mitzuarbeiten. Inzwischen nutzt sie alle Chancen, die sich bereits heute aus den Neuerungen ergeben, um ihren Versicherten bestmögliche Angebote machen zu können. ■

Jan Carels ist Geschäftsführer für Politik und Unternehmensentwicklung beim AOK-Bundesverband.

## Die Herren der Umverteilungsmaschine

Hier also schläft ein bürokratisches Monster: Ein Büro, etwa 15 Quadratmeter groß, weiße Wände. Rechts reingequetscht ein Konferenztisch mit sieben Stühlen, links ein Arbeitsplatz mit Computer, dazwischen eine Yucca-Palme. Hier soll also der berüchtigte Gesundheitsfonds verwaltet werden? Irgendwie enttäuschend.

»Was hatten Sie erwartet?«, fragt Bernd Marschewski, der in diesem Zimmer sitzt und den man mit Fug und Recht als Herrn des Fonds bezeichnen kann. Gute Frage. Mehr natürlich. Einen gigantischen Verwaltungskomplex vielleicht, gilt der Gesundheitsfonds doch als undurchschaubare Umverteilungsmaschine. Hatte es nicht Anfragen von Abgeordneten des Bundestages gegeben, den Fonds in ihrem

Wahlkreis anzusiedeln? In stillgelegten Kasernen? Ein Rechenzentrum mit Großcomputern und dicken Daten-Leitungen – das wäre das Mindeste gewesen für ein Vorhaben, das seit mehr als zweieinhalb Jahren für erbitterten Streit in der Politik und im Gesundheitswesen sorgt und das die Arbeitsweise der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) umwälzen wird wie kein anderes.

Fehlanzeige. In diesem kleinen, unscheinbaren Büro im Bundesversicherungsamt soll es Anfang 2009 starten, das letzte große Projekt der großen Koalition. Ein Projekt, von dem manche befürchten, es könne ein solches Chaos auslösen wie die Umstellung von Arbeitslosenversicherung und Sozialhilfe auf Hartz IV.

Vom 1. Januar an hat Marschewski Zugriff auf alle Einnahmen, die die gut 210 Krankenkassen in Deutschland erzielen. Er sieht das gelassen. »Ich habe mich inzwischen an die Vorstellung gewöhnt, im nächsten Jahr mit dem vielen Geld umzugehen«, sagt er.

Bernd Marschewski ist 39 Jahre alt, verheiratet und Vater zweier Kinder. Als Hintergrundmotiv auf seinem Computerschirm hat er das Bild einer karibischen Insel gespeichert. Von diesem Rechner aus wird er im kommenden Jahr etwa 155 Milliarden Euro überweisen.

Auszug aus »Die Herren der Umverteilungsmaschine« von Guido Bohsem, Süddeutsche Zeitung vom 11. September 2008

Josef Hecken ist  
Präsident des Bundesver-  
sicherungsamtes (BVA).



## »Fonds verbessert medizinische Versorgung«

Das Bundesversicherungsamt verwaltet künftig den Gesundheitsfonds – und damit 167 Milliarden Euro Krankenkassenbeiträge. **Josef Hecken** erklärt, warum der Fonds den Wettbewerb unter den Kassen beflügelt und was chronisch kranke Versicherte davon haben.

**Kritiker behaupten, im neuen Gesundheitsfonds sei nur ein kranker Versicherter ein guter Versicherter. Stimmt das?**

Abgesehen davon, dass ein gesunder Versicherter ohnehin immer das beste Risiko ist, haben diese Kritiker offenbar die Wirkweise des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, des Morbi-RSA, nicht verstanden. Richtig ist: Künftig erhalten die Kassen höhere Zuweisungen für Versicherte, die an besonders teuren Krankheiten leiden. Das ist der Inbegriff des Morbi-RSA. Der Anreiz, Kranke an eine andere Kasse loszuwerden, ist somit nicht mehr vorhanden. Genau das haben wir gewollt. Allerdings erhalten die Krankenkassen für diese kranken Versicherten nur Zuweisungen in Höhe der standardisierten Behandlungskosten. Sie müssen sehen, dass sie ihre Kranken also optimal behandeln, damit sie mit dieser Zuweisung auskommen.

**Was kann das Bundesversicherungsamt tun, um Manipulationen im Morbi-RSA zu verhindern?**

Um Gesunde zu Kranken umzudeklarierten, müssten Ärzte bewusst Falschdiagnosen stellen. Das wäre eindeutig Betrug. Ich halte ein solches Verhalten der Ärzte für eher unwahrscheinlich. Wir haben aber dennoch verschiedene Maßnahmen ergriffen, um solche Manipulationen prinzipiell zu erschweren. Für die meisten Krankheiten gibt es beispielsweise die erhöhte Zuweisung erst, wenn der Kranke zwei Quartale lang bestimmte Krankheitsparameter, etwa die Einnahme eines Medikamentes, erfüllt hat. Hinzu kommt: Sollten sich be-

stimmte Krankheiten plötzlich explosionsartig »vermehren«, würden die entsprechenden Risikozuschläge für die einzelne Kasse im nächsten Jahr sinken. Darüber hinaus hat das Bundesversicherungsamt (BVA) auch die Möglichkeit, den Risikostrukturausgleich anzupassen. Ein häufig »manipuliertes Krankheitsbild« könnten wir dann beispielsweise im nächsten Jahr von den erhöhten Zuschlägen ausschließen.

**Mit dem Start des Gesundheitsfonds muss das BVA jährlich rund 167 Milliarden Euro verwalten. Wie haben Sie sich darauf vorbereitet?**

Die Verwaltung und Auszahlung des Geldes sind nicht besonders aufwändig. Das angebliche bürokratische Monster besteht deshalb tatsächlich nur aus 21 Mitarbeitern hier beim BVA. Wir vertei-

»Das angebliche bürokratische Monster besteht aus nur 21 Mitarbeitern.«

len ja nicht ständig wechselnde Geldsummen an 73 Millionen Versicherte, sondern feste Beträge an die rund 200 Krankenkassen. Die Hauptarbeit liegt im Übrigen bereits hinter uns. Um die Zuweisungen für das nächste Jahr zu errechnen, mussten wir anhand der vorgegebenen 80 Krankheitsbilder die relevanten Morbiditätsprofile der Versicherten jeder Krankenkasse erstellen – dafür haben wir mehr als drei Milliarden Datensätze verarbeitet. In Zukunft müssen wir diese Daten nur noch zweimal jährlich anpassen.

**Glauben Sie, dass der Gesundheitsfonds für mehr Wettbewerb sorgen wird?**

Zunächst bringt der Gesundheitsfonds mehr Kostentransparenz bei den Versicherten. Das Verlangen eines Zusatzbeitrags von zehn oder 15 Euro beziehungsweise die Zahlung einer Prämie haben eine andere Signalwirkung als um ein Zehntel differierende Beitragssätze derzeit. Diese Kostentransparenz wird den Wettbewerb unter den Kassen erhöhen. Sie stehen nun unter dem Druck, eine bessere medizinische Versorgung vor allem ihrer chronisch kranken Mitglieder und zudem möglichst effizient zu gewährleisten.

**Sind Sie mit der Höhe des Beitragssatzes zufrieden? Einige Kassen monieren, dass sie bei 15,5 Prozent bereits 2010 Zusatzbeiträge erheben müssen.**

Der Fonds hat zu Beginn 100 Prozent der Leistungsausgaben aller Kassen abzudecken. Dies war die Grundlage aller Berechnungen des Schätzerkreises, und der nun festgelegte Beitragssatz von 15,5 Prozent kann dies auch garantieren. Wir haben für das nächste Jahr 10,8 Milliarden Euro mehr zur Verfügung, als die Kassen in 2008 ausgegeben haben – das entspricht einer Steigerung von fast sieben Prozent. Wenn man die für das nächste Jahr zu erwartende Kostensteigerung im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung mit rund sechs Milliarden Euro veranschlagt, bleiben immer noch weit über vier Milliarden Euro für sonstige Kostensteigerung übrig. Der Fonds ist damit also auf jeden Fall finanziell gut ausgestattet. ■

# Ein Erfolgsmodell geht weiter

Wissenschaftliche Studien belegen: Patienten, die an Disease-Management-Programmen teilnehmen, geht es besser. Bereits mehr als fünf Millionen Menschen profitieren von diesem Versorgungsangebot für chronisch Kranke. Von **Bernhard Egger** und **Peter Willenborg**

**F**ünf Jahre nach dem Start des ersten Disease-Management-Programms (DMP) in Deutschland ist die Zwischenbilanz beeindruckend: Mehr als fünf Millionen chronisch kranke Patienten, davon allein 2,4 Millionen AOK-Versicherte, werden mittlerweile in den Programmen von mehr als 40.000 Ärzten betreut. Sie nehmen regelmäßig Kontrolluntersuchungen wahr, erhalten gezielte Informationen von ihrer Krankenkasse und haben Anspruch auf Patientenschulungen, die ihnen helfen, mit ihrer Erkrankung umzugehen. Die DMPs haben dazu beigetragen, das sektorenübergreifende Denken im Gesundheitswesen voranzubringen. Erstmals wird die Behandlung des Patienten als ganzheitlicher Prozess betrachtet, der durch Standards für Diagnose, Therapie, Qualitätssicherung und Überweisung konsequent umgesetzt wird.

**Versorgung chronisch Kranker.** Möglich wurde dieser Erfolg durch die erstmalige Berücksichtigung der Morbidität der Versicherten im Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen: Kassen, die ihren Mitgliedern DMPs anboten, bekamen bis Ende 2008 für jeden eingeschriebenen Versicherten die durchschnittlichen Behandlungskosten erstattet. So konnten sie ohne Wettbewerbsnachteil verstärkt in die Versorgung ihrer chronisch kranken Versicherten investieren. Die AOK hat diese Chance von Anfang an genutzt und war Vorreiter bei der Einführung der Programme.

## »Patienten und Ärzte profitieren«



Trotz anfänglicher Schwierigkeiten hat sich die Einführung von Disease-Management-Programmen (DMP) in den Hausarztpraxen bei den meisten Ärzten bewährt. Die sogenannte Compliance, also die Therapietreue der Patienten, konnte erheblich verbessert werden und das interne Controlling ebenfalls. Neueste wissenschaftliche Untersuchungen wie die ELSID-Studie belegen, dass sich auch die Qualität der Versorgung nachweislich verbessert

hat und die Sterblichkeitsrate bei älteren Diabetikern im DMP deutlich niedriger lag als bei den Patienten der Regelversorgung. Gut organisierte Hausarztpraxen können den bürokratischen Aufwand in Grenzen halten und somit auch wirtschaftlich von den DMPs profitieren.

**Dr. Harro Böckmann** ist Facharzt für Allgemeinmedizin in Bad Krozingen.

Die Qualität der Versorgung hat sich durch die Behandlung in den DMPs nachweislich verbessert. Die Ergebnisse der gesetzlichen Evaluation, die inzwischen einen Zeitraum von mehreren Jahren umfassen, zeigen positive Entwicklungen bei den medizinischen Werten von Diabetikern und Herzpatienten: sinkende Blutdruckwerte, weniger Begleit- und Folgeerkrankungen und stabile Blutzuckerwerte bei den Zuckerkranken. Verschiedene Befragungen haben gezeigt, dass die Patienten die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen schätzen und eine Verbesserung der Versorgung wahrnehmen.

Einen wissenschaftlich fundierten Vergleich zwischen der Versorgung im DMP und der »Regelversorgung« liefert eine aktuelle Studie der Universität Heidelberg. Die Wissenschaftler stellten fest, dass es bei Typ-2-Diabetikern, die am DMP Diabetes teilnehmen, deutlich weniger Todesfälle gibt als bei Patienten, die nicht in ein solches Programm eingeschrieben sind. Regelmäßige Untersuchungstermine und die Vereinbarung von Therapiezielen führen offensichtlich dazu, dass gesundheitliche Probleme vermieden oder schneller erkannt werden.

**Gesundheitsfonds sichert DMP.** Damit diese Erfolgsgeschichte auch unter den neuen Rahmenbedingungen von Gesundheitsfonds und morbiditätsorientiertem Risikostrukturausgleich fortgeschrieben werden kann, hat sich die AOK gemeinsam mit anderen Krankenkassen dafür stark gemacht, dass die Programme auch nach ihrer Abkopplung vom Kassenfinanzausgleich weiter finanziert werden können. Mit Erfolg: Seit Januar 2009 erhalten die Krankenkassen für jeden Versicherten, der am DMP teilnimmt, eine pauschale Summe von 180 Euro pro Jahr aus dem Gesundheitsfonds. Die neue Pauschale bildet eine gute Grundlage für die Fortführung der Chroniker-Programme – auch wenn die tatsächlichen Kosten für die Durchführung der Programme nicht vollständig gedeckt werden. Weiterer Bürokratieabbau wird die Programme noch effizienter machen. Vor allem aber müssen die DMPs auch konzeptionell weiterentwickelt werden – zum Beispiel durch eine bessere Berücksichtigung von Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen. Die Gesundheitskasse wird sich aktiv an dieser Weiterentwicklung beteiligen. ■

**Dr. Bernhard Egger** ist Leiter des Stabsbereichs Medizin beim AOK-Bundesverband, **Peter Willenborg** ist zuständig für die DMP-Kommunikation beim AOK-Bundesverband.

# Mehr Spielraum für Versicherte

Die Politik ermöglicht es den Krankenkassen, den Versicherungsschutz noch individueller zu gestalten. Die AOK nutzt diesen neuen Spielraum konsequent – über drei Millionen Mal nutzten AOK-Versicherte das erweiterte Angebot. Von **Thomas Müller**

**M**it dem Inkrafttreten neuer gesetzlicher Möglichkeiten hat die Gesundheitskasse in der Vergangenheit jeweils den neuen Spielraum genutzt und ihr Angebotsspektrum um verschiedene Produkte ergänzt.

Anfang 2009 starten in der Folge der jüngsten Gesundheitsreform neue Wahltarife, etwa der Krankengeldtarif. Hintergrund für dieses neue Angebot ist, dass mit Einführung des Gesundheitsfonds für bestimmte Versichertengruppen, beispielsweise Selbstständige, der bisherige gesetzliche Krankengeldanspruch entfällt. Damit sich die betroffenen Mitglieder weiterhin vor den finanziellen Risiken einer Arbeitsunfähigkeit schützen können, bietet die AOK ihnen eine an die individuellen Bedürfnisse angepasste Tarifgestaltung. Neben den Selbstständigen sind auch Künstler und Publizisten sowie unständig und kurzzeitig Beschäftigte von den Neuregelungen umfasst. Auch für diese Personengruppen wird es neue Tarife geben.

**Loyalität zahlt sich aus.** Im Angebot für 2009 wird bei einigen AOKs auch ein Zahnersatz-Wahltarif sein. Das besondere an diesem Tarif ist, dass sich je nach Dauer der Teilnahme der Erstattungsanspruch erhöht. Bereits seit 2008 bietet die Gesundheitskasse in einigen Regionen den Naturarznei-Wahltarif. Mit diesem AOK-Wahltarif bekommen die Versicherten bis zu 90 Prozent der Kosten für phytotherapeutische, homöopathische und anthroposophische Arzneimittel erstattet.

Außerdem bietet die AOK bundesweit ein breitgefächertes Spektrum an Angeboten zur Versorgungsoptimierung

von Patienten mit bestimmten Krankheiten oder zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung, zum Beispiel mit Modellen zur Integrierten Versorgung, Disease-Management-Programmen oder Hausarztprogrammen. Auch hier wird die Gesundheitskasse ihren Gestaltungsspielraum im Interesse der Versicherten weiter ausbauen.

## **Vielfältige Gestaltungsmöglichkeiten.**

Zusammen mit dem bereits seit längerem bestehenden AOK-Bonustarif, den verschiedenen Gesundheitsbonus- und Prämienprogrammen, den Boni für eine Teilnahme an Hausarztprogrammen oder Modellen der Integrierten Versorgung beziehungsweise Disease-Management-Programmen (DMP) sowie den Zusatzversicherungsangeboten bietet die AOK ihren 24 Millionen Versicherten vielfältige Möglichkeiten der Gestaltung ihres Versicherungsschutzes.

Das Angebot kommt gut an: Mit dem Bonustarif erreichte die AOK bisher knapp 340.000 Mitglieder. Die neuen Selbstbehalttarife wurden bereits über 76.000 Mal abgeschlossen. Rund 2,8 Millionen Mal profitierten Versicherte bislang vom Prämienprogramm beziehungsweise dem Gesundheitsbonus und den Zusatzversicherungen.

## **Maßgeschneiderte Versorgung.**

Durch die Wahltarife hat sich der Gestaltungsspielraum der AOK um ein Vielfaches erhöht. Stärker als bisher kann sie damit den individuellen Wünschen der Versicherten entsprechen. Gerade mit Blick auf den Gesundheitsfonds und den einheitlichen Beitragsatz ist es wichtig, weiterhin gezielt neue Ideen zu entwickeln. Die AOK wird

## Versicherungsschutz nach Maß

### Mehr Wahlfreiheit für AOK-Versicherte durch neue Angebote

- 2004**
  - Bonustarif
  - Gesundheitsbonus
  - Zusatzversicherungen
- 2007**
  - Selbstbehalttarife
  - Tarife der besonderen Versorgungsformen
- 2008**
  - Naturarzneitarif \*
- 2009**
  - Zahnersatztarif \*
  - Krankengeldtarif

2004 ist das Gesundheitsmodernisierungsgesetz in Kraft getreten – die AOK reagierte umgehend mit neuen Angeboten. Auch den neuen gesetzlichen Spielraum in der Folge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes von 2007 nutzt die Gesundheitskasse nun für weitere attraktive Wahltarife.

\* Wird nicht von allen AOKs angeboten

Quelle: AOK-Bundesverband

deshalb auch in Zukunft alle Möglichkeiten nutzen, um die teilweise völlig unterschiedlichen Bedürfnisse der Versicherten möglichst optimal berücksichtigen zu können. ■

**Thomas Müller** ist Leiter des Geschäftsbereichs Leistungsmanagement beim AOK-Bundesverband.

# Im Alter gut versorgt

Eine bessere hausärztliche Versorgung im Pflegeheim ist möglich – das beweist die AOK Westfalen-Lippe mit einem Projekt in Witten. Im Rahmen der Integrierten Versorgung arbeiten hier Pflegeheime, Hausärzte und ein Krankenhaus zum Nutzen der Heimbewohner eng zusammen. Von **Ulrich P. Schäfer**

**N**icht so schnell«, sagt die alte Dame. »Wo gehe ich überhaupt hin?« »In den Speisesaal, zum Frühstück«, erwidert die Jüngere. »Ist das weit?« »Nur ein Stückchen«, antwortet die Pflegerin. Sie versucht, sich nicht anmerken zu lassen, dass sie diese Frage gestern bereits beantwortet hat – am Tag davor auch, schon Hunderte Male, jeden Morgen aufs Neue. Gemeinsam gehen sie vorsichtig die paar Schritte durchs Feierabendhaus der Diakonie in Witten an der Ruhr.

Die Bewohner in den deutschen Altenheimen sind bei ihrem Einzug im Durchschnitt heute 86 Jahre alt. »Vor wenigen Jahren lag das Durchschnittsalter noch bei 83 Jahren«, berichtet Reinhard Quellmann, Geschäftsführer der Diakonie Ruhr Pflege. Der Anteil der dementen Patienten steigt entsprechend; außerdem sind immer mehr ohne Angehörige. Die alten Leute bleiben

auch nicht mehr jahrelang im Pflegeheim. »Wir müssen heute davon ausgehen, dass im Laufe eines Jahres jeder zweite Bewohner eines Altenpflegeheims stirbt«, sagt Andreas Vincke, Leiter des Feierabendhauses. Daraus ergeben sich ganz neue Aufgaben und Probleme für die Menschen, die sie betreuen.

**Blutdruck unter Kontrolle.** Von Altersdemenz ist Alois Lindemann noch weit entfernt. In seinem langen Berufsleben war er schon Landwirt, er hat auf der Henrichshütte in Hattingen gearbeitet und sich Anfang der 60er-Jahre ein Busunternehmen aufgebaut, das in besten Zeiten 15 Busse durch ganz Europa schickte. Er wusste noch, wie man Busunfällen vorbeugt: »Auf zwei selbst gebauten Gruben haben wir alle Busse täglich durchgecheckt.« Mit seiner Gesundheit geht er genauso sorgfältig um: Seine Medikation und seine Blutdruckwerte hat er gut unter Kontrolle. Er

würde noch in seiner alten Wohnung leben, hätte er nicht vor zehn Jahren den Schlaganfall gehabt. Anfang 2001 starb seine Frau. Kurz darauf zog er ins Feierabendhaus.

Seit vielen Jahren ist der heute 79-Jährige Vorsitzender des Heimbeirats, seit Jahrzehnten Mitglied der AOK. Alois Lindemann begrüßt, was sich die AOK Westfalen-Lippe da gemeinsam mit den Wittener Ärzten und dem Evangelischen Krankenhaus ausgedacht hat, um die medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern zu verbessern: einen Vertrag zur Integrierten Versorgung. 30 Ärzte der Ärztlichen Qualitätsgemeinschaft Witten, der fast alle niedergelassenen Ärzte in Witten angehören, 150 Versicherte und acht Pflegeheime sowie das Evangelische Krankenhaus machen mit.

**Hausarzt kennt seine Patienten.** Kern des Projekts ist der hausärztliche Bereitschaftsdienst. Montags bis freitags bis 22 Uhr und am Wochenende von 8 bis 20 Uhr ist einer der Wittener Hausärzte Ansprechpartner für die Pflegeheime. Über Handy kann er die behandelnden Ärzte erreichen und mit ihnen absprechen, was getan werden soll. Zu viele Krankenhauseinweisungen kamen zustande, weil die Pflegekräfte in den Heimen keinen Ansprechpartner hatten und der herbeigerufene Notarzt auf Nummer sicher gehen wollte. »Der Hausarzt kennt den Patienten seit Jahren, manchmal Jahrzehnten, und hat ein besseres Gespür dafür, wann ein Krankenhausaufenthalt angezeigt ist und wann nicht«, sagt Dr. Arne Meinhäuser, Hausarzt und Geschäftsführer der Ärztlichen Qualitätsgemeinschaft.



Entspannt im Alter: Alois Lindemann (re.) freut sich über die verbesserte medizinische Versorgung.



Gute Versorgung in vertrauter Umgebung – das Feierabendhaus in Witten nimmt am Projekt der Integrierten Versorgung teil.



»Wir spülen die Sandkörnchen aus dem Getriebe«, beschreibt Claudia Koch, die Regionaldirektorin der AOK für Hagen und den Ennepe-Ruhr-Kreis, das Ziel des Vertrages. Die bessere Kommunikation zwischen Heim, Hausarzt und Krankenhaus hat auch die Situation nach Klinikaufhalten verbessert: Es kann immer mal passieren, dass eine Entlassung aus dem Krankenhaus, vielleicht vorgesehen für den späten Freitagvormittag, sich verzögert. Ein Notfall? Angehörige, die erst nachmittags zum Abholen kommen können? Wie auch immer, der Bewohner kehrt am Freitagnachmittag ins Heim zurück, mit einer häufig umgestellten Medikation.

Die Pfleger im Altenheim sind unsicher, die hausärztliche Praxis hat schon geschlossen, und dem Bewohner geht es vielleicht nicht so gut. Der ärztliche Notdienst weist sicherheitshalber wieder ein: Dann steht der Patient am Samstagmittag wieder vor den Toren des Krankenhauses. »Drehtür-Medizin« nennt man das.

**Emotional belastend.** »Das ist für den normalen Patienten schon belastend, ein dementer Patient aber braucht Tage, manchmal Wochen, um nach diesen Ortswechseln körperlich, geistig und emotional wieder auf den Stand zu kommen, den er vor der Krankenhauseinweisung hatte«, weiß Dr. Ulrich Weitkämper, Chefarzt der Geriatriischen Abteilung des Evangelischen Krankenhauses Witten. »Deshalb sorgen wir im Rahmen der Integrierten Versorgung dafür, dass das Pflegeheim und der Hausarzt rechtzeitig informiert werden und

die Weiterbehandlung im Pflegeheim sichern.« Eine solche engere Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Pflegeheim erscheint dringend angezeigt. Ralf Hüther, Projektleiter der AOK Westfalen-Lippe, weist darauf hin, dass die Bewohner der westfälischen Heime durchschnittlich neun Wirkstoffe verschrieben bekommen; in einem Heim waren es sogar durchschnittlich 18. Häufig verordnen die behandelnden Ärzte Arzneimittel, ohne sich untereinander abzustimmen. Auch das ist ein Indiz dafür, dass die Versorgung der Heimbewohner verbessert werden kann und muss.

Seit Anfang 2007 gibt es den Vertrag. Schon im ersten Jahr konnten die Krankenhauseinweisungen erheblich reduziert werden: Hatte die »Einweisungsquote« – das ist der Anteil der Heim-

bewohner mit Krankenhausaufenthalt – im ersten Quartal noch 32 Prozent betragen, ging sie im dritten auf 23 Prozent zurück. »Besonders die Kurzaufenthalte sind erheblich reduziert worden«, berichtet Ralf Hüther. Und die alten Menschen erleben ihre allerletzten Tage viel häufiger als früher nicht in der Klinik, sondern sterben in der vertrauten Umgebung des Altenheims.

**Modell macht Schule.** Ähnliche Vereinbarungen existieren für die Stadt Wetter an der Ruhr, für den Kreis Lippe in Ostwestfalen und voraussichtlich von diesem Jahr an auch für die Stadt Münster. Lob gibt es auch von der Politik: Die Landesregierung Nordrhein-Westfalen nahm das Projekt in die Landesinitiative »Gesundes Land NRW« auf. Auch die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe steht dem Vertrag wohlwollend gegenüber und hilft bei der technischen Abwicklung der Vergütung.

Viele Verträge zur Integrierten Versorgung standen zur Jahreswende 2008/2009 vor einem Riesenproblem: Wie sollten sie nach dem Wegfall der Anschubfinanzierung (aus je einem Prozent der Töpfe für niedergelassene Ärzte und für Krankenhäuser) bezahlt werden? Das Wittener Projekt ist darauf nicht angewiesen. Die eingesparten Kosten decken die Honorare für den Bereitschaftsdienst am Wochenende. »Das ermöglicht«, fasst Dr. Arne Meinshausen zusammen, »dass der Vertrag auch 2009 in Witten weiterläuft.« ■



Von der Demenz weit entfernt: Alois Lindemann

Dr. Ulrich P. Schäfer schreibt regelmäßig für *Gesundheit und Gesellschaft*.

# Kosten und Nutzen im Gleichgewicht

Mit Rabattverträgen haben die Kassen ein geeignetes Instrumentarium, um die Ausgaben für Arzneimittel ohne Qualitätsverlust zu senken. **Jürgen Klauber** ist das nicht genug. Er plädiert dafür, Medikamente bereits im Zulassungsprozess einer Kosten-Nutzen-Bewertung zu unterziehen.

Die Ausgaben für Arzneimittel steigen seit Jahren, zuletzt um 8,4 Prozent im Jahr 2007. Mit einem Anteil von 17,5 Prozent an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) liegen die Arzneimittelkosten seit Jahren auf Platz zwei der Ausgabenstatistik – und damit noch vor den Arzthonoraren. Die Kostendämpfungsgesetze der vergangenen Jahre konnten die Ausgabenentwicklung lediglich abmildern. Hauptgrund dafür ist die stetige Verlagerung der Arzneimittelversorgung auf neue, patentgeschützte und damit teure Produkte.

**Teure Spezialpräparate.** Besonderes Augenmerk gilt der Entwicklung im Bereich der sogenannten Spezialpräparate. Dieser stark wachsende Teilmarkt, dessen Umsatz sich in den vergangenen zehn Jahren fast verdreifacht hat, umfasst hauptsächlich Arzneimittel aus dem Bereich der Onkologie, der Transplantationsmedizin, der Reproduktionsmedizin und der HIV-Therapie. Mit einem Umsatz von sechs Milliarden Euro im Jahr 2007 erreicht dieses Marktsegment mittlerweile rund 24 Prozent des Fertigarzneimittelmarkts.

Die Hersteller patentgeschützter Produkte ziehen vor allem einen Nutzen daraus, dass Arzneimittel in Deutschland ab dem Zeitpunkt der Zulassung erstattungsfähig sind und die Hersteller die Preise mehr oder weniger frei von direkten

Regulierungsinstrumenten selbst festlegen können. Damit besteht in Deutschland – anders als in anderen europäischen Ländern – keine vierte Hürde, die den Zusatznutzen bereits im Zulassungsprozess im Vergleich zu den Kosten prüft und an die Erstattungsfähigkeit knüpft. Das muss sich ändern. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sind zwar erste Schritte hin zu einer Kosten-Nutzen-Bewertung und einer anschließenden Möglichkeit der Festlegung von Erstattungshöchstpreisen festgelegt worden. Dennoch sind mehr als anderthalb Jahre später noch nicht einmal die methodischen Grundlagen der Bewertung geklärt.

**Sparen mit Rabattverträgen.** Deutlich erfreulicher stellt sich die Situation im generischen Marktsegment dar. So ist der Umsatz im generikafähigen Marktsegment im Jahr 2007 um rund 260 Millionen Euro gesunken, obwohl die Menge der verordneten Tagesdosen deutlich um 6,6 Prozent gestiegen ist. Dieser Umsatzrückgang erklärt sich aus sinkenden Preisen und Verschiebungen zu preiswerteren Produkten. Die Gründe hierfür sind zum einen die geänderten gesetzlichen Regelungen bei Festbeträgen und zum anderen der gestärkte Vertragswettbewerb. Insbesondere die verbesserten gesetzlichen Rahmenbedingungen der Rabattverträge haben den Krankenkassen neue Möglichkeiten im Vertragswettbewerb eröffnet, die auch von den meisten Kassen genutzt werden. Für die Jahre 2009/2010 hat die AOK im patentfreien Markt 64 Wirkstoffe mit einem Umsatzvolumen von 2,3 Milliarden Euro für Rabattverträge ausgeschrieben. Von den neuen Verträgen werden – bei gleichbleibender Versorgungsqualität – Einsparungen für die AOK im dreistelligen Millionenbereich pro Jahr erwartet.

Neben dem »Scharfstellen« der Kosten-Nutzen-Bewertung und dem Ausbau des Rabattvertragwettbewerbs bleibt weiterhin die mit Blick auf den europäischen Vergleich notwendige Anpassung des Mehrwertsteuersatzes offen. Würde auf Arzneimittel – wie für Lebensmittel oder Bücher – nur noch der reduzierte Mehrwertsteuersatz erhoben, ergäben sich Einsparungen von 2,5 Milliarden Euro für die GKV, entsprechend zirka 0,25 Beitragssatzpunkten. Ein Betrag, der die Diskussion um eine ausreichende Ausstattung des Gesundheitsfonds spürbar entschärfen würde. ■

## Rabattverträge nützen Versicherten



Die Rabattverträge der Krankenkassen mit Arzneimittelherstellern führten in der Startphase teilweise zu Versorgungsengpässen und zu erheblichem Ärger in den Apotheken. Mit der neuen Generation der Verträge wird versucht, diese Probleme zu vermeiden. Die Arzneimittelrabatte konnten Einsparungen insbesondere im Bereich der Generika erzielen. Das nützt auch den Versicherten. Auf der

anderen Seite sind die Ausgaben bei den patentgeschützten Arzneimitteln weiter gestiegen. Die Perspektive der Arzneimittelrabattverträge liegt daher vermutlich gerade in diesem Bereich, und zwar in Kombination mit Verträgen für hausärztliche oder Integrierte Versorgung.

**Dr. Stefan Etgeton** ist Leiter des Fachbereichs Gesundheit und Ernährung beim Verbraucherzentrale Bundesverband.

**Jürgen Klauber** ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO).

# Vorsprung durch Vertragswettbewerb

Die jüngste Gesundheitsreform verpflichtet die Kassen zu Hausarztverträgen. Die AOK setzt schon seit langem von sich aus auf solche hausarztzentrierten Modelle – mit Erfolg: 2,6 Millionen Versicherte der Gesundheitskasse nutzen diese neue Versorgungsform. Von **Karl-Heinz Schönbach**

**D**as Jahr 2009 ist für die vertragsärztliche Versorgung in Deutschland das Jahr Eins der Honorarreform. Das Risiko immer mehr und immer teurerer Behandlungen geht von den Ärzten auf die Krankenkassen über. Und damit sind erhebliche Vergütungssteigerungen verbunden. Die Mehrausgaben der Krankenkassen werden sich 2009 auf rund 2,7 Milliarden Euro belaufen. Den Rahmen für die Neuregelungen hat der Gesetzgeber durch den Bewertungsausschuss der Ärzte und Kassen ausfüllen lassen.

**Integrierte Versorgung in Gefahr.** Ein weiteres Kostenrisiko: Zum 31. Dezember 2008 endete die Anschubfinanzierung für Verträge der Integrierten Versorgung (IV). Damit ist deren Finanzierungsbasis empfindlich getroffen. Die AOK muss nun prüfen, welche ihrer rund 350 IV-Projekte sich künftig aufrechterhalten lassen. Bei Ärzten und Patienten hat die IV hohe Zustimmung gefunden. Sie hat die ambulante mit der stationären Versorgung besser verzahnt und vielfach die Qualität verbessert.

Um die Finanzierung zu sichern und das neue System der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung für den Wettbewerb zu öffnen, wurde Ende November 2008 im Bewertungsausschuss ärztlicher Leistungen für die ambulante Versorgung ein neues Bereinigungsverfahren vereinbart. Dieses Verfahren soll gewährleisten, dass Vergütungen im Rahmen wettbewerblicher Verträge außerhalb des Systems der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) durch deren Gesamtvergütungen nicht doppelt gezahlt werden. Konflikte mit den KVen über die Umsetzung im Detail sind vorprogrammiert.

**Vertragsangebote der AOK.** Die AOK wird an dem Ziel festhalten, ihren Versicherten ein Optimum an ambulanter Versorgung zu sichern. Dies erfolgt zunächst durch gemeinsame Verhandlungen mit den übrigen Krankenkassen. Darüber hinaus wird die AOK die Integrierte Versorgung im Rahmen des Möglichen fortführen und ihren Versicherten neue Vorsprünge in der Versorgung sichern. Der Durchbruch, den die AOK Baden-Württemberg mit ihrem Hausarztvertrag 2008 erzielt hat, wird 2009 mit einer Vielzahl weiterer Verträge fortgeführt. Zurzeit bieten acht AOKs Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung, rund 2,6 Millionen AOK-Versicherte profitieren von diesem Angebot.

Die Gesundheitskasse bewertet es jedoch als überaus kritisch, dass der Gesetzgeber gerade mit dem »Gesetz zur

Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung« nunmehr bei den Hausarztverträgen in das Wettbewerbsprinzip eingegriffen hat. Denn das Gesetz stellt alle Krankenkassen unter einen neuen Kontrahierungszwang gegenüber vertragswilligen Gemeinschaften, die im Bezirk einer KV mehr als die Hälfte der Allgemeinärzte vertreten. Auf diese Weise wird der bislang funktionierende Wettbewerb wieder ausgehebelt.

**Gestaltungsspielraum erweitern.** Zweifellos hat der Gesetzgeber im Vertragsrecht einen hohen Gestaltungsspielraum. Eine Verfassungsklage, wie sie die Kassenärztliche Bundesvereinigung angekündigt hat, macht daher wenig Sinn. Die AOK fordert die Politik allerdings auf, ihren Gestaltungsspielraum zugunsten des Wettbewerbs einzusetzen und diesen nicht im Gegenteil einzuschränken. Gleichwohl wird die Gesundheitskasse auch künftig neue Hausarztverträge für ihre Versicherten abschließen und als Plattform für eine qualitätsbewusste Versorgung nutzen. Ebenso wird sie in der fachärztlichen Versorgung Sonderverträge ausschreiben und abschließen, wie sie dies als erste für die gesamte augenärztliche Chirurgie in Brandenburg pilotiert hat. ■

**Karl-Heinz Schönbach** ist Leiter des Geschäftsbereichs Gesundheit beim AOK-Bundesverband.

## Zwang verhindert Wettbewerb



Die Neukonstruktion der hausärztlichen Versorgung halte ich für völlig verfehlt. Der Zwang, solche Verträge abzuschließen, wird die qualitätsgesicherte und flächendeckende Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zerstören. Es ist im Übrigen völlig ungewiss, ob solche Verträge tatsächlich die Qualität verbessern. Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Politik den von ihr gewollten

Wettbewerb im Gesundheitswesen hier selber komplett verhindert. Wir werden alle Möglichkeiten prüfen, um dieses aus unserer Sicht gesetzeswidrige Geschenk an den Hausarztverband wieder abzuschaffen.

**Dr. Andreas Köhler** ist Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

# Gesund in die Zukunft

Vorsorgen ist besser als Nachsorgen – eine Binsenweisheit, die die AOK bereits seit Langem beherzigt. Die Präventionsangebote der AOK fangen deshalb schon bei den Kindern an und gehen bis hinauf ins hohe Alter. Von Kai Kolpatzik

Die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) erfordert von den gesetzlichen Krankenkassen ein Umdenken. Standen bei vielen Kassen bisher die Risikoselektion und das Buhlen um gesunde Versicherte im Vordergrund, rücken jetzt optimierte Versorgungsprogramme in den Vordergrund, die sich gezielt um die Bedürfnisse der Erkrankten kümmern. Der Präventionsgedanke erhält also durch die Gesundheitsreform Auftrieb – für die AOK ein Wettbewerbsvorteil, da sie sich traditionell im Bereich der Prävention stark engagiert.

Durch gezielte Vorsorgeangebote (Primärprävention) der Gesundheitskasse sollen Gesundheit und Fitness der Versicherten zunächst möglichst lange erhalten bleiben. Früherkennungsmaßnahmen (Sekundärprävention) sorgen dafür, dass Krankheiten frühzeitig diagnostiziert und therapiert werden. Maßnahmen der rehabilitativen Tertiärprävention helfen dabei, Komplikationen von Krankheiten sowie deren Folgeerkrankungen zu verhindern oder zumindest zu verzögern.

Generell ist es das Ziel einer nachhaltigen Präventionsarbeit, diejenigen Kompetenzen der Betroffenen zu stärken, die zu einem bewussteren Umgang mit der Erkrankung und damit zu einer höheren Lebensqualität führen. Zielvereinbarungen mit dem behandelnden Arzt, Patientenschulungen sowie auf unterschiedliche Krankheitsstadien zugeschnittene Patientinformationen sind Beispiele für dieses Engagement.

**Länger leben mit DMP.** Im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention sprechen insbesondere die Erfolge der Disease-Management-Programme (DMPs) für sich. Sowohl die gesetzlich geforderte Evaluation wie auch der Vergleich mit der Regelversorgung zeigen eindeutig positive Ergebnisse. Teilnehmer der DMPs Diabetes mellitus Typ 2 und koronare Herzkrankheit erleiden seltener einen Herzinfarkt beziehungsweise Schlaganfall. Auch die Amputationsrate – als Komplikation beim Alterszucker – konnte durch die DMP-Teilnahme deutlich gesenkt werden.

Betrachtet man bei den Zuckerkranken wichtige Parameter wie Blutdruck, Langzeitblutzuckerwert (HbA1c-Wert), krankhafte Veränderungen der Füße sowie Nierenveränderungen,

so kam es auch hier zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen. Darüber hinaus zeigte sich bei einem Vergleich der Diabetes-Patienten im DMP mit denjenigen in der Regelversorgung ein signifikanter Rückgang der Sterblichkeit von 12,3 Prozent auf 9,5 Prozent zugunsten der DMP-Teilnehmer. Zum anderen scheint das DMP auch seine Wirkung im Bereich der Lebensstiländerungen zu entfalten. Aktuelle Verlaufsbeobachtungen von mittlerweile dreieinhalb Jahren zeigen bei den Diabetikern einen Rückgang des Raucheranteils um über 41 Prozent. Auch beim Body-Mass-Index (BMI) verbesserten sich die Werte der Teilnehmer an den Chroniker-Programmen kontinuierlich. Die Anbindung der Programme an den Risikostrukturausgleich hat sich damit für die Sekundärprävention als sehr effektiv erwiesen.

Die AOK fördert fast die Hälfte aller Projekte in Stadtteilen, Schulen und Kindergärten.

**Prävention auch finanziell lohnend.** Die Rahmenbedingungen des Morbi-RSA geben den Kassen nun noch stärker die Möglichkeit,

besondere Programme für Patienten aufzulegen, die bereits ein erhöhtes Risiko für beispielsweise einen Herzinfarkt haben. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass der Morbi-RSA lediglich die durchschnittlichen Folgekosten einer Erkrankung für das Folgejahr ausgleicht. Die teure Behandlung des akuten Herzinfarktes selbst bleibt unberücksichtigt. Daher lohnt es sich für die Kassen auch finanziell, ein solch schwerwiegendes Ereignis durch gute Präventionsangebote zu vermeiden.

Alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung dokumentiert der jährliche Präventionsbericht. In seiner jüngsten Ausgabe aus dem Jahr 2008 wird das Engagement der Kassen und ihre wichtige Rolle, die sie auf der gesamtgesellschaftlichen Ebene einnehmen, noch einmal verdeutlicht. Erstmals ließen sich über vier Millionen Menschen durch die präventiven und gesundheitsfördernden Projekte und Kurse erreichen. Die Ausgaben der gesetzlichen Kassen für Primärprävention und Gesundheitsförderung steigerten sich noch einmal auf eine Summe von knapp 300 Millionen Euro – ein absoluter Höchststand. Bezogen auf jeden einzelnen Versicherten entspricht dies 4,25 Euro pro Jahr. Das gesetzlich vorgesehene Ausgabensoll von 2,74 Euro wurde damit deutlich überschritten.



Gesund aufwachsen – Sport mit Freunden gehört dazu.

Insbesondere das Engagement für die Prävention im Lebensumfeld der Menschen (sogenannter Setting-Ansatz) steigerten die Kassen noch einmal deutlich. Kinder und Jugendliche aus allen sozialen Schichten lassen sich durch diese gesundheitsfördernden Maßnahmen am besten erreichen – davon profitieren vor allem Kinder mit sozialen Benachteiligungen. Insbesondere die AOK hat ihre Aktivitäten in Kindergärten, Schulen und Stadtteilen gegenüber dem Vorjahr mit einem Plus von acht Prozent noch einmal deutlich ausgeweitet. Sie fördert mit einem Anteil von 47,6 Prozent knapp die Hälfte aller Projekte im Settingbereich und ist damit Vorreiter in diesem wichtigen Bereich der Gesundheitsvorbeugung.

Ein sehr gutes Praxisbeispiel hierfür ist TigerKids, ein gesundheitsförderndes Programm, das in mittlerweile über 3.000 Kindergärten den Kindern auf spielerische Weise eine gesunde Lebensweise vermittelt. Hintergrund: Je früher die gesundheitliche Vorbeugung ansetzt, desto größer die Wirkung. Gerade im Kindergarten lassen sich auch Kinder aus sozial benachteiligten Familien in einem Alter erreichen, in dem sich nachteilige gesundheitliche Verhaltensweisen noch nicht verfestigt haben und sie offen für eine gesunde Lebensweise sind.

**Qualität steigern.** Erstmals haben sich die gesetzlichen Krankenkassen im aktuellen Präventionsbericht klare Ziele im Bereich der allgemeinen Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung gesetzt. Das Präventionsengagement

der gesetzlichen Kassen stellt also auch in Zukunft eine zentrale Säule in der Vorbeugung von Erkrankungen und damit der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung dar. Die Gesundheitskasse wird sich konsequent dafür einsetzen, dass die Qualität der Maßnahmen künftig kontinuierlich gesteigert wird. Ziel muss es sein, dass nicht mehr die Plakativität einer Maßnahme im Vordergrund steht, sondern ihre Qualität. Der Gefahr einer Beliebigkeit der Angebote wird somit vorgebeugt. ■

**Kai Kolpatzik, MPH,** ist Leiter der Abteilung Prävention beim AOK-Bundesverband.

## Gesundheit im Betrieb: Eine Investition in die Zukunft



Michael Szukala ist Geschäftsführer der Siempelkamp Gießerei GmbH in Krefeld.

Die Arbeit in einer Gießerei ist überwiegend harte körperliche Arbeit. Das lässt sich nicht schönreden. Aber wir tun viel dafür, dass diese Arbeit nicht die Gesundheit unserer Mitarbeiter belastet. Denn zu einem gesunden Unternehmen gehören auch gesunde Mitarbeiter. Es ist Teil des Selbstverständnisses der Siempelkamp Gießerei, dass wir als mittelständischer Betrieb auf jeden einzelnen unserer 500 hochqualifizierten Fachkräfte angewiesen sind. Gerade in einer Zeit des demografischen Wandels mit einem langsamen

Rückgang an qualifiziertem Nachwuchs ist es unsere unternehmerische Pflicht, das Fachwissen unserer Mitarbeiter möglichst lange an uns zu binden.

Seit einigen Jahren engagieren wir uns deshalb mit Unterstützung der AOK Rheinland/Hamburg für ein konsequentes betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM). Wir haben dafür eigens eine neue Stelle in unserem Betrieb eingerichtet. Unsere BGM-Fachfrau kümmert sich nun, mit tatkräftiger Unterstützung durch einen Ergonomie-Experten der AOK, um die gesundheitlichen Belange der Belegschaft.

Systematisch wurde nach betrieblichen Ursachen für Erkrankungen gesucht und in Gesundheitszirkeln mit den Beschäftigten diskutiert. Wir haben die Arbeitsplätze nach ergonomischen Gesichtspunkten optimiert und die Gesundheitsbelastungen konsequent abgestellt. Die Erfolge können

sich sehen lassen. Der Krankenstand hat sich in verschiedenen Bereichen verbessert, die Mitarbeiter sind zufriedener und motivierter. Unser Ziel ist es, dass auch künftig möglichst viele Beschäftigte gesund bis ins Rentenalter unserem Betrieb erhalten bleiben.

Mit dem neuen Jahressteuergesetz 2009 werden unsere Gesundheitsmanagement-Maßnahmen künftig für uns noch interessanter. Das Gesetz sieht vor, dass Betriebe rückwirkend vom 1. Januar 2008 an bis zu 500 Euro für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung pro Mitarbeiter steuerlich mindernd geltend machen können. Wir haben unser BGM-Engagement und den damit verbundenen finanziellen Aufwand immer als eine sinnvolle Investition in die Zukunft unseres Betriebes betrachtet. Umso mehr freuen wir uns, dass dieses Engagement nun auch von der Politik wahrgenommen wird.



Wulf-Dietrich Leber,  
Leiter der Abteilung  
Krankenhäuser beim  
GKV-Spitzenverband

## »Die Kassen brauchen selektive Verträge«

Mehr Wettbewerb zwischen den Kliniken durch Einzelverträge und eine Rundum-Reform der Krankenhausfinanzierung – nur so lässt sich aus Sicht von **Wulf-Dietrich Leber** das hohe Qualitätsniveau in den deutschen Krankenhäusern auf Dauer bezahlen.

### Die Finanzierung der stationären Versorgung liegt als Gesetzentwurf vor. Sehen Sie noch Handlungsbedarf?

Die Vereinbarungen, die im jetzigen Entwurf des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) vorgesehen sind, lassen sich keinesfalls mit dem vorgesehenen Beitragssatz von 15,5 Prozent finanzieren. Die Regierung ging bisher davon aus, dass mit den im Gesetz geplanten Regelungen im Krankenhausbereich 3,5 Milliarden Euro zusätzliche Kosten zu erwarten sind. Allein der Umstieg auf den Landesbasisfallwert, der in den Berechnungen der Regierung bislang nicht enthalten ist, würde jedoch eine darüber hinausgehende Kostensteigerung von fast einer Milliarde Euro mit sich bringen. Deshalb muss das KHRG noch entsprechend angepasst werden. Die vorliegenden Änderungsanträge verschieben das Problem nur und haben den fundamentalen Fehler, die Konvergenzphase zu verlängern.

### Sie plädieren für mehr Wettbewerb in der stationären Versorgung. Wie lässt sich das umsetzen?

Wir brauchen eine Begrenzung des kollektivvertraglichen Krankenhausbudgets zugunsten wettbewerbskonformer selektiver Verträge. Krankenkassen müssen die Möglichkeit bekommen, mit Kliniken Einzelverträge über bestimmte Krankenhausleistungen abzuschließen. Preisunterschiede sind dabei nur ein möglicher Wettbewerbsparameter, genauso gut können die Krankenkassen auch bestimmte Serviceleistungen oder Qualitätsergebnisse an die Bezahlung einer Leistung knüpfen. Diese Idee ist

in der Integrierten Versorgung bereits umgesetzt, allerdings beschränkte sich das auf jeweils ein Prozent des ambulanten und stationären Budgets. Wir brauchen auch sektorbezogen die Möglichkeit für selektive Verträge.

### Inwieweit müssen die Rahmenbedingungen geändert werden, um solche selektiven Verträge im großen Stil umzusetzen?

Die stationäre Versorgung ist extrem heterogen. Um selektive Verträge zu ermöglichen, müssen wir zunächst mit einer Differenzierung in planbare und

»Die Notfallmedizin muss aus dem Wettbewerb ausgeklammert sein.«

nicht planbare Leistungen beginnen. Die Notfallmedizin muss als Leistung prinzipiell aus dem Wettbewerb ausgeklammert sein. Niemand darf im Notfall von einem Krankenhaus abgewiesen werden, nur weil seine Kasse keinen Vertrag mit dieser Klinik hat. Planbare Eingriffe hingegen, die sogenannte elektive Versorgung, eignen sich hervorragend für selektive Verträge zwischen Kassen und Krankenhäusern.

### Und was ist mit den ambulanten Leistungen der Kliniken?

Fast überall in der Welt werden spezialisierte ambulante Leistungen von den Krankenhäusern erbracht. Deutschland ist hier einen Sonderweg gegangen, der weder ökonomisch noch medizinisch Sinn macht. Beim ambulanten Operieren

und bei hochspezialisierten Leistungen wird dies inzwischen korrigiert, allerdings ordnungspolitisch unbefriedigend. Aus meiner Sicht brauchen wir auch für den Bereich der ambulanten Versorgung im Krankenhaus selektive Optionen. Nicht zuletzt die bislang inkonsistent geregelte ambulante Tätigkeit von Krankenhäusern zeigt, dass umfassender Handlungsbedarf besteht. Die Grundfesten des bisherigen Krankenhausrechts – kollektivvertragliches Budget, Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer, Krankenhausplan, eigenständige Zulassungsregeln zur ambulanten Behandlung – stehen künftig zur Disposition.

### Welche Rolle würden die Bundesländer künftig spielen, wenn ein solches Selektivvertragsmodell eingeführt würde?

Die Bundesländer haben sich in der Vergangenheit als unzuverlässiger Partner in der dualen Finanzierung der Kliniken erwiesen. Vor 30 Jahren haben sie noch 20 Prozent der Krankenhauskosten finanziert, heute sind es weniger als fünf Prozent. Mit der Einrichtung selektiver Verträge würde die traditionelle Krankenhausplanung der Bundesländer auf den Bereich der notfallähnlichen Leistungen beschränkt. Auch die gesamte Landesförderung sollte dann ausschließlich für die Sicherstellung einer flächendeckenden Notfallversorgung zur Verfügung gestellt werden. Die Bundesländer würden darüber hinaus im Wettbewerbsbereich der Kassen eher eine Verbraucherschutz-Funktion übernehmen und gegebenenfalls die Sicherstellung einer elektiven Versorgung übernehmen. ■

# Das Fundament bröckelt weiter

Der Gesundheitsfonds ordnet die Finanzströme in der gesetzlichen Krankenversicherung von Grund auf neu. Die fragile Finanzierungsbasis ändert er nicht. So hängt die Beitragssatz-Stabilität nicht zuletzt am Tropf der zugesagten Steuerzuschüsse. Von **Klaus Jacobs**

**B**eim 2004 in Kraft getretenen Gesundheitsmodernisierungsgesetz war eine Finanzierungsreform noch bewusst ausgeklammert worden. Sie sollte Kernstück der nächsten »großen« Gesundheitsreform werden. Die Verantwortung dafür übernahm die Große Koalition, in deren Koalitionsvertrag vom November 2005 unter der Überschrift »Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung« ausdrücklich formuliert ist: »Erforderlich ist ein Konzept, das dauerhaft die Grundlage für ein leistungsfähiges, solidarisches und demografiefestes Gesundheitswesen sichert.«

**Strukturelle Probleme bleiben.** Übrig geblieben ist von diesem Ziel allerdings so gut wie nichts. Zunächst gilt die Aufmerksamkeit vorrangig der Frage, wie lange der Einheitsbeitragssatz von 15,5 Prozent reichen wird, ehe viele Kassen einen Zusatzbeitrag erheben müssen. Spätestens dann werden die weiterhin ungelösten strukturellen Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wieder auf der Reformagenda stehen.

Zwar ordnet der Gesundheitsfonds die Finanzierungsströme in der GKV grundlegend neu, doch wird damit kein Beitrag für eine stabilere, nachhaltigere und gerechtere Finanzierung geleistet. Es bleiben schließlich dieselben Personen wie bisher, die auf der Grundlage derselben Einkommen Beiträge entrichten. Und für diejenigen Personen und Einkommensarten, die bei der solidarischen Finanzierung der GKV bislang »außen vor« waren, gilt dies ebenfalls unverändert fort.

Wie fragil diese Finanzierungsbasis angesichts veränderter Erwerbsstrukturen inzwischen ist, musste sogar in einer ausgesprochenen Wachstumsperiode mit rückläufiger Arbeitslosigkeit zur Kenntnis genommen werden: Zwischen Juli 2007 und Juni 2008 sind die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder im Durchschnitt um gerade einmal 1,4 Prozent gestiegen – damit können selbst moderate Ausgabenzuwächse kaum beitragsstabil finanziert werden. Bei abgeschwächter Konjunktur oder gar Rezession wäre eine spürbare Beitragssatzsteigerung somit unvermeidlich – vor allem, wenn die Bundesregierung den Leistungserbringern weiterhin milliarden-schwere Geschenke macht, anstatt sie endlich in den Wettbewerb um eine höhere Versorgungsproduktivität zu stellen.

Ungewiss sind zurzeit auch die Aussichten auf höhere Steuerzuweisungen zum Gesundheitsfonds. Wer mag es der Politik schon glauben, dass der Bundeszuschuss zum Fonds künftig

wirklich regelmäßig erhöht wird, wo doch zunächst erst einmal das genaue Gegenteil erfolgt ist? Jedenfalls liegt der steuerfinanzierte Zuschuss, der 2009 in den Gesundheitsfonds fließt, mit vier Milliarden Euro noch unter dem Betrag, der bereits drei Jahre zuvor an die GKV gezahlt wurde.

**Schwache Einnahmehasis.** Vor diesem Hintergrund ist es umso wichtiger, dass die schon beim Start des Gesundheitsfonds äußerst knappen Finanzmittel zielgenau verteilt werden. Immerhin ist der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich als zentraler Verteilungsschlüssel als »lernendes System« konzipiert. So können anfängliche Schwachpunkte wie beispielsweise der noch zu grobe Zuschnitt der Zuschlagsgruppen nach und nach beseitigt werden. Eine wirkliche Reform der Finanzierungsgrundlagen der GKV kann dies freilich nicht ersetzen. ■

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

## Fusionen sorgen für mehr Wettbewerb



Kassenartenübergreifende Fusionen zu ermöglichen hat zwei Haupteffekte: die Überwindung der Kassenartentrennung und einen Schub zur Reduktion der Kassenzahl. Die strikte Trennung in Kassenarten hat in der heutigen gesetzlichen Krankenversicherung ihre Funktion verloren. Es ist deshalb sinnvoll, kassenartenübergreifende Fusionen in einem wettbewerblichen System möglich zu machen. Gleichzeitig wird damit der Konzentrationsprozess beschleunigt, sodass sich die Frage nach der »optimalen« Anzahl von Kassen stellt. Kassen müssen groß genug sein, um versorgungspolitisch aktiv sein zu können. Ihre Zahl darf aber nicht so gering werden, dass Kartellierungsprozesse einsetzen, die den Wettbewerb um bessere Versorgungsmodelle verhindern. Die höchste Wettbewerbsintensität ist wohl bei einer Kassenzahl zwischen 50 und 100 erreicht – also einem sogenannten weiten Oligopol. Die Freigabe kassenartenübergreifender Fusionen ist somit zur Überwindung der Kassenartentrennung ebenso sinnvoll wie zur Reduktion der Kassenzahl.

**Professor Dr. Heinz Rothgang** leitet die Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung im Zentrum für Sozialpolitik.

# Ein politischer Kompromiss

Konzepte der Bürgerversicherung und der Kopfpauschale unter einen Hut zu bringen – das war das Ziel der Gesundheitsreform. Peter Thelen erklärt, warum ihn das Ergebnis nicht überzeugt und wagt einen Ausblick, wie es mit dem Gesundheitsfonds weitergehen könnte.

Schon die Entstehungsgeschichte des Fonds nährt den Verdacht, dass die Risiken dieses Projekts vor seiner Verabschiedung zumindest nicht voll ausgelotet worden sind. Denn eigentlich wollten weder die Union noch die SPD diese Reform, als sie sich 2005 wegen fehlender Mehrheiten für andere Regierungskonstellationen zur Großen Koalition zusammenraufte. Die Union hatte sich unter Anleitung der parteieigenen Herzog-Kommission auf ein Gesundheitsprämien-Modell verständigt, mit dessen Hilfe die Gesundheitskosten vom Lohn abgekoppelt werden sollten. Dagegen wollte die SPD an der solidarischen und paritätischen Beitragsfinanzierung festhalten. Eine Versicherungspflicht aller Bürger und eine Beitragspflicht auf alle Einkünfte sollte die Finanzierung der Kassen auf eine breitere Basis stellen und die Beitragsbelastung des Einzelnen senken.

**Die Suche nach dem Kompromiss.** Der Gesundheitsfonds ist nun nichts anderes als der Versuch, Elemente beider Modelle so miteinander zu kombinieren, dass jeder Koalitionspartner zumindest einen Teil seiner Forderungen verwirklichen kann und je nach den sich bei der nächsten Bundestagswahl ergebenden politischen Mehrheiten eine Weiterentwicklung Richtung Bürgerversicherung oder Kopfprämienmodell möglich bleibt.

Dieses Ziel wurde in der Tat erreicht. So kann die SPD sich damit brüsten, dass die Versicherten nach wie vor einen solidarischen, also nach dem Einkommen gestaffelten aber in Zukunft einheitlichen Beitrag von 15,5 Prozent zahlen müssen. Er fließt aber seit dem 1. Januar über die Einzugstellen der Krankenkassen in den neuen Gesundheitsfonds. Es bleibt auch zunächst bei der paritätischen Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer, bis auf den schon bisher von den Versicherten allein zu tragenden Beitragsanteil von 0,9 Prozent.

Die Kassen aber erhalten in Zukunft nur noch die von der Union geforderten Kopfpauschalen: Für jeden Versicherten bekommen sie eine nach Alter und Geschlecht gestaffelte Prämie in Euro und Cent. Nachteil dieser Umverteilung durch den Fonds ist, dass der große Vorzug eines echten Kopfpauschalenmodells entfällt. Echte Kopfpauschalen wären nämlich

ein klares Preissignal für die Versicherten gewesen. Sie hätten deutlicher als bei einem prozentualen Beitrag erkennen können, welche Kasse ihre vom Gesetzgeber weitgehend vorgegebenen Leistungen am preiswertesten anbieten kann.

**Zusatzbeitrag verzerrt Wettbewerb.** Umso wichtiger war es der Union, dass sich die SPD darauf einließ, die Geldmittel des Fonds zu begrenzen. Nur im ersten Jahr soll der Einheitsbeitrag 100 Prozent der Ausgaben decken. Erhöht werden darf er aber erst, wenn die Deckungsquote dauerhaft unter 95 Prozent sinkt. Gleichzeitig müssen Kassen, die mit den Zuweisungen aus dem Fonds nicht auskommen, einen Zusatzbeitrag erheben, der ein Prozent des Einkommens nicht übersteigen darf. Diesen Zusatzbeitrag hat die Union seinerzeit als kleine Kopfpauschale gefeiert. Sie sollte nach ihrer Ansicht das klare Preis- und Wettbewerbssignal einer die gesamten Pro-Kopf-Kosten abbildenden Gesundheitsprämie ersetzen.

Doch daraus wird nichts werden. Die kleine Kopfpauschale ist, auch wenn sie als prozentualer Zusatzbeitrag erhoben werden darf, alles andere als ein faires, wettbewerbskonformes Preissignal. Denn während die Kopfpauschalen aus dem Gesundheitsfonds nicht nur zu einem hundertprozentigen Einnahmeausgleich zwischen den Kassen führen, sondern Dank gesonderter Zuschläge aus einem neuen morbiditätsorientierten Finanzausgleich auch die unterschiedliche Belastung der Krankenkassen mit Behandlungskosten besser ausgleichen als der bisherige Risikostrukturausgleich, ist für den Zusatzbeitrag keinerlei Finanzausgleich vorgesehen. Die Konsequenz: Kassen mit vielen einkommensschwachen Versicherten sind wegen der Ein-Prozentgrenze benachteiligt. Im Falle eines Defizits müssen die Kassen wegen der Überforderungsklausel den Zusatzbeitrag auf wenige einkommensstarke Versicherte verteilen – was den Betrag letztlich noch weiter in die Höhe treibt.

**Stunde der Wahrheit.** Nur im ersten Jahr des Fonds wird diese den Wettbewerb verzerrende Wirkung der Zusatzprämien wahrscheinlich noch nicht zum Tragen kommen, weil zumindest annähernd 100 Prozent der Ausgaben über den Fonds finanziert werden und der neue Morbiditätsausgleich dafür

2010 schlägt für den Gesundheitsfonds die Stunde der Wahrheit.

sorgt, dass gerade die großen Versorgerkassen im nächsten Jahr über deutlich mehr Geld verfügen können als in der alten Finanzierungswelt der Krankenkassen. Dies gilt selbst dann, wenn die sich abzeichnende Rezession dazu führen sollte, dass die Einnahmen aus dem neuen Einheitsbeitrag einbrechen. Denn das dadurch entstehende Defizit muss zunächst der Finanzminister ausgleichen. 2010 schlägt die Stunde der Wahrheit für den Fonds: Liegt das Finanzvolumen aufgrund eines Wiederanstiegs der Arbeitslosigkeit unter den für 2009 bereits zugesagten rund 167 Milliarden Euro heißt dies: Bei den Kassen wird entweder Schmalhans Küchenmeister oder eine Kasse nach der anderen ist gezwungen, Zusatzbeiträge zu erheben.

**Akzeptanzkrise bewältigen.** Die Frage ist allerdings, ob die Politik tatsächlich gelassen bleiben kann, wenn 2010 die Zusatzbeitragswelle anrollt. Es spricht einiges dafür, dass die ersten Taten der nächsten Bundesregierung, gleich welche politischen Farben sie tragen wird, es mit der Bewältigung einer breiten Akzeptanzkrise des Fonds in der Bevölkerung zu tun haben wird. Drei Ansatzpunkte zur Lösung dieser Krise sind denkbar. Zum einen wird die nächste Regierung kaum darum herum kommen, neue Spargesetze zur Senkung der Gesundheitskosten aufzulegen. Dabei ist nicht ausgeschlossen, dass die noch amtierende Regierung bereits vor den Wahlen ein Arzneimittelpaket auflegen wird, sollten die Arzneimittel-

ausgaben weiter aus dem Ruder laufen. Zweitens wird sie nicht daran vorbei kommen, den Zusatzbeitrag zu reformieren. Sinnvoll wäre, auch für diesen Zusatzbeitrag einen Finanzausgleich einzuführen, um die in ihm steckenden Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden. Nicht völlig auszuschließen wäre allerdings vor allem unter einer unionsgeführten Bundesregierung, dass schlicht die Überforderungsgrenze von einem Prozent für den Zusatzbeitrag abgeschafft wird, frei nach der Devise: Wer weniger Zusatzbeitrag zahlen will, kann ja die Kasse wechseln. Unter einer SPD-geführten Bundesregierung ist auch ein drittes Projekt denkbar: Die Schaffung einer Bürgerversicherung unter dem Dach eines Gesundheitsfonds, der dann getrost auch Bürgerfonds heißen könnte. In einer solchen Bürgerversicherung müssten auch Beamte und Selbstständige den Einheitsbeitrag von 15,5 Prozent und zwar auf alle ihre Einkünfte, also auch Mieten, Zinsen und Dividenden bis zu einer möglicherweise erhöhten Beitragsbemessungsgrenze zahlen.

Dass es tatsächlich zu solch radikalen Umbauten kommen wird, ist eher unwahrscheinlich. Es wird wohl bei den Maßnahmen eins und zwei bleiben – sie passen einfach am besten zum bisherigen Durchwursteln in der Gesundheitspolitik. ■

**Peter Thelen** ist *Parlamentskorrespondent der Wirtschaftszeitung »Handelsblatt«* in Berlin.

## »Der Gesundheitsfonds ist kein Bürokratiemonster«

### Was halten Sie von der Aussage, der Fonds sei ein Bürokratiemonster?

Der Vorwurf ist absolut verfehlt. Der Fonds ist keine neue Superbehörde. Beim Bundesversicherungsamt (BVA) sind nur 21 Leute dafür zuständig, 167 Milliarden Euro Beitragseinnahmen nach neuen Regeln an die Kassen zu verteilen. Von zusätzlicher Bürokratie kann also keine Rede sein. Leider hat man bei der Umstellung auf den Fonds die Gelegenheit nicht genutzt, auch den Beitragseinzug der Kassen in die Hände des BVAs zu geben. Damit hätte man Bürokratie sogar abbauen können.

### Sie gelten als Erfinder des Fonds. Erkennen Sie Ihr Konzept noch wieder?

Die Kernelemente meines Konzepts wurden umgesetzt. Mir ging es vor allem

darum, den Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte zu stärken und das leistet der neue Gesundheitsfonds. Mit der Einführung einer Überforderungsklausel hat die Politik an einer Stelle leider das Konzept wesentlich verändert. Dadurch wurde für die Kassen ein völlig unnötiger zusätzlicher Verwaltungsaufwand geschaffen. Dabei müsste es doch reichen, dass Versicherte, die einen Zusatzbeitrag als zu hoch empfinden, das Recht haben, einfach zu einer Kasse zu wechseln, die keinen Zusatzbeitrag erhebt.

### Was wird sich in der Kassenlandschaft ändern durch die Einführung des Fonds?

Die Krankenkassen müssen sich von Geldverteilern zu Gesundheitsmanagern entwickeln. Meines Erachtens werden



*Professor Dr. Wolfram F. Richter lehrt öffentliche Finanzen an der Uni Dortmund und ist Mitglied im wissenschaftlichen Beirat beim Bundesfinanzministerium. Er gilt als »Vater« des Gesundheitsfonds.*

nur diejenigen Krankenkassen überleben, die das als erste begreifen und mit kreativen Ideen auf den Markt kommen. Ich gehe davon aus, dass auf Dauer alle Versicherten zwischen verschiedenen Verträgen zu wählen haben: Der Gesundheitsfonds wird dabei nur die Kosten des Basis-Pakets übernehmen. Wer hingegen auf uneingeschränkt freier Arztwahl und Zusatzleistungen außerhalb des gesetzlichen Leistungskatalogs besteht, wird auf Dauer dafür privat aufkommen müssen. Das finde ich aber auch richtig. ■

## ■ **Arztnetz**

Der Zusammenschluss von Praxen zu einem Verbund. Ein Arztnetz kann mit Krankenhäusern, Pflegediensten, Apotheken und anderen Anbietern auf dem Gesundheitsmarkt kooperieren. Das Ziel: den Patienten eine effizientere und qualitativ bessere Versorgung zu bieten. Im Rahmen der Integrierten Versorgung können Krankenkassen seit 2004 Selektivverträge mit Arztnetzen schließen.

## ■ **Budgetbereinigung**

Instrument, um die Leistungen, die über Selektivverträge finanziert werden, aus den Kollektivbudgets (Krankenhausbudget und Gesamtvergütung) herauszurechnen. Grundprinzip: Wird eine Leistung über einen Selektiv- und nicht mehr über den Kollektivvertrag erbracht, wird das Kollektivbudget um den Betrag verringert, den die Leistung in der Regelversorgung gekostet hätte.

## ■ **Disease-Management-Programm (DMP)**

Eine abgestimmte und kontinuierliche Behandlung von chronisch kranken Patienten anhand evidenzbasierter, also wissenschaftlich belegter Vorgaben. Der Zweck ist es, den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker zu verbessern. Die Patienten lernen, mit ihrer Krankheit umzugehen, sie werden in die Behandlung eingebunden und sie profitieren von strukturierter Zusammenarbeit der Ärzte in Praxen und Kliniken. Derzeit gibt es DMPs für Diabetes mellitus Typ 1 und 2, koronare Herzkrankheiten, Brustkrebs, Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen.

## ■ **Gesundheitsfonds**

Ab dem 1. Januar 2009 gilt für alle Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) der einheitliche Beitragssatz von 15,5 Prozent des Bruttolohns. Das Bundesministerium für Gesundheit setzt den einheitlichen Beitragssatz für alle Krankenkassen per Rechtsverordnung fest. Die Beiträge der Versicherten und ihrer Arbeitgeber fließen in den Gesundheitsfonds als zentralen Topf. Der Bundeszuschuss für die Übernahme versicherungsfremder Leistungen durch die GKV

fließt ebenfalls in den Gesundheitsfonds (ab 2009 zunächst vier Milliarden Euro, danach jährlich weitere 1,5 Milliarden Euro bis zum Erreichen der Obergrenze von 14 Milliarden Euro). Alle Krankenkassen erhalten hieraus eine pauschale Zuweisung für jeden Versicherten sowie ergänzende Zu- und Abschläge je nach Alter, Geschlecht und Krankheit ihrer Versicherten (Morbiditätsorientierung).

## ■ **Integrierte Versorgung (IV)**

Die interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgung von Patienten, bei der Leistungserbringer aus dem ambulanten, stationären und rehabilitativen Bereich Hand in Hand arbeiten. Im Rahmen der IV können Krankenkassen Selektivverträge abschließen, um chronisch Kranke besser zu versorgen. Die Anschubfinanzierung solcher Verträge stand nur bis Ende 2008 zur Verfügung. Die Krankenkassen durften dazu ein Prozent von der Gesamtvergütung der niedergelassenen Ärzte und ein Prozent von den Krankenhausbudgets abziehen.

## ■ **Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich**

Zum 1. Januar 2009 ist der bisherige Risikostrukturausgleich reformiert worden. Die Krankenkassen erhalten nun zur Finanzierung der medizinischen Versorgung aus dem Gesundheitsfonds neben einer Grundpauschale auch Zuschläge, die sich an der tatsächlichen Krankheitsschwere der Versicherten orientieren. Hierfür wurden 2008 durch einen wissenschaftlichen Beirat beim Bundesversicherungsamt 80 schwerwiegende und kostenintensive chronische Krankheiten ermittelt. Über ein sogenanntes Versichertenklassifikationsmodell werden die Versicherten einer jeden Krankenkasse einzelnen Morbiditätsgruppen zugeordnet. Der neue morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich sorgt so für einen fairen Wettbewerb, der sich an einer besseren Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung orientiert.

## ■ **Rabattverträge**

Seit Inkrafttreten des Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes im Mai

2006 können die Krankenkassen mit den Herstellern von Arzneimitteln einen Rabattvertrag abschließen, damit auch die Arzneimittel mit Preisen über dem Festbetrag für die Versicherten ohne Mehrkosten verfügbar sind. Zielsetzung dieser neuen Regelung ist, hierdurch das Festbetragssystem flexibler zu machen und für vertragliche Vereinbarungen zu öffnen. Aufgrund unklarer gesetzlicher Vorgaben über die Ausgestaltung der Rabattverträge gab es 2007 und 2008 zahlreiche juristische Auseinandersetzungen über die Ausschreibung solcher Verträge. Ende 2008 hat die AOK Rabattverträge für die Jahre 2009 und 2010 über insgesamt 64 Wirkstoffe erstmals europaweit ausgeschrieben. Die Rabattverträge sollen zum 1. März 2009 in Kraft treten.

## ■ **Selektivvertrag**

Im Gegensatz zum Kollektivvertrag wird beim Selektivvertrag ein Versorgungsvertrag zwischen einer Krankenkasse und bestimmten Leistungserbringern, zum Beispiel einzelnen Ärzten geschlossen. Seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz können die Krankenkassen im Rahmen der besonderen ambulanten Versorgung Selektivverträge schließen. Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig, sie binden sich allerdings an die Ärzte der Selektivverträge. Der Sicherstellungsauftrag geht im Umfang der Versorgungsaufträge auf die Krankenkassen über. Die Gesamtvergütung muss um den Betrag, der für den Versorgungsauftrag eines Selektivvertrages aufgewendet wird, bereinigt werden. Die neue Regelung soll die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen im Wettbewerb fördern.

## ■ **Wahltarife**

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde die Wahlfreiheit für Versicherte gestärkt, indem die Krankenkassen erstmals seit dem 1. April 2007 die Möglichkeit beziehungsweise die Verpflichtung haben, ihren Versicherten Wahltarife anzubieten. Zum 1. Januar 2009 werden die Wahltarife noch weiter ausgebaut. Dabei unterscheidet der Gesetzgeber in verpflichtende und freiwillige Wahltarife.