

Neue Ideen für das Gesundheitswesen

Seit rund 30 Jahren operieren Regierung und Opposition unser Gesundheitssystem im wechselnden Bereitschaftsdienst am offenen Herzen. Was 1977 mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz begann, hat 17 ambulante und stationäre Eingriffe später mit Ulla Schmidts zweiter Gesundheitsreform einen – vorläufigen – Höhepunkt erreicht. Unter dem Druck sinkender Einnahmen und steigender Ausgaben ist die gute alte GKV in Bewegung. Die großen Krankenkassen verstehen sich längst nicht mehr als reine Kostenträger. Sie wollen die Gesundheitsversorgung aktiv mitgestalten. Gefragt sind neue Ideen, damit eine

gute medizinische Versorgung für alle auf Dauer bezahlbar bleibt. Das betrifft vor allem die Behandlung im Krankenhaus. Sie kostet die Kassen inzwischen rund 50 Milliarden Euro jährlich. Das entspricht einem Drittel aller Ausgaben. Kopfzerbrechen bereiten auch die Arzneimittel. Denn was der Arzt verschreibt, kommt die Kassen längst teurer als die eigentliche Behandlung. Gut, dass die Gesundheitspolitik die Bedeutung von Gesundheitsvorsorge wieder neu entdeckt hat. Nach dem Aus für Rückenschule und Co. Ende der 90er-Jahre kommt die Erfahrung der Krankenkassen auf diesem Gebiet jetzt wieder zur Geltung.

Die Strukturreform im Gesundheitswesen zwingt Krankenhäuser zum Wettbewerb in Hinsicht auf Preis, Leistung und Qualität.



Foto: strandperle / stockbyte

Wirtschaftlichkeit bringt mehr Effizienz ins Krankenhaus

Die Krankenhäuser in Deutschland befinden sich in einer Umbruchphase. Seit im Jahr 2004 die Einführung des neuen Vergütungssystems über diagnosebezogene Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, kurz DRG) zur Pflicht geworden ist, hat die laut Bundesgesundheitsministerium „größte Strukturreform im Gesundheitswesen seit knapp 30 Jahren“ begonnen.

2009 endet die Übergangsphase. Dann gibt es landesweite Durchschnittspreise, das heißt alle Krankenhäuser in einem Bundesland erhalten gleiches Geld für gleiche Leistung. Wulf-Dietrich Leber, Leiter des Geschäftsbereiches Gesundheit beim AOK-Bundesverband in Bonn, hat als überzeugter Befürworter des neuen Vergütungssystems die DRG-Einführung in den Gremien der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens entscheidend mitgestaltet. Er ist vom Erfolg überzeugt.

Transparenz verbessert die Versorgung

„Die DRG sorgen für mehr Transparenz und Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung der Krankenhäuser. Das Vergütungssystem hat einen Preis-, Leistungs- und Qualitätswettbewerb erzeugt. In vielen Krankenhäusern wurde und wird umstrukturiert, werden Leistungen konzentriert und Abläufe wirtschaftlicher und patientenfreundlicher gestaltet“, so Leber. Der Ende November veröffentlichte Krankenhaus-Report 2007 weist nach, dass die meisten Krankenhäuser von der DRG-Einführung profitieren. „Viele Krankenhäuser haben sich dem Wettbewerb erfolgreich gestellt und durch intelligente Arbeitszeitmodelle, durch Erschließung neuer Geschäftsfelder zum Beispiel im ambulanten Bereich oder in der Rehabilitation, durch Fusionen oder Privatisierung Effizienzsteigerungen erzielt“, erläutert Krankenhausexperte Leber.

Die Warnungen der DRG-Kritiker hätten sich dagegen nicht bewahrheitet. „Im Gegenteil. Die Qualität der Patientenversorgung wird besser“, sagt Leber und verweist auf die jüngsten Ergebnisse des Qualitätssicherungsverfahrens, an dem sich alle Kliniken beteiligen müssen. Und in den gerade veröffentlichten neuen Qualitätsberichten für das Jahr 2006 müssen die Krankenhäuser zum ersten Mal ihre individuellen Qualitätsergebnisse veröffentlichen. Leber begrüßt das: „Die Patienten können sich jetzt ein genaueres

Bild von der Qualität und den Leistungen eines Krankenhauses machen und sich – am besten natürlich gemeinsam mit ihrem einweisenden Arzt – eine geeignete Klinik für einen bevorstehenden Eingriff aussuchen.“

Internet-Angebote für Patienten und Fachleute

Alle gesetzlichen Krankenkassen müssen ihren Versicherten die Qualitätsberichte zugänglich machen. Auch die AOK stellt die Berichte ins Internet und übersetzt die Botschaften für unterschiedliche Zielgruppen. Im „Krankenhaus-Navigator“ stehen diese Berichte als PDF-Dateien für alle Nutzer zur Verfügung. AOK-Mitglieder haben darüber hinaus Zugriff auf eine weitergehende Datenauswertung. Wer vor einer Op. steht und sich über geeignete Krankenhäuser in seiner Umgebung informieren möchte, findet also hier über die Suche nach Ort oder Diagnose schnell die wich-

Die AOK

Mit rund 25 Millionen Versicherten vertritt die AOK rund ein Drittel aller gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland. Bundesweit ist die AOK mit 1300 Geschäftsstellen präsent und beschäftigt rund 60 000 Mitarbeiter. Mit 58 Milliarden Euro hat die AOK 2006 knapp 40 Prozent aller Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung getragen. Von 100 Euro Einnahmen fließen nach Darstellung des AOK-Bundesverbandes 94 Euro als Leistungen an die Versicherten zurück. Der AOK-Bundesverband in Bonn – und ab Mitte 2008 in Berlin – ist die gesundheitspolitische Dachorganisation der AOK-Gemeinschaft. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) gilt nicht nur als Denkfabrik der AOK, sondern forscht und entwickelt auch Projekte für die Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt.

- ♦ www.aok.de
- ♦ www.aok-bv.de

tigen Kennziffern der infrage kommenden Krankenhäuser und die entsprechenden Kontaktdaten.

An Ärzte und die medizinische Fachöffentlichkeit wendet sich die Recherche-Plattform Klinik-Konsil. Das von der „Stiftung Warrentest“ ausgezeichnete Fachportal bietet auch vergleichende Qualitätsinformationen. „Das Klinik-Konsil ist ein Wegweiser für Einweiser, für niedergelassene Ärzte, die für ihre Patienten die am besten geeignete Klinik suchen“, sagt der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes Hans Jürgen Ahrens.

Wettbewerb nicht nur propagieren

Der Vorstandsvorsitzende macht keinen Hehl daraus, dass er sich einen größeren gesetzlichen Spielraum für den immer noch häufiger zitierten als praktizierten Wettbewerb um Qualität wünscht. „Elektiv wird selektiv“ heißt das dazugehörige Konzept des AOK-Bundesverbandes. Übersetzt: Für ausgewählte Behandlungen – zum Beispiel eine gut und im Voraus planbare Operation – schließt eine Krankenkasse Versorgungsverträge mit besonders qualifizierten Kliniken ab. Ganz neu ist das nicht, Erfahrungen mit Einzelverträgen sammeln die gesetzlichen Krankenkassen, aber auch private Krankenversicherer bereits in den Versuchsfeldern des Gesundheitswesens: im Bereich der Integrierten Versorgung, im Rahmen der speziellen Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen (DMP) oder im Bereich der Rehabilitation.

Qualitätskontrolle der Behandlung

Welche Leistungen die Kassen bei den Kliniken einkaufen dürfen, das sollte allerdings auf Bundesebene festgelegt werden, sagt Ahrens und nennt auch gleich die Grenzen des Vertragswettbewerbs: „Für die Behandlung seltener Erkrankungen brauchen wir weiterhin das kollektivvertragliche System. Das gilt auch für die Notfallversorgung.“

Bleibt die Frage, wie sich Qualität messen lässt. Darauf hat die Kasse gemeinsam mit der Helios-Klinikgruppe eine Antwort entwickelt: „Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten“, kurz QSR, heißt ein Verfahren, mit dem sich

erstmalig über den Krankenhausaufenthalt hinaus Langzeitdaten zum weiteren Behandlungsverlauf erheben lassen. „Wir schlagen immer mehr Brücken über den Graben zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung. Aber in der Praxis erfährt ein Krankenhaus in der Regel nicht, was mit einem Patienten nach der Entlassung passiert“, beschreibt Krankenhausesperte Leber die Situation. „Ob etwa Komplikationen eintreten, die dann vielleicht in einem anderen Krankenhaus behandelt werden. Den Krankenhäusern fehlen in der Regel elementare Daten, um das Behandlungsergebnis einschätzen zu können.“

Mit „QSR“ schließt sich der Datenkreis. Ohne zusätzliche Bürokratie, denn die Daten liegen bei den Krankenkassen vor. Und mit Rücksicht auf den Datenschutz, denn die Routinedaten werden für die Auswertung anonymisiert. Dazu Wulf-Dietrich Leber: „Analysiert wurden zehn häufige und ökonomisch relevante Leistungsbereiche, zum Beispiel die Behandlung von Herzinsuffizienz, Herzinfarkt oder Hirninfarkt, Operationen bei Dickdarmkrebs, Eingriffe zur Blinddarmentfernung oder Operationen zum Einsetzen von Hüftgelenks- und Kniegelenkstotalendoprothesen.“ Die QSR-Daten stehen zunächst den beteiligten Kliniken zur Verfügung. Im Verlauf des nächsten Jahres sollen die Informationen zur Ergebnisqualität dann allen Versicherten zugänglich gemacht werden.

Was passiert nach dem Krankenhaus?

Die AOK hat bereits deutlich gemacht, dass sie vor allem mit Krankenhäusern zusammenarbeiten will, die sich nachhaltig für gute Behandlungsqualität einsetzen. „Das schließt auch Engagement auf dem Feld der Patientensicherheit ein“, betont Hans Jürgen Ahrens. „Sicherheitskultur heißt für uns, dass wir unseren Versicherten bei Hinweisen auf Behandlungsfehler zur Seite stehen. Gleichzeitig unterstützen wir aber auch das ernsthafte Bemühen von Ärzten und Pflegenden, das Risikomanagement im Krankenhaus zu verbessern.“

Deshalb gehören auch Repräsentanten des AOK-Bundesverbandes zu den Gründungsmitgliedern des „Aktionsbündnisses Patientensicherheit“, zu dem sich im April 2005 Vertreter aus Ärzteschaft, Kliniken und Wissenschaft zusammengeschlossen haben. Gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft hat das Bündnis zum Beispiel ein Sicherheitskonzept entwickelt, das dazu beiträgt, Eingriffsverwechslungen bei Operationen zu vermeiden. Dem Aktionsbündnis geht es darum, Ärzte und medizinisches Fachpersonal für einen offeneren Umgang mit Risiken zu sensibilisieren.

Informationen im Netz:

- ♦ www.krankenhaus-navigator.de
- ♦ www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de
- ♦ www.klinik-konsil.de

Kosten einsparen um Innovationen zu bezahlen

Gäbe es für das Gesundheitswesen ein Wort des Jahres – der Begriff „Arzneimittel-Rabattverträge“ hätte glänzende Chancen. Für das Jahr 2007 haben die 16 Allgemeinen Ortskrankenkassen erstmals gemeinsam bundesweit geltende Rabattverträge für einzelne Arzneimittelwirkstoffe ausgeschrieben. Elf Hersteller starteten als AOK-Rabattpartner auf dem hart umkämpften deutschen Markt für Nachahmerprodukte. „Wir haben den Generikamarkt in Deutschland gehörig durcheinandergewirbelt“, sagt Christopher Hermann unter Berufung auf Brancheninsider. Der Vorstandsvize der AOK Baden-Württemberg führt die Verhandlungen in Sachen Rabattverträge stellvertretend für die AOK-Gemeinschaft.

Die Marktverschiebungen zugunsten der AOK-Vertragspartner haben Wirkung gezeigt: Nach mehr oder weniger offenem Widerstand gegen die ersten Verträge haben sich im Sommer 83 Hersteller an der neuen Ausschreibung für die Jahre 2008 und 2009 beteiligt, darunter auch die großen Generikahersteller.

Rezept entscheidet über Einsparungen

Die AOK hat bereits mit 30 Herstellern neue Verträge für 22 Wirkstoffe geschlossen. Sie treten ungeachtet der anhaltenden juristischen Diskussionen um wettbewerbsrechtliche Fragen am 1. Januar 2008 in Kraft. Allein für diese ersten Verträge beläuft sich das Einsparvolumen nach Darstellung des Vorstandsvize Hermann auf bis zu 175 Millionen Euro pro Jahr. Ob seine

Sparprognose eintrifft, hängt allerdings nicht zuletzt am Rezeptblock der verschreibenden Ärzte.

Den Fortschritt finanzieren

Liefe alles so, wie es sich die Autoren des jährlichen Arzneiverordnungsreports vorstellen, könnten die Kassen sogar mehr als drei Milliarden Euro sparen: „1,3 Milliarden, würden statt teurer Analogpräparate preisgünstigere Generika mit der gleichen Substanz verordnet. 1,3 Milliarden, würden

konsequent preisgünstige statt teurer Generika verordnet. 600 Millionen, würden Ärzte auf den Einsatz von Medikamenten mit umstrittener Wirkung verzichten“, addiert der Mitherausgeber des Standardwerkes, Prof. Ulrich Schwabe von der Universität Heidelberg. „Geld, das wir für teure Schein-Innovationen ohne nachweisbaren zusätzlichen Nutzen ausgeben, fehlt für wirklich wirksame neue Medikamente“.

Um 4,1 Prozent dürfen die Arzneimittelausgaben 2008 steigen. Das haben Ärzte

Ausgaben für Medikamente

Die gesetzliche Krankenversicherung gibt inzwischen mehr Geld für Medikamente aus als für die Behandlung beim Arzt. Betragen die Ausgaben noch vor 10 Jahren 16,8 Milliarden Euro, so beliefen sie sich im vergangenen Jahr auf 25,4 Milliarden. Um diesen Trend zu stoppen, hat der Gesetzgeber den Krankenkassen ermöglicht, Versorgungsverträge mit einzelnen Pharmaherstellern abzuschließen. Seit Inkrafttreten des „Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ am 1. April 2007 gilt: Verschreibt der Arzt einen Wirkstoff und überlässt die Auswahl des Mittels dem Apotheker, muss dieser vorrangig ein Mittel abgeben, für das die Krankenkasse des Patienten eine Rabattregelung mit dem Hersteller vereinbart hat. Rabattverträge gibt es in erster Linie für Generika. Das sind Nachahmerprodukte, die nach Ablauf des Patentschutzes für ein Originalpräparat mit identischem Wirkstoff auf den Markt gebracht werden.

- ♦ www.wido.de
- ♦ www.aok-rabattvertraege.de



Foto: mauritius images/Matthias Tunger

und Krankenkassen miteinander vereinbart. Das wären 1,1 Milliarden Euro. Mit 900 Millionen Euro haben die Selbstverwaltungspartner zwei Drittel der Mehrausgaben für den Einsatz innovativer Arzneimittel vorgesehen.

„Die Ärzte brauchten also nicht einmal die Hälfte der Vorschläge des Arzneiverordnungsreports umsetzen und wir könnten den medizinischen Fortschritt ohne neue Belastungen für die Beitragszahler finanzieren“, folgert Helmut Schröder, Arzneimittelexperte beim Wissenschaftlichen Institut der AOK. „Den niedergelassenen Ärzten fehlt es dazu sicher nicht am guten Willen. Es gibt rund 50 000 Arzneimittel in verschiedenen Packungsgrößen, Wirkstärken und Darreichungsformen. Der Einzelne kann da kaum den Überblick behalten.“ Das im Jahr 1976 gegründete WiDO beschäftigt sich deshalb besonders intensiv mit Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung. Das Institut hat sich

im Lauf der Zeit zum Daten-Broker der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) entwickelt.

Mit den GKV-Arzneimittel-Schnellinformationen liefern die Bonner Analysten den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen aktuelle Daten zur Steuerung der regionalen Ausgabenentwicklung. Auch für individuelle Arzneimittelberatung einzelner Kassenärzte hat das WiDO eine eigene Software entwickelt. Beratungspapotheker kommen auf Wunsch in die Arztpraxis, analysieren die Verordnungen und informieren über neue Entwicklungen. Vielerorts arbeitet die AOK bei der Arzneimittelberatung direkt mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zusammen. In der Hansestadt Bremen beispielsweise betreibt die gesetzliche Krankenkasse seit Jahren gemeinsam mit dem Institut für Pharmakologie und der Kassenärztlichen Vereinigung eine pharmazeutische Beratungsstelle für Ärzte.

Sinnvolle Investitionen vermeiden Gesundheitsschäden

Mit ihrer jüngsten Reform verleiht Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt der Prävention kräftig Aufwind. Von Januar bis Ende September haben die Krankenkassen 55 Prozent mehr Geld für die Vorsorge ausgegeben als im gleichen Zeitraum 2006. „Ohne bewährte Aufgaben wie z.B. das betriebliche Gesundheitsmanagement zu vernachlässigen, liegen die Schwerpunkte unserer Präventionsarbeit für die nächsten Jahre im Bereich der Kinder- und Jugendprojekte“, gibt AOK-Vorstandschef Ahrens die Richtung vor.

Gesundes Essen und mehr Purzelbäume

Für ihre im Frühjahr gestartete Initiative „Gesunde Kinder – gesunde Zukunft“ hat die AOK-Gemeinschaft ihre Projekte für den Nachwuchs gebündelt. „Neue Angebote kommen hinzu und bereits regional bewährte Projekte bieten wir nach und nach auch bundesweit an“, so Ahrens. Für das Programm „TigerKids“ zur Ernährungsberatung in Kindertagesstätten haben Präventionsexperten 3000 Erzieher und Erzieherinnen geschult. Und im Sommer

hat der Kinderzirkus „Möhren, Kinder, Sensationen“ auf seiner Tour durch die Republik 60 000 Kinder und ihre Eltern für gesundes Essen und mehr Bewegung begeistert. Die AOK reagiert mit ihrer Initiative auf besorgniserregende Studienergebnisse. So geht die Fitness der Kinder im Kindergarten- und Schulalter nach einer Langzeitstudie des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte Deutschlands seit Jahren deutlich messbar zurück. Auch das Robert Koch-Institut hat festgestellt: Ein Drittel aller Kinder zwischen 6 und 18 Jahren kann nicht schwimmen, in den Schulen fällt fast ein Viertel des ohnehin knapp bemessenen Sportunterrichts aus, 15 Prozent aller jungen Leute sind übergewichtig.

Ein weiterer Bereich der Vorsorge, um den es lange nicht zum Besten stand, ist die medizinische Versorgung der rund zehn Millionen Menschen in Deutschland, die an einer oder gleich mehreren chronischen Krankheiten leiden. „Ein Diabetiker kam oft nur in die Praxis, um sich ein Rezept abzuholen“, erzählt Bernhard Egger, Arzt und Leiter des Stabsbereiches Medizin beim AOK-Bundesverband. „Und nahm dann zu Hause brav sein Insulin. Bis Komplika-

kationen auftraten – etwa ein offener Fuß. Dann war es für medizinische Hilfe meist schon zu spät.“ Die Folge: rund 30 000 Amputationen pro Jahr bei Zuckerkranken. „Deutschland hat die internationalen Ziele einer zeitgemäßen Diabetikerversorgung nicht erreicht“, zürnte noch vor sieben Jahren der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen. Auch bei Krebs, Asthma, chronischen Lungenerkrankungen, Rückenleiden oder Depression sehe es nicht besser aus.

Was bringen die DMP?

Das hat sich grundlegend geändert. Mittlerweile ist die zwischen Haus- und Fachärzten, Krankenhäusern und Therapeuten abgestimmte Behandlung chronischer Krankheiten im Alltag des Gesundheitswesens angekommen. Dafür steht das Kürzel DMP.

„Die Idee der Disease-Management-Programme ist einfach, aber bestechend“, erläutert Bernhard Egger. „Chronisch Kranke benötigen kontinuierliche Betreuung. Neben der klassischen medizinischen Behandlung setzen DMP deshalb auf das Miteinander von Arzt und Patient, Information, Schulung und Eigenverantwortung. Der Begriff Management drückt aus, dass es nicht nur um das traditionelle ärztliche Eingreifen in einer Krisensituation geht, sondern um eine langfristig angelegte Planung und Strukturierung der Behandlung und Betreuung. So können wir zum Beispiel bei Diabetespatienten Folgeerkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Erblindung oder Fußamputationen vorbeugen.“

Als erste Krankenkasse hat die AOK im Jahr 2003 DMP angeboten. Inzwischen nehmen rund 3,3 Millionen Menschen an den Chroniker-Programmen der gesetzlichen Krankenkassen teil. Neben dem zahlenmäßig größten DMP zur Behandlung von Dia-



Foto: jupiterimages

Mehr im Netz:

♦ www.aok.de/kids

Ob zu Hause oder in der Schule – viele Kinder bewegen sich zu wenig.

betes mellitus Typ 2 bieten die AOKs Programme an für Typ-1-Diabetiker, Menschen mit Asthma, chronischen Lungenerkrankungen, koronarer Herzkrankheit und für Brustkrebs-Patientinnen. Bernhard Egger: „Patienten, die kontinuierlich am Behandlungsprogramm teilnehmen, geht es besser. Das belegen die bisher veröffentlichten Begleitstudien.“

Wissen macht verantwortlicher

Doch der direkte Datenvergleich zwischen DMP-Teilnehmern und anderen Patienten steht noch aus. Weil die gesetzlichen Vorgaben für die begleitende Forschung ihn nicht verlangen, hat die AOK Experten der Universitätsklinik Heidelberg mit einer entsprechenden Untersuchung beauftragt. Die Ergebnisse werden Anfang des Jahres 2008 vorliegen.

„Die Zwischenresultate lassen aber bereits jetzt den Schluss zu, dass unsere Programme die Eigenverantwortung von DMP-Patienten stärken“, erläutert Mediziner Egger. „Sie wissen besser über ihre Krankheit Bescheid und gehen verantwortungsbewusster mit ihrer Erkrankung um. Die Auswertung der ärztlichen Dokumentationen zeigt zum Beispiel, dass zwischen 70 und 80 Prozent der Teilnehmer am DMP für Diabetes Typ 2 jährlich zur augenärzt-

lichen Untersuchung gehen. Vor Einführung des DMPs waren es nur wenig mehr als 30 Prozent. Mit der schlimmen Folge, dass jährlich bis zu 5000 Erblindungen mit einer Diabeteserkrankung in Verbindung gebracht wurden.“ ♦

Thomas Rottschäfer

Disease-Management-Programme

Programme zur strukturierten Behandlung von chronischen Krankheiten (Disease-Management-Programme, kurz DMP) gibt es für Menschen mit Diabetes mellitus, Brustkrebs und koronarer Herzkrankheit, Asthma und COPD, also chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen. Bundesweit sind bislang fast 3,5 Millionen Menschen eingeschrieben. www.die-gesundheitsreform.de > Glossar

Der Autor Thomas Rottschäfer ist gesundheitspolitischer Fachjournalist in Bonn.