

Editorial

Gesetzlich Krankenversicherte haben heute ungewohnte Wahlmöglichkeiten: Sie müssen weniger Beitrag zahlen, wenn sie dafür einen Selbstbehalt in Kauf nehmen. Sie können sich entscheiden, Rechnungen nachträglich zur Erstattung einzureichen, statt sie gleich von der Kasse übernehmen zu lassen. Sie können sich sogar Beiträge rückerstatten lassen, wenn sie bestimmte Leistungen ein Jahr lang nicht genutzt haben. Schließlich können sie sich einen Bonus verdienen, wenn sie gesund leben, zu Vorsorgeuntersuchungen gehen oder wenn sie sich dem Hausarzt-Modell ihrer Kasse anschließen.

Alles das soll dazu führen, dass Versicherte vernünftiger mit ihrer Gesundheit umgehen und Krankenkassen wirtschaftlicher mit ihren Geldern. Nebenwirkungen sind aber nicht ausgeschlossen: Im Wettbewerb der Kassen um Versicherte kann es auch dazu führen, dass die Fitten und Zahlungskräftigen sich in der einen Kasse finden – und die, die es ohnehin schwerer haben, in der anderen. Denn wer sich in dem zunehmend unübersichtlichen System am besten orientiert, wer die günstigsten Tarife findet und unter vielen Varianten die beste Versicherungsform wählt, der pflegt meistens auch mit seiner Gesundheit einen rationalen Umgang. Am Ende profitieren nur die Gesunden.

Das wäre in der Tat ein Jammer. Denn wie andere Länder zeigen, bieten besonders die neuen Versorgungsformen, etwa Hausarztmodelle und Programme für chronisch Kranke, ein enormes Potenzial. Nicht nur zum Sparen, auch für eine bessere Versorgung: Ein vollständiger Überblick über die gesamte Behandlung eines Patienten und alle Arztkontakte spart ja nicht nur der Kasse Geld, sondern erspart den Betroffenen Doppeluntersuchungen und Fehlbehandlungen. Wirklich ihr ganzes Potenzial entfalten die neuen Versorgungsformen dann, wenn sie alle erreichen, die es angeht. Ausgerechnet die USA, deren Gesundheitswesen wegen seiner kommerziellen Ausrichtung und großer Zugangsdefizite in Europa nicht den besten Ruf hat, sind da im Vorteil. Neue, moderne Versorgungsformen werden bei Medicare erprobt – dort, wo sich die wirtschaftlich Schwachen sammeln und wo der Staat am meisten zuschießt.

Neue Versorgungs- und Versicherungsformen in der GKV: Wer kennt sie und wer nutzt sie?

von Dr. Melanie Schnee

Spätestens seit 2004 dürfen sich Versicherte in der Gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Thema „Neue Versorgungsformen“ auseinandersetzen. Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) hat den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, verschiedene Versicherungs- und Versorgungsformen anzubieten. Mit der am 1. April 2007 in Kraft getretenen Gesundheitsreform schließlich wurde der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen weiter verschärft. Nun stehen Wahltarife mit Prämienzahlungen oder Ermäßigungen bei Zuzahlungen nicht mehr nur freiwillig Versicherten, sondern allen gesetzlich Krankenversicherten offen. Für GKV-Versicherte bedeutet das die Qual der Wahl: Bin ich besser in einem Hausarzt-Modell aufgehoben? Lohnt sich für mich ein Selbstbehalt und wenn ja, in welcher Höhe? Und wie verändert wohl die Kostenerstattung meine Versorgung?

Was sind neue Versorgungsformen und Wahltarife?

Verschiedene neue Versorgungsformen wurden in den letzten Jahren in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen:

- Seit 2002 werden *strukturierte Behandlungsprogramme* (Disease-Management-Programme) entwickelt und im Risikostrukturausgleich der Krankenkassen finanziell gefördert. Die strukturierten Behandlungsprogramme verknüpfen die nachhaltige Verbesserung der Behandlungsqualität mit einer langfristig auch wirtschaftlicheren Versorgung. Mit der Gesundheitsreform 2004 haben die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, den Versicherten Anreize für die Teilnahme an solchen Programmen anzubieten. Seit dem 1. April 2007 müssen sie dies in Form eines finanziellen Bonus tun. Das können Ermäßigungen bei den Zuzahlungen oder Praxisgebühren sein, aber auch eine Beitragsreduzierung.
- *Hausarztzentrierte Versorgung* nach § 73 b bedeutet zum einen, dass sich Versicherte verpflichten, immer zuerst einen Hausarzt aufzusuchen und fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung in Anspruch zu nehmen. Zum anderen werden die Krankenkassen →

verpflichtet, die hausarztzentrierte Versorgung anzubieten und sicherzustellen. Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums können sich derzeit in fünfzehn Bundesländern Versicherte in ein regionales Hausarztmodell einschreiben. Insgesamt haben über 25 Millionen Versicherte die Möglichkeit, an einem Hausarztmodell teilzunehmen (Stand April 2007). Rund 4,9 Millionen Patienten nehmen tatsächlich schon an der hausarztzentrierten Versorgung teil (Bundesgesundheitsministerium 2007).

- Weitere neue Versorgungsformen sind auch die *integrierte Versorgung* nach § 140a-d, die medizinischen Versorgungszentren nach § 95, die ambulante Behandlung durch Krankenhäuser nach § 116a sowie die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen am Krankenhaus nach § 116b, Abs. 2, die jedoch nur von einem beschränkten Personenkreis genutzt werden. Damit eignen sie sich nicht, um von einem breit angelegten Befragungsinstrument wie dem Gesundheitsmonitor angemessen erfasst zu werden.

Darüber hinaus wurden mit den so genannten Wahlтарifen Elemente der privaten Krankenversicherung in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen:

- *Bonusregelungen* nach § 65a können bei den Versicherten angewandt werden, die regelmäßig an Früherkennungsuntersuchungen, an einer hausarztzentrierten Versorgung oder einem DMP oder an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung teilnehmen, um z.B. die Praxisgebühr zu reduzieren.
- Bisher konnte nur ein eingeschränkter Versichertenkreis als Alternative zum Sachleistungsprinzip die *Kostenerstattung* wählen. Seit dem 1. April 2007 dürfen sich nun alle Versicherten nach Beratung durch die Krankenkasse für mindestens drei Jahre für die Erstattung

entscheiden. Neu ist auch, dass die Wahl zwischen Übernahme und Erstattung nun auch für einzelne Leistungsbereiche möglich ist: für die ärztliche Versorgung, die zahnärztliche Versorgung, stationäre Krankenhausaufenthalte und veranlasste Leistungen (z.B. verordnete Heil- und Hilfsmittel).

- Freiwillige Mitglieder der Krankenkasse, die Kostenerstattung in Anspruch nehmen, haben nach § 53 GMG schon seit 2004 die Möglichkeit, einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten selbst zu übernehmen – den so genannten *Selbstbehalt*. Dafür erhalten die Mitglieder eine Beitragsermäßigung. Seit dem 1. April 2007 steht diese Option allen Versicherten offen.
- Die Möglichkeit der *Beitragsrückerstattung* nach § 54 GMG bedeutet, dass Versicherte einen Teil ihrer Beiträge zurückerstattet bekommen, wenn sie während eines Jahres keine Leistungen in Anspruch nehmen (Ausnahme: Leistungen der Krankheitsfrüherkennung).

Nach dem GMG mussten sich die Versicherten für ein Jahr an den gewählten Tarif binden. Seit dem 1. April 2007 liegt die Bindung bei drei Jahren. In Härtefällen können Versicherte jedoch auch vorzeitig aus den Tarifen aussteigen. Damit muss die Steuerungswirkung der Wahlтарife in Frage gestellt werden: Ist man gesund, nimmt man den Tarif in Anspruch. Wird man dauerhaft krank, wählt man wieder den normalen Versicherungstarif. Unter diesen Bedingungen stehen die Wahlтарife unter Verdacht, nur zum Ziel zu haben, die Abwanderung von gut verdienenden Versicherten zu verhindern.

Mit welchem Ziel wurden die neuen Versorgungsformen und Wahlтарife eingeführt? Die Disease-Management-Programme bedeuten den Versuch, die Versorgung chronisch Kranker besser zu koordinieren und zu standardisieren. Die

hausarztzentrierte Versorgung wurde mit dem Ziel eingeführt, Qualität und Effizienz der Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten zu verbessern. Bei den Bonusregelungen handelt es sich dagegen um einen Anreiz zu gesundheitsförderlichem Verhalten. Kostenerstattung, Selbstbehalte und Beitragsrückerstattung sind bekannte Instrumente aus der privaten Krankenversicherung, mit denen man eine sparsame Inanspruchnahme erzielen will, aber auch Kunden mit geringem Krankheitsrisiko bzw. mit positivem Gesundheitsverhalten anwerben möchte. Der Gesetzgeber möchte insbesondere durch die Wahlтарife eine rationalere Inanspruchnahme von Leistungen fördern und mehr Wahlmöglichkeiten für die Versicherten schaffen. Doch die Frage ist: Werden die neuen Möglichkeiten von den gesetzlich Versicherten überhaupt wahrgenommen und auch genutzt?

Sind die neuen Versorgungsformen bekannt?

Im Gesundheitsmonitor wurden die Befragten seit November 2004 nach den neuen Versorgungsformen gefragt. Die hier vorgestellten Daten stammen aus den Erhebungswellen Herbst 2004 bis Herbst 2006. Damit stehen die Regelungen des GMG im Vordergrund. Die Entwicklungen nach April 2007 können erst in späteren Untersuchungen abgebildet werden. Insgesamt wurden Einstellungen und Verhalten von 6.096 GKV-Versicherten analysiert.

In Abbildung 1 sind die Anteile der Befragten abgebildet, die die Versorgungsformen kennen. Insbesondere die DMP werden im Untersuchungszeitraum immer bekannter: Im November 2004 kennen 21 Prozent der Befragten die strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke, im November 2006 sind es schon 31 Prozent. Bonusregelungen sind

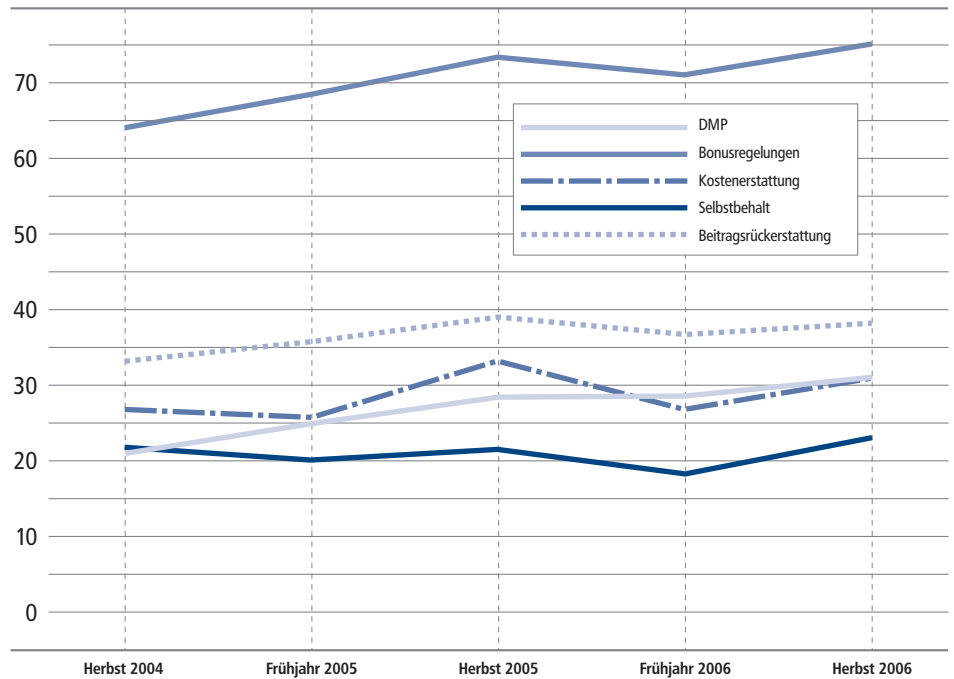
die bekannteste Neuerung: Schon im November 2004 kannten 64 Prozent der Befragten dieses Modell, Ende letzten Jahres waren dies sogar dreiviertel der Befragten. Die Optionen Kostenerstattung, Selbstbehalt und Beitragsrückerstattung legen im Zeitvergleich kaum zu. Im Durchschnitt kennen 29 Prozent die Kostenerstattung, 21 Prozent den Selbstbehalt und 37 Prozent die Beitragsrückerstattung.

Die hausarztzentrierte Versorgung wurde erst zum März/April 2005 in den Gesundheitsmonitor aufgenommen und wird gesondert und vertieft abgefragt. Erhoben wurde jeweils, ob bekannt ist, dass die eigene Krankenkasse ein Hausarztmodell anbietet. Daher ist es nicht verwunderlich, dass im Mai 2005 nur 17 Prozent der Befragten berichteten, ihnen sei bekannt, dass ihre eigene Krankenkasse hausarztzentrierte Versorgung anbiete. In der Tat bietet ja bisher nicht jede Krankenkasse ein Hausarztmodell an (BMG 2007). Immerhin stieg dieser Wert auf 29 Prozent im November 2006.

Welche Krankenkassen sind besonders erfolgreich dabei, ihre Versicherten über die neuen Versorgungs- und Versicherungsformen zu informieren? Abbildung 2 zeigt die Bekanntheit der neuen Angebote aufgeschlüsselt nach den Hauptkassenarten. 31 Prozent der Barmer-Versicherten kennen DMP, aber nur 22 Prozent der GEK-Versicherten haben von dieser Versorgungsform bereits gehört. Dagegen kennen 81 Prozent der GEK-Versicherten die Möglichkeit, Bonusregelungen in Anspruch zu nehmen, aber nur 60 Prozent der AOK-Versicherten.

Bei den Wahltarifen zeigt sich die TK besonders erfolgreich: 31 Prozent ihrer Versicherten kennen die Kostenerstattung, 27 Prozent den Selbstbehalt und 43 Prozent die Beitragsrückerstattung.

Bekanntheit von neuen Versorgungsformen bei GKV-Versicherten im Zeitvergleich



Angaben in Prozent

Gesundheitsmonitor-Bevölkerungsbefragungen 2004–2006, N=6.096

Abbildung 1

BertelsmannStiftung

Die AOK-Versicherten kennen die Wahltarife vergleichsweise selten: 24 Prozent haben von der Kostenerstattung, 15 Prozent vom Selbstbehalt und 32 Prozent von der Beitragsrückerstattung gehört.

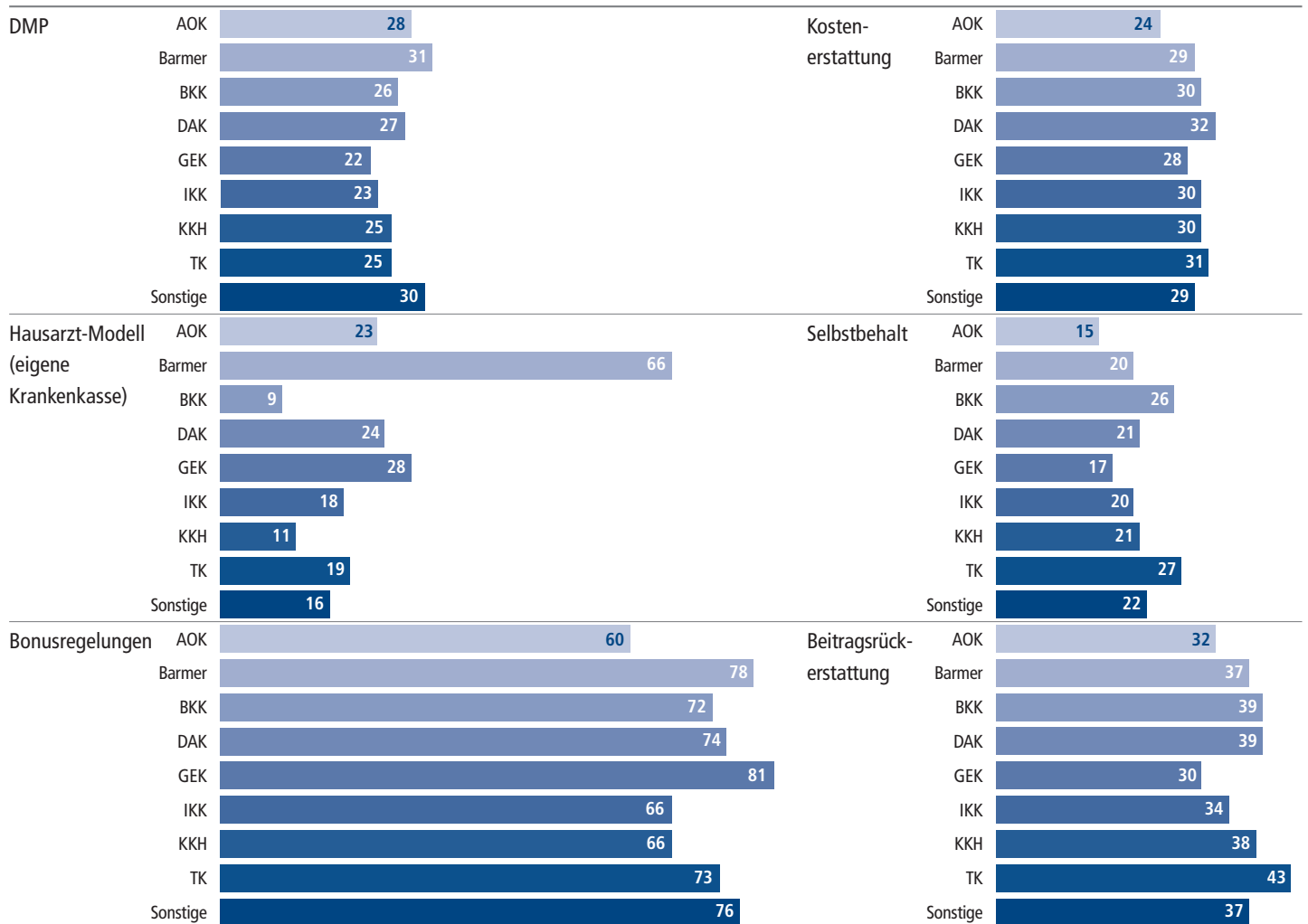
Bei den Hausarztmodellen ist die Spanne besonders breit: 66 Prozent der Barmer-Versicherten wussten, dass ihre Krankenkasse ein Hausarztmodell anbietet. Schlusslicht bilden die Versicherten der Betriebskrankenkassen: Nur 9 Prozent dieser Versicherten wissen von einem Hausarzt-Modell ihrer Krankenkasse. Dies ist auch damit zu erklären, dass die Barmer schon seit längerer Zeit eine sehr erfolgreiche hausarztzentrierte Versorgung anbietet, während die Betriebskrankenkassen noch nicht alle ein Modell auf dem Markt haben.

Werden die Versorgungsformen genutzt?

Abbildung 3 zeigt, inwiefern die Versorgungs- und Versicherungsformen von den GKV-Versicherten genutzt werden. Es zeigt sich ein ähnliches Muster wie bei der Frage nach der Bekanntheit der Modelle.

Disease-Management-Programme wurden im November 2004 von 2 Prozent und zwei Jahre später von 7 Prozent der Befragten in Anspruch genommen. In der Gruppe der Diabetiker, die Insulin verwenden, sind 47 Prozent in ein DMP eingeschrieben. Bei den Diabetikern ohne Insulinbehandlung ist der Anteil der eingeschriebenen Patienten gleich hoch. Bei den Asthmatikern nehmen 9 Prozent der Betroffenen an einem DMP

Bekanntheit von neuen Versorgungsformen bei GKV-Versicherten nach Kassenarten



Angaben in Prozent

Gesundheitsmonitor-Bevölkerungsbefragungen 2004–2006 kumuliert, N=6.096

Abbildung 2

| BertelsmannStiftung

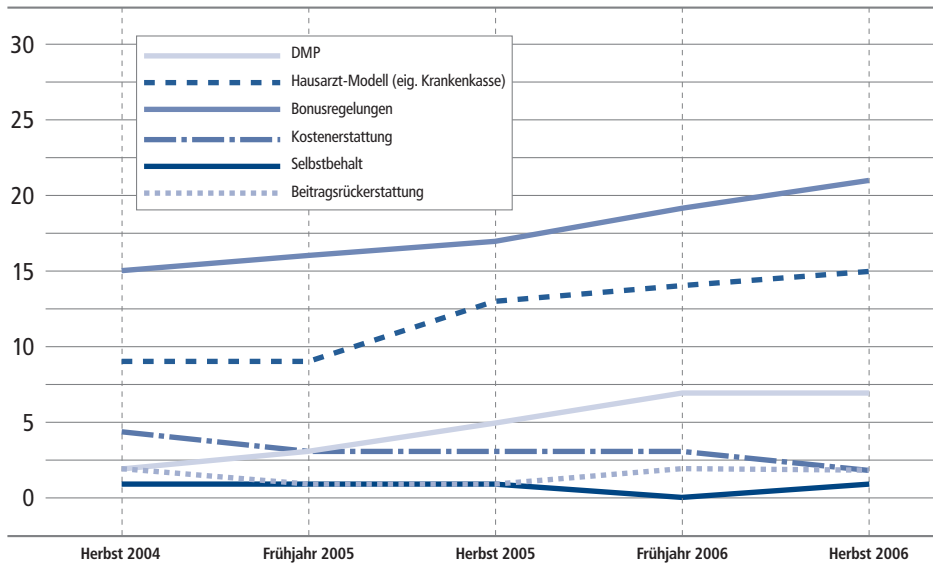
teil. 13 Prozent der Patienten mit Bluthochdruck, 19 Prozent der Patienten mit Durchblutungsstörungen am Herzen, 18 Prozent der Patienten mit Herzinsuffizienz, 24 Prozent der Patienten mit einem erlittenen Herzinfarkt und 9 Prozent der Schlaganfallpatienten sind in ein DMP eingeschrieben. Ob diese Teilnehmerraten hoch oder niedrig sind, kann nicht beurteilt werden, da nicht je-

der Patient mit den genannten Erkrankungen sich notwendig als Teilnehmer für ein DMP eignet. Vergleichsweise erfolgreich scheinen jedoch die DMP im Bereich Diabetes zu sein. Für die Brustkrebspatientinnen und die Patienten mit chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) kann keine Beteiligungsrate errechnet werden, da diese Krankheitsbilder nicht abgefragt wurden.

Obwohl die Bonusregelungen bei den Befragten die bekannteste Neuerung sind (Abbildung 1), haben im November 2004 nur 15 Prozent und im November 2006 nur 21 Prozent diese Versicherungsoption gewählt.

Kostenerstattung, Selbstbehalt und Beitragsrückerstattung stellen bisher nur für eine kleine Gruppe von Versicherten eine

Anteil der Nutzer von neuen Versorgungsformen bei GKV-Versicherten



Angaben in Prozent

Gesundheitsmonitor-Bevölkerungsbefragungen 2004–2006, N=6.096

Abbildung 3

| BertelsmannStiftung

Alternative dar: Etwa drei Prozent der Befragten nutzen die Kostenerstattung, nicht einmal ein Prozent den Selbstbehalt und etwa zwei Prozent die Beitragsrückerstattung. Die Gruppen werden im Zeitvergleich auch nicht größer. Hier dürfte sich aufgrund der Änderungen zum April 2007 erst in den nächsten Befragungswellen etwas verändern.

Fast neun Prozent der Befragten waren bereits im November 2004 Nutzer des Hausarzt-Modells ihrer eigenen Krankenkasse. Dieser Wert stieg auf 15 Prozent bis zum November 2006. Von allen, die die Möglichkeit dazu haben, nutzten nach Angaben des BMG (2007) im April 2007 20 Prozent diese Versorgungsform. Da aber noch nicht allen Versicherten ein Hausarztmodell zur Verfügung steht, liegt die Teilnahmequote im Durchschnitt aller GKV-Versicherten entsprechend niedriger.

Wie wahrscheinlich ist es, dass die Angebote noch weitere Nutzer finden?

Für eine Bewertung der Attraktivität der im GMG verankerten Versorgungs- und Versicherungsoptionen ist es wichtig herauszufinden, ob die bisherigen Nichtteilnehmer die Angebote in Zukunft vielleicht doch noch in Anspruch nehmen werden (siehe Abbildung 4). 12 Prozent der im Herbst 2006 befragten bisherigen Nichtteilnehmer können sich vorstellen, an strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke teilzunehmen. Da die Befragten nicht daraufhin überprüft werden können, ob sie tatsächlich als Teilnehmer für DMP in Frage kommen bzw. ob es für ihre spezifische Erkrankung überhaupt ein Angebot gibt, kann eine Erfolgsmessung über die Zielerreichung von DMP an dieser Stelle nicht geleistet werden.

44 Prozent der bisherigen Nichtnutzer von Bonusregelungen könnten sich dennoch eine Nutzung dieses Wahltarifes vorstellen. Die Versicherungsoptionen Kostenerstattung, Selbstbehalt und Beitragsrückerstattung sind mit 17 Prozent, 11 Prozent und 23 Prozent potentieller Nutzer vergleichsweise unattraktiv für die bisherigen Nichtnutzer.

Auch bei der hausarztzentrierten Versorgung wurden die noch nicht eingeschriebenen Versicherten gefragt, ob sie sich eine Teilnahme in Zukunft vorstellen können. 80 Prozent dieser potentiellen Teilnehmer beantworteten die Frage mit ja. Damit könnten die Hausarzt-Modelle der Krankenkassen schon in naher Zukunft ein Erfolg werden. Amhof und Böcken (2007: 103) konnten jedoch zeigen, dass die Zustimmung zur hausarztzentrierten Versorgung deutlich sinkt, wenn z. B. der bisherige eigene Hausarzt nicht an dieser Versorgung teilnimmt. Nach konkreten Bedingungen gefragt, werden die Versicherten in ihrer Befürwortung dieser Versorgungsform vorsichtiger und möchten vor allem in der Inanspruchnahme von Leistungen (z. B. der Auswahl des Facharztes) den Status quo weitgehend erhalten.

Wer nutzt die neuen Versorgungsformen?

Welche Versicherten nehmen die neuen Versorgungsformen in Anspruch? Zunächst wird untersucht, ob es typische soziale Gruppen gibt, die an den einzelnen Versorgungs- und Versicherungsoptionen teilnehmen (Tabelle 1). Damit kann überprüft werden, ob die Angebote von der breiten Bevölkerung oder doch nur von Versicherten mit entsprechenden ökonomischen, sozialen und Bildungsressourcen genutzt werden. Im Folgenden wird dann untersucht, inwieweit sich das gesundheitliche Verhalten der Teilnehmer und Nichtteilnehmer von

Wahrscheinlichkeit der Nutzung von neuen Versorgungsformen bei GKV-Versicherten, die noch nicht die jeweilige Versorgungsform in Anspruch nehmen

DMP	6	6	27	61	
Bonusregelungen	19	25	23	33	
Kostenerstattung	4	13	33	50	
Selbstbehalt	2	9	35	54	
Beitragsrückerstattung	5	18	30	47	
Hausarzt-Modell	80			20	
Angaben in Prozent	sehr wahrscheinlich		wahrscheinlich	eher nicht wahrscheinlich	unwahrscheinlich

Gesundheitsmonitor-Bevölkerungsbefragung Herbst 2006, N=1.242

Abbildung 4

| BertelsmannStiftung

den neuen Formen der Krankenversicherung und -versicherung unterscheidet (Tabelle 2). Damit kann überprüft werden, ob durch die neuen Versorgungs- und Versicherungsformen Selektionseffekte auftreten.

Bei den Disease-Management-Programmen sind es typischerweise die beiden älteren Altersgruppen der Befragten von 60-69 und 70-79 Jahren, die an diesen Behandlungsprogrammen teilnehmen. Das verwundert nicht, da man in diesem Alter auch eine Häufung chronischer und multimorbider Patienten findet. 7 Prozent der Männer nehmen an DMP teil, aber nur 4 Prozent der Frauen. 8 Prozent der Versicherten bei anderen Ersatzkassen und 7 Prozent der Barmer-Versicherten nehmen an DMP teil, bei den Betriebskrankenkassen sind es beispielsweise nur 4 Prozent der Versicherten. Das kann an den unterschiedlichen Risikostrukturen der Krankenkassenversicherten in diesen Hauptkassen liegen, aber auch daran, wie gut die Krankenkassen ihre entsprechenden Versicherten zur Teilnahme an DMP motivieren konnten. Bonusregelungen werden eher von Frauen genutzt. 19 Prozent der Frauen, aber nur 16 Prozent der Männer haben sich für diesen Anreiz zu gesundheitsförderlichem Verhalten entschieden. Auch dies

ist keine Überraschung, da Frauen generell stärker präventiv orientiert sind als Männer (vgl. Altgeld und Bockhorst 2004). Typischerweise nehmen Oberschichtangehörige diesen Wahltarif in Anspruch: 20 Prozent der Versicherten aus der Oberschicht, aber nur 14 Prozent der Versicherten aus der Unterschicht gehören zu den Nutzern dieser Versicherungsoption. Besonders gut scheint die GEK ihre Versicherten von dieser Versicherungsoption überzeugt zu haben: 31 Prozent der befragten GEK-Versicherten nehmen die Regelung bereits in Anspruch.

Bei den Versicherungsoptionen Kostenerstattung und Selbstbehalt konnten keine statistisch signifikanten Typen festgestellt werden, da der Kreis der Nutzer bisher sehr klein ist. Dies könnte sich nach der Öffnung dieser Wahltarife nach dem April 2007 natürlich ändern. Die Möglichkeit der Beitragsrückerstattung wird vor allem von Versicherten mit einem Netto-Haushaltseinkommen von über 5000 Euro in Anspruch genommen.

An der hausarztzentrierten Versorgung nehmen wieder vor allem die älteren Altersgruppen der Befragten von 60-69 und 70-79 Jahren teil. Der überproportionale Beitritt von chronisch kranken

und älteren Menschen hängt nicht zuletzt mit der Koppelung einiger Hausarztverträge an die DMP zusammen (Böcken 2006: 265). Typischerweise gehören die Versicherten zur unteren Mittelschicht.

Bei der Aufschlüsselung nach Hauptkasernenarten zeigt sich wieder der Erfolg der Barmer Ersatzkasse, die ein Vorreiter bei der Einführung der hausarztzentrierten Versorgung war: 34 Prozent der befragten Barmer-Versicherten und 28 Prozent der AOK-Versicherten sind Ende des Jahres 2006 bereits in Modellen der hausarztzentrierten Versorgung eingeschrieben. Bei einzelnen anderen Krankenkassen sind natürlich auch schon ähnliche Erfolge vorzuweisen. Zu nennen sind hier nach den Angaben des BMG von April 2007 die Hausarzt-Modelle der AOK Bayern (1,25 Mio. Teilnehmer bei 3,5 Mio. Versicherten), der VdAK/AEV LV Hessen (420.000 Teilnehmer bei 1,1 Mio. Versicherten) und der AOK Sachsen-Anhalt, IKK gesund plus und BKK Sachsen-Anhalt (440.000 Teilnehmer bei 1,3 Mio. Versicherten).

Insgesamt können anhand der Typisierung nach sozioökonomischen Merkmalen nur geringe Unterschiede zwischen den sozialen Schichten festgestellt werden. Die bisherige Tendenz weist jedoch darauf hin, dass möglicherweise Schichten mit geringen ökonomischen oder Bildungsressourcen sich mit den neuen Versorgungsformen schwerer tun. Dies wird Gegenstand weiterer Beobachtung im Gesundheitsmonitor sein.

Unterscheiden sich die Nutzer von neuen Versorgungsformen in ihrem Gesundheitsverhalten von Nicht-Nutzern?

Schließlich soll untersucht werden, ob die neuen Versorgungsformen nicht gerade diejenigen Versicherten anziehen, die sich sowieso mehr mit Gesundheit aus-

Typische soziale Merkmale der Nutzer von neuen Versorgungsformen (nur signifikante Typen)

Versorgungsform	Altersgruppe	Geschlecht	Netto-Haushaltseinkommen	Schichtzugehörigkeit	Krankenkasse
DMP	60 bis 69 Jahre, 70 bis 79 Jahre	Männer	Kein Typus	Oberschicht, mittl. Mittelschicht	Barmer, andere Ersatzkassen
Bonusregelungen	Kein Typus	Frauen	Kein Typus	Oberschicht	GEK
Kostenerstattung	Kein Typus	Kein Typus	Kein Typus	Kein Typus	Kein Typus
Selbstbehalt	Kein Typus	Kein Typus	Kein Typus	Kein Typus	Kein Typus
Beitragsrückerstattung	Kein Typus	Kein Typus	Über 5.000 Euro	Kein Typus	Kein Typus
Hausarzt-Modell	60 bis 69 Jahre, 70 bis 79 Jahre	Kein Typus	Kein Typus	Untere Mittelschicht	Barmer, AOK

Gesundheitsmonitor-Bevölkerungsbefragungen 2004–2006 kumuliert, N=6.096

Tabelle 1

| BertelsmannStiftung

einandersetzen. Das würde die erhofften Steuerungseffekte in Frage stellen, und man müsste dann eher von Selektionseffekten ausgehen. In Tabelle 2 ist das typische Gesundheitsverhalten der Nutzer von neuen Versorgungs- und Versicherungsformen im Vergleich zu den Nichtnutzern abgebildet.

Nutzer von DMP achten stärker auf ihre Gesundheit als Nichtnutzer. Prävention ist ihnen ein wichtiges Anliegen: 56 Prozent der Teilnehmer nehmen regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teil, bei den Nichtteilnehmern sind es nur 28 Prozent. Auch der gesundheitliche Lebensstil unterscheidet sich von der Vergleichsgruppe: Nur 13 Prozent der DMP-Patienten rauchen täglich, hingegen 23 Prozent der Nichtteilnehmer. DMP-Teilnehmer treiben mäßig, aber regelmäßig Sport.

Nutzer von Bonusregelungen achten häufiger auf ihre Gesundheit als Nichtnutzer. Vorsorgeuntersuchungen sind ihnen wichtig: 44 Prozent der Teilnehmer nehmen regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch, bei den Nichtteilnehmern sind es nur 25 Prozent.

50 Prozent der Versicherten in Bonusprogrammen haben noch nie geraucht, bei den Nichtteilnehmern sind es 43 Prozent. Nutzer von Bonustarifen sind auch sportlicher als die Vergleichsgruppe: 72 Prozent der Nutzer treiben ein- bis zweimal oder sogar drei- bis sechsmal die Woche Sport, bei den Nichtteilnehmern sind es 60 Prozent.

20 Prozent der Versicherten, die die Kostenerstattung in Anspruch nehmen, achten sehr stark auf ihre Gesundheit, bei den Nichtnutzern sind es nur 9 Prozent. Auch die Prävention ist ihnen wichtiger als den Nichtnutzern: 43 Prozent dieser Versicherten gehen regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen, bei den Nichtteilnehmern sind es 27 Prozent.

Die Gruppe der Versicherten mit Selbstbehalt ist zu klein, um statistisch gesicherte Unterschiede zu Nichtnutzern zu beschreiben.

Auch den Versicherten, die die Beitragsrückerstattung nutzen, ist ihre Gesundheit wichtiger als denjenigen, die diesen Wahltarif nicht nutzen: 51 Prozent dieser

Versicherten achten stark auf ihre Gesundheit, was nur für 38 Prozent der Nichtnutzer gilt. Sie treiben auch häufig und regelmäßig Sport: 33 Prozent dieser Versicherten treiben drei- bis sechsmal die Woche Sport, was nur für 23 Prozent der Nichtnutzer zutrifft.

46 Prozent der Teilnehmer an der hausarztzentrierten Versorgung achten stark auf ihre Gesundheit, was für 38 Prozent der Nichtteilnehmer gilt. Prävention ist für diese Versicherten sehr wichtig: 46 Prozent dieser Versicherten nehmen regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teil, was nur für 28 Prozent derjenigen zutrifft, die sich noch nicht in ein Hausarztmodell eingeschrieben haben. Auch beim Thema Rauchen unterscheiden sich die Teilnehmer von hausarztzentrierter Versorgung deutlich von den Nichtteilnehmern: 16 Prozent der eingeschriebenen Versicherten rauchen täglich, aber 23 Prozent der nicht eingeschriebenen Versicherten.

Anhand der Daten kann zwar nicht belegt werden, dass das Gesundheitsverhalten der Nutzer der neuen Versorgungs- und Versicherungsformen schon vor der Einschreibung besser war als das der Nichtnutzer. Dennoch zeigt die Evidenz anderer Studien, dass es sich weniger um einen Steuerungseffekt als um einen Selbstselektionseffekt handelt (Felder und Werblow 2006).

Fazit

Die neuen Versorgungs- und Versicherungsformen stellen eine Herausforderung für die GKV-Versicherten dar, da sich die Angebote der Krankenkassen in Form und Inhalt unterscheiden und der Vergleich nicht einfach ist. Durch die Änderungen zum 1. April 2007 werden die Wahlmöglichkeiten noch erweitert. Sie sollen einen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um die besten Versor-

Typische Gesundheitsmerkmale der Nutzer von neuen Versorgungsformen (nur signifikante Typen)

Versorgungsform	Achtet auf Gesundheit	Teilnahme an Vorsorge	Rauchen	Sport
DMP	Stark	Regelmäßig	Nichtraucher	1–2 mal die Woche
Bonusregelungen	Stark	Regelmäßig	Nichtraucher	3–6 mal die Woche
Kostenerstattung	Sehr stark/stark	Regelmäßig	Kein Typus	Kein Typus
Selbstbehalt	Kein Typus	Kein Typus	Kein Typus	Kein Typus
Beitragsrückerstattung	Stark	Kein Typus	Kein Typus	3–6 mal die Woche
Hausarzt-Modell	Stark	Regelmäßig	Nichtraucher	Kein Typus

Gesundheitsmonitor-Bevölkerungsbefragungen 2004–2006 kumuliert, N=6.096

Tabelle 2

| BertelsmannStiftung

gungsformen entfachen, stellen den Versicherten aber noch vor weitere Aufgaben hinsichtlich der Informationsbeschaffung und -bewertung.

Werden die neuen Anreizstrukturen die erwarteten Steuerungseffekte nach sich ziehen? Ein kostensparender Effekt kann wohl lediglich in begrenztem Umfang und nur bei Bagatellerkrankungen erwartet werden. Bei Bonustarifen konnte in Studien gezeigt werden, dass sich zwar die Zahl der Arztkontakte reduzieren lässt, nicht aber die der ärztlichen Leistungen (Breyer, Zweifel und Kifmann 2004). Dass Selbstbehalte Steuerungspotentiale haben, weiß man aus den Erfahrungen der PKV. Trotzdem bleibt die Frage, ob „die an die Selbstbehaltwähler ausgeschütteten Beitragsrabatte die Einsparungen aus dem Selbstbehaltmodell nicht übersteigen“ (Felder und Werblow 2006: 140). Außerdem besteht insbesondere beim Selbstbehalt das Problem unerwünschter Nebenwirkungen: Versicherte könnten Krankheiten verschleppen, um die Prämie nicht zu gefährden.

Bei der Kostenerstattung kommen die Bertelsmann Stiftung und die Universität Bremen (2006: 28) zu dem Schluss: „Die Behauptung, sie erhöhe das Kostenbewusstsein der Versicherten bzw. Patienten und Sorge so für eine rationale Inanspruchnahme von Leistungen, hat keine empirische Evidenz.“ Auch für die Effekte der Beitragsrückerstattung sind die Erwartungen bescheiden (ebd.: 33): „Angesichts der bisherigen Evaluationsergebnisse und der extrem geringen aktuellen Nutzung der Möglichkeit von Beitragsrückerstattungen in der GKV erscheint ihr Beitrag zur rationalen Steuerung der Inanspruchnahme von Leistungen unwahrscheinlich oder quantitativ vernachlässigenswert zu sein.“

Ob mit den neuen Wahlтарifen tatsächlich die Inanspruchnahme von Leistungen gesteuert werden kann, muss daher an dieser Stelle bezweifelt werden. Vielmehr stellen die neuen Wahlmöglichkeiten in der Versorgung und Versicherung gesetzlich Krankenversicherter vor allem ein Instrument der Bindung von gesunden und zahlungskräftigen Versicherten dar, die bereit und in der Lage sind, öko-

nomische Risiken in kleinerem Umfang selbst zu tragen, und die ansonsten womöglich in die private Krankenversicherung abwandern (vgl. auch ebd.: 13).

Ist die hausarztzentrierte Versorgung ein Modell, das die im internationalen Vergleich recht hohe Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung in den Griff bekommen wird? Wie eine Verbesserung der Versorgung durch die zentrale Anlaufstelle „Hausarzt“ herbeigeführt werden soll, wenn die Kassen sowieso aufgrund des Hausärztemangels mit jedem Hausarzt kontrahieren müssen, bleibt aus ordnungspolitischer Sicht jedenfalls offen. Die erhoffte kostendämpfende Wirkung ist noch zu belegen und aus den internationalen Erfahrungen mit diesen Modellvorhaben eher zu bezweifeln (vgl. Böcken 2006). Der Vergleich mit anderen Ländern zeigt auch, dass Hausarztmodelle mit harten Gatekeeping-Bedingungen verknüpft werden müssen, um die Inanspruchnahme wirkungsvoll zu steuern (Bertelsmann Stiftung und Universität Bremen 2006: 26).

Was können die Ergebnisse des Gesundheitsmonitors zur Evaluation der neuen Steuerungsinstrumente beitragen? Der kursorische Versuch, das Gesundheitsverhalten der Teilnehmer von neuen Versorgungsformen und Nutzern von Wahlтарifen unter die Lupe zu nehmen, zeigt recht eindeutig, dass eine bestimmte Klientel von den neuen Optionen der Krankenversorgung und -versicherung angesprochen wurde: Es sind diejenigen, die von vornherein stärker auf ihre Gesundheit achten und regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen, die sowieso weniger rauchen und mehr Sport treiben. Man erreicht also nur diejenigen, bei denen das Verbesserungspotential eher gering ausfällt im Vergleich zu denjenigen, die bisher noch nicht an den neuen Versorgungs- und Versicherungs-

formen teilnehmen. Inwiefern dieser Selbstselektionseffekt für die Einsparungen verantwortlich gemacht werden kann, muss evaluiert werden, um die echten Einsparungen herauszufinden (vgl. hierzu auch das Modell Selbstbehalt der TK in: Bertelsmann Stiftung und Universität Bremen 2006: 41f.). Denn nur dieses Geld darf an die Versicherten zurückfließen.

Zu hoffen bleibt, dass in den nächsten Monaten bisherige Nichtteilnehmer von DMP und Hausarzt-Modellen eingebunden werden können und dass diese neuen Versorgungsformen wirklich eine neue Form der Versorgung bedeuten, nicht nur eine Umetikettierung der bisherigen Versorgung. Schließlich haben sich die meisten Versicherten auch bisher zunächst zum Hausarzt begeben, wenn sie krank waren. Die internationalen Erfahrungen lassen jedoch hoffen, dass zumindest die DMP zu echten Qualitätsverbesserungen führen können (ebd.: 35)

Zu befürchten ist aufgrund der hier vorgestellten Befragungsergebnisse jedoch, dass – wie immer –, eine „gesundheitsferne“ Schicht nicht erreicht werden kann. Diese Versicherten ohne hinreichende ökonomische, soziale und Bildungsressourcen, die sich nicht um die optimale Versicherung und Versorgung kümmern können, gehören zu den Verlierern. Die neuen Versorgungs- und Versicherungsformen bedeuten nicht zuletzt, dass eine Entsolidarisierung der Finanzierung und eine deutliche Differenzierung von Versorgung und Versicherung zusammentreffen, die es für diese Versichertenklientel schwer macht, die optimale Krankenversicherung bzw. medizinische Versorgung zu finden. Auch für diese Gruppe müssen Wege gefunden werden, soziale Härten zu verhindern (vgl. auch ebd.: 69).

Literatur

- Altgeld, Thomas und Rüdiger Bockhorst, 2004: Neue gesundheitspolitische Wertschätzung der Prävention und Gesundheitsförderung – alte Verhaltensmuster in der Bevölkerung? S. 35-51 in: Jan Böcken, Bernard Braun, Melanie Schnee (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2004. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Amhof, Robert und Jan Böcken, 2007: Neue Wahltarife in der gesetzlichen Krankenversicherung: Versichertenpräferenzen und Erfolgspotentiale. Die BKK, 3/2007: 99-105.
- Bertelsmann Stiftung und Universität Bremen (Hrsg.), 2006: Anreize zur Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen. Effekte bei Versicherten und Leistungsanbietern. Chartbook. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Böcken, Jan, 2006: Hausarztmodelle in Deutschland: Teilnehmerstruktur, Beitrittsgründe und die Koordination zum Facharzt. S. 247-271 in: Jan Böcken, Bernard Braun, Robert Amhof, Melanie Schnee (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2006. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Breyer, Friedrich, Peter Zweifel, und Mathias Kifmann, 2004: Gesundheitsökonomik. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Bundesgesundheitsministerium, 2007: Regionale Hausarztmodelle in Deutschland – Recherche des Redaktionsbüros Gesundheit bei den gesetzlichen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Stand: April 2007. http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitsystem/zukunft_entwickeln/hausarztmodell/beispiele/pdf/uebersicht_hausarztmodelle_deutschland.pdf
- Felder, Stefan und Andreas Werblow, 2006: Anreizwirkungen wählbarer Selbstbehalte. Das Selbstbehaltmodell der Techniker-Krankenkasse. Baden-Baden: Nomos.

Von „medizinischem Zuhause“ bis „Rent-A-Doctor“: neue Versorgungsformen weltweit

von Norbert Mappes-Niediek und Kerstin Blum

Ein System für Mrs. Murphy: Wie ein „medizinisches Zuhause“ die Schwächen des US-Gesundheitswesens zu Tugenden machen soll

Mrs. Murphy kann – trotz ihres Diabetes, ihrer Herzinsuffizienz und ihres Vorhofflimmerns – noch gut zu Hause leben. Nur mit dem Koordinieren der vielen Termine, Arztbesuche und Untersuchungen ist die 85-Jährige überfordert, seit auch das Gedächtnis nachgelassen hat. Das Problem ist lösbar, wäre Mrs. Murphy Klientin eines „Advanced Medical Homes“ – eines kleinen Gesundheitszentrums neuen Typs, das in den USA die Primärversorgung revolutionieren könnte.

Dr. Z., Mrs. Murphys Internist, macht sich Sorgen, als die alte Dame zu einem Termin nicht erscheint. Seine Sprechstundenhilfe wirft einen Blick in den Computer der Gemeinschaftspraxis und stellt fest: Die Patientin hat nicht, wie vereinbart, beim Kardiologen angerufen und war auch nicht im Labor – dort hätten ein Blutbild und ein Gerinnungstest gemacht werden sollen. Noch tiefer runzelt sich Dr. Z.s Stirn, als er das Krankenblatt des Kardiologen liest: Der Kollege hat Mrs. Murphy das Entwässerungsmittel heraufgesetzt, weil sie kurzatmig war, zugenommen und geschwollene Beine bekommen hatte. Eine Notiz des diensthabenden Praktikers, für Dr. Z. ebenfalls einsehbar, rundet das Bild weiter ab: Mrs. Murphy war wegen Fieber und Husten bei ihm und hat ein Antibiotikum bekommen. Schließlich kommt noch eine Mail vom

Apotheker, der auf ihre Laborwerte achten soll: Der Mann wusste, dass Mrs. Murphy mit Fieber zu Hause lag, wo sie doch eigentlich zum Gerinnungstest hätte gehen sollen.

Bessere Versorgung im Team

Dass Dr. Z. so gut informiert ist und dass das Wissen sich für ihn und seine Patientin gleichermaßen lohnt, verdankt er dem Konzept des Advanced Medical Home, auf dem diese – bisher noch theoretische – Modellpraxis aufbaut. Dr. Z. weiß nicht nur alles, was er wissen muss und was Mrs. Murphy nicht mehr so gut behalten kann; er kann auch handeln. Erst einmal ruft er Mrs. Murphy an, die ein bisschen schwer atmet, sich aber schon etwas besser fühlt. Ihre Termine hat sie vergessen, obwohl sie, wie alle anderen Patienten in seiner Praxis, an jeden Termin tags zuvor telefonisch erinnert wird. Statt Mrs. Murphy mit dem Notarzt zu erschrecken, ruft er Schwester A. vom ambulanten Pflegedienst an und bittet sie, in den nächsten zwei, drei Stunden einmal bei Mrs. Murphy vorbeizuschauen. Als Dr. Z. nach drei Stunden Hausbesuchen zurück in die Praxis kommt, findet er eine dringende Mail von Schwester A. vor. Über einen Link kann er gleich ihre Befunde einsehen: Mrs. Murphy ist zwei Kilo schwerer, hat erhöhten Blutdruck und 38,3 Temperatur. Sie muss in die Klinik. Schwester A.

bringt sie hin. Per E-Mail werden der Kardiologe, das Labor, der Apotheker unterrichtet.

Medicare-Pilotprojekt zum „medizinischen Zuhause“

Drei Jahre lang sollen Allgemeinärzte in acht US-amerikanischen Bundesstaaten für ihre chronisch kranken Patienten jenseits der 65 eine ganz neue Versorgungsform erproben. Starten soll der Modellversuch, den der US-Kongress im letzten Dezember beschloss, wenn das Gesundheitsministerium die Details der Vergütung geregelt hat. Ein genauer Zeitplan steht noch nicht fest.

Grundlage ist ein Konzept für die völlige Umgestaltung der Primärversorgung, wie es das American College of Physicians im letzten Sommer entwickelt hat. Danach sollen Arztpraxen eine umfassende patientenorientierte Versorgung anbieten und sich zu diesem Zweck einem offiziellen Anerkennungsverfahren unterwerfen. Patient und Praxisteam arbeiten nach dem Modell dauerhaft zusammen. Die idealen Praxen der Zukunft nutzen moderne Informationstechnologie.

Darüber hinaus sind sie mit einem Versorgungsteam vernetzt, zu dem Sozialarbeiter ebenso gehören können wie etwa Ernährungsberater, Physiotherapeuten oder Apotheker. Hausarzt und Praxis-

team verstehen sich als Lotsen, die den Patienten durch die Versorgungslandschaft dirigieren. Dabei soll der Patient verständliche Informationen an die Hand bekommen und so eigene Entscheidungen treffen können, solange er dazu selbst in der Lage ist.

Als Mrs. Murphy ein paar Tage später mit Schwester A. nach Hause kommt, wartet in der Wohnung schon ein Techniker auf sie. Er schließt die Waage im Bad, die Ablage für Mrs. Murphys Pillendose und die Blutzuckerröhrchen drahtlos an einen Computer mit ständiger Internetverbindung an. Jetzt weiß Schwester A. immer, wann Mrs. Murphy ihre Tablette nicht genommen hat, Dr. Z., wieviel sie gerade wiegt, und der Apotheker kennt den aktuellen Blutzuckerwert.

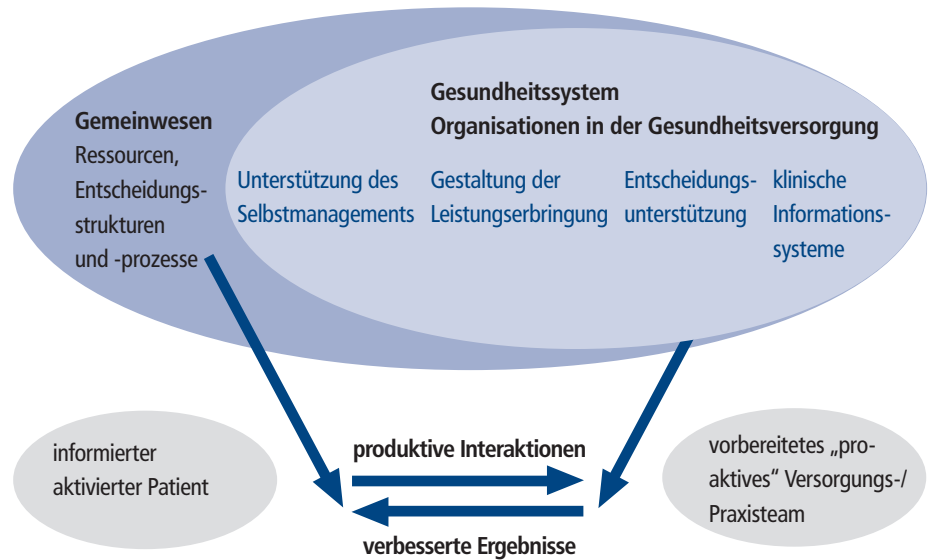
Ärzte an Sparvolumen beteiligt

Das Pilotprojekt ist Teil des staatlichen Versicherungsprogramms Medicare, dem in den USA die Senioren angehören. Aus dem schon bestehenden Topf für Leistungen des Versorgungsmanagements, etwa für Diabetiker-Programme, erhalten die teilnehmenden Ärzte eine zusätzliche Vergütung. Erzielt Medicare mit dem Modell die erhofften Einsparungen, etwa durch seltenere Komplikationen und weniger Krankenhausaufenthalte, so werden die Ärzte zu 80 Prozent an diesen Einsparungen beteiligt.

Vorbild: Das Chronic-Care-Modell

Ganz so revolutionär, wie es auf den ersten Blick erscheint, ist das Konzept allerdings nicht: Es geht zurück auf das sogenannte Chronic-Care-Modell (Abbildung 5), das zum Beispiel der kalifornische Managed-Care-Plan Kaiser Permanente seit Jahren erfolgreich anwendet. Entwickelt von dem Arzt und Gesundheitsforscher Ed Wagner, Seattle, richtet es sich auf die Behandlung von chronisch Kranken. Es umschließt Hilfen für die

Chronic Care Model – ein innovatives Konzept zur umfassenden Versorgung für chronisch Erkrankte



Wagner, MacColl Institute for Healthcare Innovation, 1996. Deutsche Übersetzung: Gensichen, Knieps, Schlette 2006.

Abbildung 5

| BertelsmannStiftung

Patienten beim Selbstmanagement ebenso wie Neuerungen in der Versorgung: besondere Sprechstunden für chronisch Kranke, systematische Kooperation, viel klinische Information und ein gut vorbereitetes, pro-aktives Praxisteam. Ausgangspunkt ist der Patient mit seinen besonderen Bedürfnissen, nicht irgendeine vorhandene Versorgungsstruktur. Ambulant geht vor stationär; letztlich entscheidet, was der Patient will. Auch vor den Grenzen des Gesundheitswesens macht das Modell nicht Halt, sondern greift aus ins Wohnumfeld und in den Sozialsektor.

Netzwerk statt Hierarchie

Dass das Chronic-Care-Modell in Amerika mit seinem zerklüfteten, von der Konkurrenz privater Anbieter dominierten Gesundheitswesen entstand, ist kein Zufall: Hier erscheint jeder Versuch, das System von oben nach unten vernünftig

durchzustrukturieren, von vornherein vergeblich – und kreatives „Networking“ folglich die einzige Rettung. Das Ergebnis ist überzeugender, als es ein hierarchisches System je sein könnte, wird von einer ganzen Branche von Beratungsfirmen angeboten und von US-Krankenversicherern gekauft.

Hervorgegangen ist das Chronic-Care-Modell seinerseits aus sogenannten Disease-Management-Programmen (DMP) etwa für Diabetiker oder Herzpatienten, wie sie seit 2002 auch in Deutschland gesetzlich verankert sind. Während die DMPs aber noch von bestimmten Krankheiten ausgehen, stellt das Chronic-Care-Modell den einzelnen Patienten in den Mittelpunkt. Die Idee vom Advanced Medical Home schließlich geht noch einen Schritt weiter, führt das ursprünglich für chronisch Kranke entwickelte Modell in

Eigenschaften eines „medizinischen Zuhauses“

Um sich als „medizinisches Zuhause“ (advanced medical home) zu qualifizieren, soll eine Praxis:

- Leitlinien evidenzbasierter Medizin einhalten und patientengerechte Entscheidungshilfen (clinical decision support tools) nutzen
- die Versorgung all ihrer Patienten am Chronic-Care-Modell ausrichten
- gemeinsam mit Patienten und ihren Familien einen integrierten, langfristigen Versorgungsplan erstellen
- Zugang zur Versorgung nicht nur durch Arztbesuche, sondern auch über Telefon, E-Mail und andere Medien ermöglichen
- Medizinische Indikatoren für Patienten und Patientengruppen erheben, um Veränderungen im Gesundheitszustand kontinuierlich überprüfen zu können
- sichere Technologien zum Erheben, Speichern und Austauschen von Informationen einsetzen
- Feedback-Angebote zur Leistung der Praxis nutzen.

Quelle: American College of Physicians. „The Advanced Medical Home: A Patient-Centered, Physician-Guided Model of Health Care“. 2006.

die Regelversorgung ein und strukturiert die Arbeitsweise der Praxen generell um. In dem Modell steckt nach Ansicht von Experten ein riesiges Potenzial: Es wächst mit der Zahl der alten Menschen ebenso wie mit den Möglichkeiten der Informationsverarbeitung.

Bewegung auch in Deutschland

Wie in den USA beeinträchtigt auch in Deutschland die starke Fragmentierung des Gesundheitswesens die Qualität und die Kosteneffizienz. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat 2005 fehlende Koordination als Hauptgrund für die Qualitätsmängel in der deutschen Gesundheitsversorgung ausgemacht. Es ist gang und gäbe, dass mehrere Ärzte die gleichen Untersuchungen anordnen und von den Verschreibungen anderer Ärzte nichts wissen. Verhandlungen über Preise und Mengen führen die Kassenverbände mit Anbietergruppen jeweils einzeln. Doch durch die Gesetzgebung der letzten Jahre ist die Entwicklung neuer Versorgungsformen auch in Deutschland in Gang gekommen – vielleicht auch in Richtung eines „medizinischen Zuhauses“?

Zum Weiterlesen

- Schlette, Sophia, Franz Knieps und Volker Amelung (Hrsg.) Versorgungsmanagement für chronisch Kranke. Lösungsansätze aus den USA und aus Deutschland. Bonn/Bad Homburg 2005.
- American College of Physicians. „The Advanced Medical Home: A Patient-Centered, Physician-Guided Model of Health Care“. 2006. www.acponline.org
- www.hpm.org/en/Surveys/CMWF_New_York/06/Medicare_Chronic_Care_Management.html

Kanada: Netzwerke über Ontario

Um Kontinuität und Abstimmung in der Gesundheitsversorgung zu verbessern, hat der kanadische Bundesstaat Ontario vierzehn „Lokale Netzwerke für Gesundheitsintegration“ ins Leben gerufen. Die Netzwerke sollen Patienten gleichen Zugang zur Versorgung verschaffen, den Patienten ihre Wahlfreiheit erhalten, wohnortnahe Einrichtungen finanzieren und Verantwortlichkeiten angemessen auf Anbieter, Regierung, Gemeinde und Bürger verteilen. Die bisherigen sieben Regionalbüros wurden aufgelöst. Sie hatten es nicht vermocht, die strengen Abgrenzungen zwischen den einzelnen Sektoren wie Pflege, ambulante und stationäre Versorgung zu überwinden. Die Netzwerke sollen nun Finanzmittel an Krankenhäuser ebenso wie an ambulante Gemeindezentren, an Selbsthilfegruppen, Behindertenorganisationen,

Essen auf Rädern, Familienberatungszentren, Hospize, an Psychiatrie- und Suchtambulanz und Pflegeheime verteilen und deren Arbeit koordinieren. Patienten müssen sich um die geographischen Grenzen der vierzehn Netzwerke nicht scheren; ihnen sind alle Einrichtungen in Ontario, wo knapp 40 Prozent aller Kanadier leben, gleichermaßen zugänglich. Auch die Selbstständigkeit der koordinierten Kliniken, Zentren und Organisationen tasten die Netzwerke nicht an: Jede Einrichtung behält ihr eigenes Management.

Die Schaffung der Netzwerke ist nur ein Schritt in einer groß angelegten „Transformation“ des Gesundheitswesens in Ontario, neben der Einrichtung von „Familiengesundheitsteams“, die Patienten durch den Angebotsdschungel lotsen sol-

len, einer geplanten Verringerung der Wartezeiten für wichtige Therapien gegen Krebs, grauen Star, für Hüft- und Kniegelenkoperationen sowie für Computer-Tomogramme und einem großen Informationsmanagement, das Leistungen evaluierbar und Entscheidungen besser planbar machen soll.

Jedes der administrativ schlanken Netzwerke soll aus sieben bis neun Angehörigen von Gesundheitsberufen und Verwaltungsfachkräften bestehen; der Geschäftsführer wird vom zuständigen Ministerium bestellt. Sonst allgemein akzeptiert, haben die Netzwerke vor allem mit dieser Struktur Kritik auf sich gezogen: Bürgerinitiativen bemängeln, dass für demokratische Kontrolle und für Mitbestimmung der Betroffenen kein Platz gelassen wurde.

Dänemark: Ärztfreie Gesundheitszentren

Dänemark soll kommunale Gesundheitszentren bekommen: Sie sollen nach der Gesundheitsreform vom Januar 2007 die Verantwortung für Primärprävention, Rehabilitation und die Betreuung von Alkoholikern und Drogenabhängigen übernehmen. Welche Leistungen sie konkret erbringen sollen, wie und für welche Zielgruppen, ist jedoch noch völlig offen. Um das herauszufinden, hat die Regierung 22 Millionen Euro bereitgestellt. Mit dem Geld werden 28 Pilotprojekte finanziert. Die Förderung läuft schon Ende 2008 aus; Kommunen, die ihre Zentren darüber hinaus behalten wollen, müssen sie dann aus eigenen Mitteln finanzieren. Gedämpft wird die Experimentierfreude der Gemeinden von Gesetzen, die es ihnen etwa verbieten, behandelnde Ärzte einzustellen. Besonders unterstützt wird die Idee der Zentren von der Krankenpflege-Gewerkschaft und von Patientenverbänden, die sich mehr Versorgung im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung erhoffen.

Österreich: Zwischen ambulant und stationär

Landesregierungen und Gebietskrankenkassen überlegen in landesweiten, so genannten Gesundheitsplattformen gemeinsam, welche Einrichtungen ausgebaut oder zurückgefahren und was sinnvoller Weise vom stationären zum ambulanten Sektor oder umgekehrt verlagert werden sollte. Der ohnehin hohe Anteil der Kliniken an den Gesundheitskosten ist in den letzten zehn Jahren noch weiter gestiegen, wobei auch die – in Österreich großen und wichtigen – Krankenhausambulanzen in den Anteil eingerechnet sind. Bisher sind die nach politischem Proporz besetzten Plattformen noch kaum zu konkreten Reformprojekten gekommen. Die künftigen Konfliktlinien liegen aber schon deutlich zutage: Weil die niedergelassenen Ärzte sich mit dem angebotenen Preis nicht anfreunden konnten, verlagerten kürzlich die Kassen alle Dickdarmspiegelungen von den Praxen in die Kliniken, die dieselbe Leistung billiger anboten. Die Ärztekammer protestierte gegen „Dumping-Strategien“.

Großbritannien: Umverteilung von stationär zu ambulant

Die britische Regierung will in den nächsten zehn Jahren den Krankenhäusern fünf Prozent ihrer Mittel entziehen und das Geld in die Primärversorgung stecken. Profitieren sollen von der Umschichtung vor allem chronisch Kranke: Neue ambulante Gesundheitszentren sollen entstehen. Zu der Zielzahl von 125 tragen auch fünfzig bisherige kommunale Krankenhäuser bei, die umgebaut werden. Hausärzte sollen ihre Sprechstundenzeiten ausdehnen. Die kommunalen Sozial- und Gesundheitsämter werden angehalten, gemeinsam mit den nationalen Gesundheitsdienst (National Health Service – NHS) für einzelne Patienten individuelle Betreuungspläne aufzustellen.

Festgehalten sind die ehrgeizigen Ziele in einem Weißbuch mit dem Titel „Ihre Gesundheit, Ihre Versorgung, Ihre Ent-

scheidung“ (Your Health, Your Care, Your Say). Eine Befragung unter Patienten und Anbietern sowie in der Allgemeinbevölkerung hatte ergeben, dass die Betroffenen sich von den lokalen Gesundheitsdiensten mehr Eigenkontrolle, mehr Unterstützung bei der Erhaltung ihrer Gesundheit und ihrer Unabhängigkeit wünschen sowie rasch und bequem Zugang zu qualitativvoller und kostengünstiger Versorgung bekommen wollen.

Weitere Punkte des Programms sehen vor, die medizinischen Fachdisziplinen Haut- und Geschlechtskrankheiten, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Orthopädie und Gynäkologie von den Kliniken zu lokalen Versorgungseinrichtungen zu verlagern. Die ambulanten Gesundheitszentren sollen zu einer neuen Art von Gemeindekliniken werden und Diagnostik, Klein-

chirurgie und ambulante Therapien anbieten. Mit einem „Life Check“ sollen lebensstilbedingte Risiken erfasst werden. Jeder Patient soll darüber hinaus zuverlässig einen Behandlungsplatz bei einem Allgemeinarzt in Wohnortnähe bekommen. Besonders in verarmten Gegenden soll die Primärversorgung quantitativ und qualitativ ausgebaut werden.

Die Vorbereitung des Programms gilt als vorbildlich: Die Regierung lud sogar zu einem „Bürgergipfel“ in Birmingham, auf dem mehr als tausend Interessierte ihre Sicht der Dinge darlegen konnten. Skepsis herrscht aber, ob es wirklich gelingt, die Mauern zwischen den – in Großbritannien ebenso wie in Deutschland – scharf getrennten Sektoren Pflege und Gesundheitsversorgung damit einzureißen.

Neuseeland: Besiegen wir den Zucker!

„Let’s Beat Diabetes“ ist der Titel eines Programms, mit dem die neuseeländische Provinz Manukau dem grassierenden Typ-2-(Alters-)Diabetes beikommen will. In Manukau im äußersten Norden, wo viele Ureinwohner leben, sollen nun in den nächsten fünf Jahren zehn definierte Ziele verfolgt werden, darunter Bewusstseinsbildung und Verhaltensänderung, Vereinbarungen mit der Lebensmittelindustrie, bessere Koordination in der Versorgung, Senkung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern, Abkommen mit Schulen zu Sport und gesunder Ernährung und bessere Chancen für Risikofamilien. Einbezogen sind außer den Gemeindeverwaltungen der Transportsektor, die Lebensmittelindustrie, die Kirchen, die ethnischen Gemeinschaften der Maori, der Pazifikinsulaner und der Asiaten, Schulen, Sportvereine und zahlreiche öffentliche und private Gesundheitsorganisationen. Das Programm ist mit 10 Millionen neuseeländischen Dollar (5,24 Millionen Euro) dotiert.

Singapur: Alterskrankenhäuser

In räumlicher Nähe zu den Krankenhäusern von Singapur sollen überall spezielle Alterskliniken entstehen. Im letzten Herbst wurde als erstes das St. Andrew’s Community Hospital eröffnet, geführt von einem christlichen Wohlfahrtsverband. Das 200-Betten-Haus ist über eine Brücke direkt mit der berühmten Changi-Klinik verbunden, von der es auch seine Patienten bekommt. Wenn die im Durchschnitt 75 Jahre alten Kranken ihre Akutversorgung hinter sich haben, bereitet St. Andrew’s sie auf die Rückkehr nach Hause vor. Die Altersklinik, in Singapur „Gemeindehospital“ genannt, bietet keine Maximalversorgung, aber immerhin einen kurzen Weg dorthin. Bei Bedarf können Patienten auch von einem Spezialisten von Changi weiterbehandelt werden. Beide Häuser teilen sich Radiologie, Labor und Service. Die Alterskliniken werden zu 45 Prozent vom Staat finanziert. Die Gesellschaft des indochinesischen Stadtstaats gehört zu den am schnellsten alternenden in Asien.

Israel: Kassen übernehmen Kinderheilkunde

Die israelische Regierung will die vorwiegend staatliche Gesundheitsversorgung von Kindern ganz in die Hände der privatrechtlichen „health plans“ legen, Krankenkassen mit fest eingebundenen Anbietern. So sollen Doppelungen in der Versorgung vermieden und das Finanzdefizit verringert werden. Bisher werden 64 Prozent der Kinder in staatlichen Familiengesundheitszentren betreut, 20 Prozent in Zentren der Krankenkassen und 16 Prozent in kommunalen Einrichtungen. Die Kassenzentren finanzieren sich aus Gebühren und bekommen nur für Impfungen staatliche Gelder.

In einem Pilotprogramm in neun Städten und 30 ländlichen Siedlungen sollen die Krankenkassen Kinderversorgung und Primärprävention ganz übernehmen. Finanzieren sollen sie dies mit staatlichen Zuschüssen, deren Höhe von der Erreichung bestimmter Standards abhängt: bei der Impfquote, Hör- und Sehtests, Hausbesuchen, Mütterberatung und Screening von Schulkindern. Außerdem zahlt der Staat einen Grundbetrag pro betreutes Kind: 179 Euro für ein Kleinkind, 8 Euro für ein Schulkind.

Nicht alle Experten sind sicher, dass die kurativ orientierten „health plans“ die gegenwärtig hohen Standards erreichen werden. Zurzeit sind zwischen 90 und 92 Prozent der Kinder gegen Diphtherie-Keuchhusten-Tetanus, Kinderlähmung, Masern-Mumps-Röteln und Hepatitis A und B geimpft. Besonders in anfälligen Teilen der Bevölkerung könnten diese Raten zurückgehen. Zweifel herrschen auch, was die Qualifikation der Mitarbeiter etwa für die Mütterberatung angeht. Bisher beschäftigen die Kassen vor allem Krankenhauspersonal.

Finnland: Rent-A-Doctor

Finnlands Gemeinden leihen von privaten Leasing-Firmen Ärzte aus. Während die Personalverleiher anfangs nur für Wochenend- und Nachtdienste herangezogen wurden, stellen sie neuerdings auch Personal für die normalen Praxisstunden. Den Medizinern bieten die Firmen bessere Gehälter und flexiblere Arbeitszeiten, als es die kommunalen Arbeitgeber können. In Finnland ist die gesundheitliche Primärversorgung Angelegenheit der Gemeinden: Sie unterhalten dafür landesweit 249 Gesundheitszentren. Ärztemangel macht es den Kommunen aber seit den 90er Jahren schwer, Personal zu rekrutieren. Deshalb kommen auch Studenten höherer Semester zum Einsatz. In der Region Kainuu im Norden des Landes muss schon jedes vierte Gesundheitszentrum ohne einen Arzt auskommen.

Der Umsatz der spezialisierten Personalfirmen macht schon jetzt etwa 6 bis 8 Prozent der kommunalen Gesundheitskosten aus. Das Modell ist so erfolgreich, dass erste Städte damit beginnen, ihre kompletten Gesundheitszentren outsource. In der Stadt Lahti etwa wird das gesamte Personal inzwischen von einer solchen Firma gestellt. Die Leasing-Firmen, meist selbst im Eigentum von finnischen Ärzten, sind bei Medizinern beliebt. Schon 2004 waren fünf Prozent der Ärzte, meist die jüngeren, bei Leasing-Firmen angestellt. In kommunalen Kreisen gehen die Auffassungen auseinander: Einerseits helfen die Firmen den Gemeinden aus der Klemme, andererseits treiben sie die Arbeitskosten in die Höhe. Vor allem die konservativen Parteien nutzen die Entwicklung, Möglichkeiten zur Privatisierung des Gesundheitssektors auszuloten.

Frankreich: Patienten für, Ärzte gegen Reform

Umstritten ist eine 2005 gestartete Maßnahme der französischen Regierung zur besseren Abstimmung der Versorgung. Danach sollen Patienten – auf freiwilliger Basis – vertraglich fest bei einem Hausarzt andocken und bei der Inanspruchnahme von Leistungen mit finanziellen Anreizen gelenkt werden. Niedergelassene Ärzte werden mit Fallpauschalen vergütet.

Das neue System soll mehr Rationalität in die Gesundheitsversorgung bringen. Trotz erster Spareffekte gingen die Wogen rasch hoch. Etliche Facharztgruppen, darunter die Internisten, klagten Ersatz für ihre Verluste ein und erreichten, dass ihre Vergütungen kräftig angehoben wurden – was die Gesundheitsversorgung erst einmal um jährlich mehr als 32 Millionen Euro verteuerte. Auch unter Allgemeinärzten ist das System nicht sehr populär: Viele fürchten, dass sich das Zusammenspiel zwischen den Anbietern im Gesundheitswesen verkomplizieren, unterm Strich aber nicht verbessern werde. Die Pharmaindustrie schließlich kritisiert ein Abkommen zwischen Kassen und Ärzten über weniger Verschreibungen. Nur die Versicherten machen mit: 77 Prozent haben bei einem Hausarzt unterschrieben – meistens, weil sie glaubten, das sei Pflicht. Tatsächlich werden Patienten ohne Hausarztvertrag damit bestraft, dass sie nur 60 statt 70 Prozent ihrer Rechnung von der Kasse vergütet bekommen.

Experten kritisieren das umständliche Bezahlungssystem mit seinen Strafzahlungen und Rückvergütungen und dass Nachbehandlungen, außer bei chronisch Kranken, gar nicht vergütet werden.

Wie funktioniert Gesundheitspolitik in anderen Ländern und warum?

Grundlegende strukturelle Reformen nationaler Gesundheitssysteme sind ein langwieriger und komplexer Prozess: von der Diskussion darüber, was mit welchem Ziel verbesserungsfähig ist, über die eigentliche Reformidee bis hin zur ihrer tatsächlichen Umsetzung und der sich anschließenden Evaluation. Diesen prozesshaften Charakter von Gesundheitsreformen zu verfolgen, ist eine der grundlegenden Intentionen der Buchreihe „Gesundheitspolitik in Industrieländern“.

Die umfassende Doppelausgabe „Gesundheitspolitik in Industrieländern 7/8“ betrachtet internationale gesundheitspolitische Entwicklungen in 20 Industrieländern von Herbst 2005 bis Herbst 2006.

Im Mittelpunkt stehen Prävention, Gesundheit im Alter sowie neue Berufe für neue Bedarfe. Anhand der Reformen in den Niederlanden, Österreich, England und Finnland untersucht diese Ausgabe zudem, ob es einen Trend hin zur Angleichung von staats- und sozialversicherungsfinanzierten Systemen gibt.

„Gesundheitspolitik in Industrieländern“ erscheint halbjährlich und ist auch in englischer Sprache erhältlich.

Ausgabe 7/8 kann ab Sommer 2007 für ca. 24 Euro bestellt werden unter: www.bertelsmann-stiftung.de/verlag



Reinhard Busse, Sophia Schlette (Hrsg.) (2007). Gesundheitspolitik in Industrieländern. Ausgabe 7/8. Im Blickpunkt: Prävention, Gesundheit im Alter, neue Berufe für neue Bedarfe. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung. (ISBN 978-3-89204-961-6)

Bertelsmann Stiftung

Themenfeld Gesundheit

Carl-Bertelsmann-Str. 256
33311 Gütersloh
www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich

Robert Amhof
Sophia Schlette

Redaktion

Robert Amhof
Kerstin Blum
Norbert Mappes-Niediek

Kontakt

Heike Clostermeyer
Tel.: (05241) 81-8 13 81
Fax: (05241) 81-68 13 81
heike.clostermeyer@bertelsmann.de