

KRANKENKASSEN SCHLAGEN NEUE WEGE EIN: So wollen sie Kosten senken und gegen Wettbewerber bestehen

Private suchen eine neue Rolle

RITA LANSCH | BERLIN

Nach der Reform ist vor der Reform – das gilt nirgendwo mehr als im Gesundheitswesen. Um dem Dunst der politischen Versuchsküche praxistaugliche Rezepte entgegenzusetzen, starten viele Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV) inzwischen eigene Reformversuche. Vom reinen Kostenerstatter wollen sie sich zum Gesundheitsmanager wandeln. Das Ziel: Ausgaben senken, Wettbewerbsvorteile gewinnen.

Im Gegensatz zu den gesetzlichen Kassen dürfen die Privaten keine Ärzte unter Vertrag nehmen; ihr Vertragspartner ist der Kunde. Sie haben also weniger Einfluss auf das medizinische Angebot und seine Kosten. Dennoch wollen die rund 50 PKV-Unternehmen nicht bloß zuschauen und zahlen. Schließlich haben sich ihre Aufwendungen in den vergangenen zehn Jahren auf mehr als 28 Mrd. Euro verdoppelt. Die Beitragseinnahmen wuchsen aber „nur“ um zwei Drittel auf rund 25 Mrd. Euro. Die Differenz finanzieren die Versicherer, indem sie die Beitragsgelder am Kapitalmarkt anlegen. Die Rendite ist aber seit der Aktienkrise vor vier Jahren und angesichts anhaltend niedriger Zinsen gesunken. Deshalb schnallen auch die Privaten den Gürtel enger.

Modellversuche am Markt

Ein Instrument, Kosten zu senken, ist das Gesundheitsmanagement, das bei der Beratung der Kunden ansetzt. Vorbeugung soll verhindern, dass Versicherte überhaupt zu Patienten werden. Seit etwa drei Jahren wimmelt es im Markt vor Modellversuchen, doch ob die Rechnung aufgeht, ist fraglich: „Die allgemeinen Gesundheitsprogramme der Versicherer, wie es sie etwa für Diabetiker gibt, helfen auf Dauer wenig, weil die Patienten nach einer Weile wieder ihren ungesunden Gewohnheiten verfallen“, sagt Branchenexperte Reiner Will von der auf Versicherungen spezialisierten Ratingagentur Assekurata.

Wirkliche Einsparungen liefern hingegen vor allem das Einzelfallmanagement. Hier werden Patienten mit besonders kostenträchtigen Erkrankungen gezielt betreut, um etwa Klinikaufenthalte zu verkürzen.

Die größte private Krankenversicherung **Debeka** hat zudem gute Erfahrungen mit der Prüfung von Hilfsmitteln gemacht. Ziel ist, bei teuren Hilfsmitteln wie computergesteuerten Kniegelenken oder Atemmonitoren den preiswertesten Anbieter zum Zuge kommen zu lassen. „Damit können teilweise erhebliche Einsparungen erzielt werden“, sagt Debeka-Vorstand Herbert Grohe.

Es ist allerdings nicht allein damit getan, kurzfristig Kosten zu senken. So versucht die Debeka zusammen



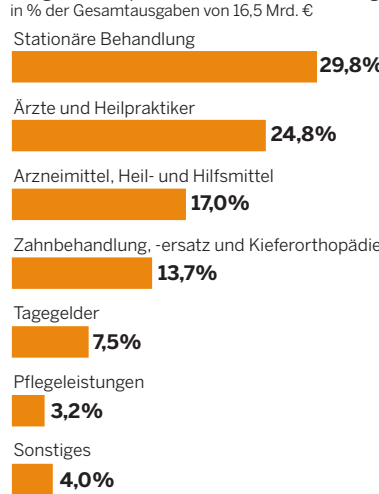
Rückenschule: Die Kassen setzen auf Vorbeugung, um Versicherte gar nicht erst zu Patienten werden zu lassen.

mit der Berliner Charité, einer neuen Behandlungsform von Krebserkrankungen zum Durchbruch zu verhelfen – der Nanotherapie. Dabei werden winzige Partikel in das Tumorgebiet gespritzt und dann mit einem Magnetfeld erwärmt. Der Tumor bekommt dadurch künstliches Fieber und stirbt. Die Behandlung ist nicht teurer als herkömmliche Therapien, hat aber weniger Nebenwirkungen. Hier gehe es darum, bei nahezu gleichen Kosten eine neue Therapieform voranzubringen, sagt Grohe.

Die Versicherer setzen im Gesundheitsmanagement durchweg bei der Beratung des Kunden an. Das nehmen die Ärzte natürlich nicht kritiklos hin: „Warum sollten wir uns in Diagnose und Therapie reinreden laschenexperte Reiner Will von der auf Versicherungen spezialisierten Ratingagentur Assekurata.“

Hohe Kosten

Ausgaben der privaten Krankenversicherung in % der Gesamtausgaben von 16,5 Mrd. €



Handelsblatt | Stand: 2005; Quelle: PKV-Jahrbuch

„fragt ein Zahnarzt stellvertretend für viele Kollegen. „Die Ärzte sehen in unserem Eingreifen häufig nur den Versuch der Versicherung zu sparen“, bestätigt ein Versicherungsmanager. Dabei liege die Beratung im Interesse der Patienten. „Wir müssen den Kunden langfristig mehr bieten als nur Krankenversicherungsschutz“, sagt Grohe, „auch aus Wettbewerbsgründen.“

Jede Privatkasse, die etwas auf sich hält, betreibt inzwischen zumindest eine Medizin-Hotline. Die informiert etwa chronisch Kranke über den geeigneten Umgang mit ihrer Krankheit oder empfiehlt Spezialisten in der Nähe zum Wohnort. „Das kommt sehr gut an“, bestätigt Jochen Messmer vom Vorstand der Deutschen Krankenversicherung **DKV**. Der zweitgrößte Anbieter von privatem Krankenschutz gilt neben der **Axa** Krankenversicherung als Vorreiter des Gesundheitsmanagements. Die Kölner schwören nicht nur auf ein Programm zur Rechnungsprüfung, sondern betreiben auch den eigenen Pflegedienst „Micura“.

Das Know-how der DKV auf dem Gesundheitssektor ist für den Mutterkonzern **Münchener Rück** zu einem echten Exportschlager geworden. So hat der Konzern kürzlich den Zuschlag für den Aufbau des Krankenversicherungssystems in Dubai bekommen. „Das Gesundheitswesen ist für uns ein Wachstumsmarkt“, sagt Konzernchef Nikolaus von Bomhard. In der Heimat besitzt die DKV zudem als einziger Versicherer ein eigenes Gesundheitszentrum: „Gomedus“, mit sechs Ärzten verschiedener Fach-

richtungen. 2003 hat die DKV das Haus mitten in der Kölner City gebaut. Die medizintechnischen Geräte gehören dem Versicherer. Der Vorteil für die Mediziner: Sie zahlen für die Nutzung nur eine Art Gebühr. Die Ärzte sind also nicht gezwungen, die Geräte auch dann einzusetzen, wenn es medizinisch nicht erforderlich ist – nur um die hohen Anschaffungskosten wieder hereinzuholen.

Die Barmer arbeitet derzeit an einem neuen Pilotprojekt. In Berlin, wo 1998 das Fallmanagement im Krankenhaus erstmals erprobt wurde, will man integrierte Versorgungskonzepte für Schwerkranke starten. Das Ziel auch hier: Durch eine bessere Koordinierung von Betreuung und Therapie soll den Patienten eine Verschlimmerung ihrer Krankheit und der gesetzlichen Krankenversicherung überflüssige Ausgaben erspart werden.

Keine Steuerzuschüsse für versicherte Kinder

BERLIN. Auch beim zweiten Treffen im Kanzleramt haben sich die Spitzenvertreter der Koalition am Mittwoch nicht auf mögliche Inhalte der Gesundheitsreform festgelegt. Jedoch zeichnet sich immer stärker ab, dass Forderungen aus der Union, die Krankenversicherung der Kinder in Zukunft aus Steuern zu finanzieren, kaum noch Chancen eingeräumt werden. Die Kosten für die Kinderversicherung von rund 14 Mrd. Euro seien im Bundeshaushalt nicht zu stemmen, Steuererhöhungen über die schon beschlossene Anhebung der Mehrwertsteuer zum 1. Januar 2007 hinaus nicht vermittelbar, hieß es in Koalitionskreisen.

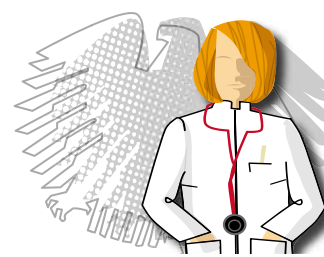
Vor allem in der SPD wird zudem befürchtet, dass die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) durch eine steuerfinanzierte Kinderversicherung ihren letzten Wettbewerbsvorteil gegenüber der privaten Krankenversicherung (PKV) verlieren. Bislang entscheiden sich viele Besserverdiener vor allem deshalb für die GKV, weil ihre Kinder dort schon heute beitragsfrei mitversichert werden. In der PKV müssen sie dagegen für jedes Kind einen eigenen Beitrag zahlen. Diese Notwendigkeit würde entfallen, da eine steuerfinanzierte Kinderversicherung aus verfassungsrechtlichen Gründen auch den Kindern von Privatpatienten zugute kommen müsste. Damit hätten Besserverdienende keinen Grund mehr, in der GKV zu bleiben.

Die Koalitionsumgebung, an der erstmals neben Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) auch die Fachpolitiker Unionsfraktionsvize Wolfgang Zöllner (CSU) und die stellvertretende SPD-Fraktionsvorsitzende Elke Ferner teilnahmen, verständigte sich gestern auf die Einrichtung einer Arbeitsgruppe. Sie soll unter Schmidts Leitung nach Ostern ihre Arbeit aufnehmen und bis Anfang Juli Eckpunkte für eine Reform beschließen. Anschließend soll das Gesundheitsministerium während der parlamentarischen Sommerpause ein Gesetzentwurf erarbeiten. Damit sind die entscheidenden Verhandlungen über die Details der Reform nun erst für September zu erwarten.

Neben Schmidt sollen der Arbeitsgruppe auf Seiten der SPD Fraktionsvize Elke Ferner, die gesundheitspolitische Sprecherin Carola Reimann und die Sozialministerin von Rheinland-Pfalz Malu Dreyer angehören. Unklar war bei Redaktionsschluss noch, ob auch des SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach mitarbeiten wird. Er hatte die SPD-Spitze mehrfach mit kritischen Interviewäußerungen verärgert.

Die Unionsseite wird in jedem Fall durch Wolfgang Zöllner und die Gesundheitsexpertin der Unionsfraktion, Annette Widmann-Mauz (CDU), vertreten sein. Insgesamt will die CSU zwei, die CDU drei Vertreter in die Arbeitsgruppe entsenden. Unklar war am Abend noch, ob auch der ehemalige Gesundheitsminister und amtierende Verbraucherminister Horst Seehofer für die CSU Mitglied der Arbeitsgruppe wird. *pt*

SERIE



Zwischen Markt und Plan – die stille Revolution im Gesundheitswesen

Das Handelsblatt beleuchtet in einer Serie die neuesten Trends im Medizin-Sektor.

- 23.03. Kliniken im Umbruch
- 28.03. Medizinische Versorgungszentren
- 30.03. Ärzte als Unternehmer
- 04.04. Der Wellness-Boom
- 06.04. Kassen auf dem Weg zu Gesundheitsmanagern?
- 11.04. IT im Gesundheitswesen
- 13.04. Private Versicherer vor der Bewährungsprobe
- 18.04. Renaissance der Reha-Kliniken
- 20.04. Pillen übers Internet
- 25.04. Pharma im Wandel

Mit Therapieprogrammen und Klinikmanagement Kosten sparen

Die gesetzlichen Kassen suchen nach Wegen zu mehr Qualität für weniger Geld

PETER THELEN | BERLIN

Als die Barmer 2000 bei 500 Krankenhäusern ein Gesundheitsmanagement einführte, gehörte sie noch zu den Pionieren unter den 250 gesetzlichen Kassen. Seither versuchen nahezu alle Kassen durch Controlling und besondere Betreuungsangebote die Qualität der Therapie zu verbessern, überflüssige Behandlungen zu vermeiden – und Geld zu sparen.

Auch die Politik hat das Thema entdeckt und 2002 Behandlungsprogramme für chronisch Kranke eingeführt.

Sie reagiert damit auf wachsende Kritik an einem Nebeneinander von Unter-, Über- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitssystem. Dieses war dadurch entstanden, dass die gesetzlichen Kassen zwar anders als die Privatversicherungen schon immer über Verträge mit Ärzten und Krankenhäusern Einfluss auf die Preise nehmen konnten. Tatsächlich hatten sie aber keine Kontrolle über Qualität und Effizienz der Behandlung.

Als die Barmer ihr Krankenhausmanagement eingeführt habe, berichtet der Leiter der Abteilung für Gesundheitsmanagement Christian Graf, sei es darum gegangen, zu verhindern, dass Patienten zu lange im Krankenhaus liegen oder durch eine

Anschlussheilbehandlung sicher zu stellen, dass der Herzinfarkt nicht zu dauerhafter, für die Kassen teurer Arbeitsunfähigkeit führt. Inzwischen gibt es ein neues Vergütungssystem.

Statt eines Tagessatzes erhalten die Kliniken ein Pauschalhonorar für jeden Krankheitsfall. Damit ist es für sie interessant, Patienten so schnell wie möglich zu entlassen oder sogar gezielt nach einer Behandlung nach Hause zu schicken, um sie später erneut aufzunehmen. Durch solche Wiedereinweisungen wird die Fallzahl in die Höhe getrieben und damit die Krankenhausausgaben. Also liege das Augenmerk der Versorgungskoorinatoren nun darauf, „solche teuren und für den Patienten nicht sinnvollen Drehtüreffekte zu vermeiden“, berichtet Graf. Speziell ausgebildete

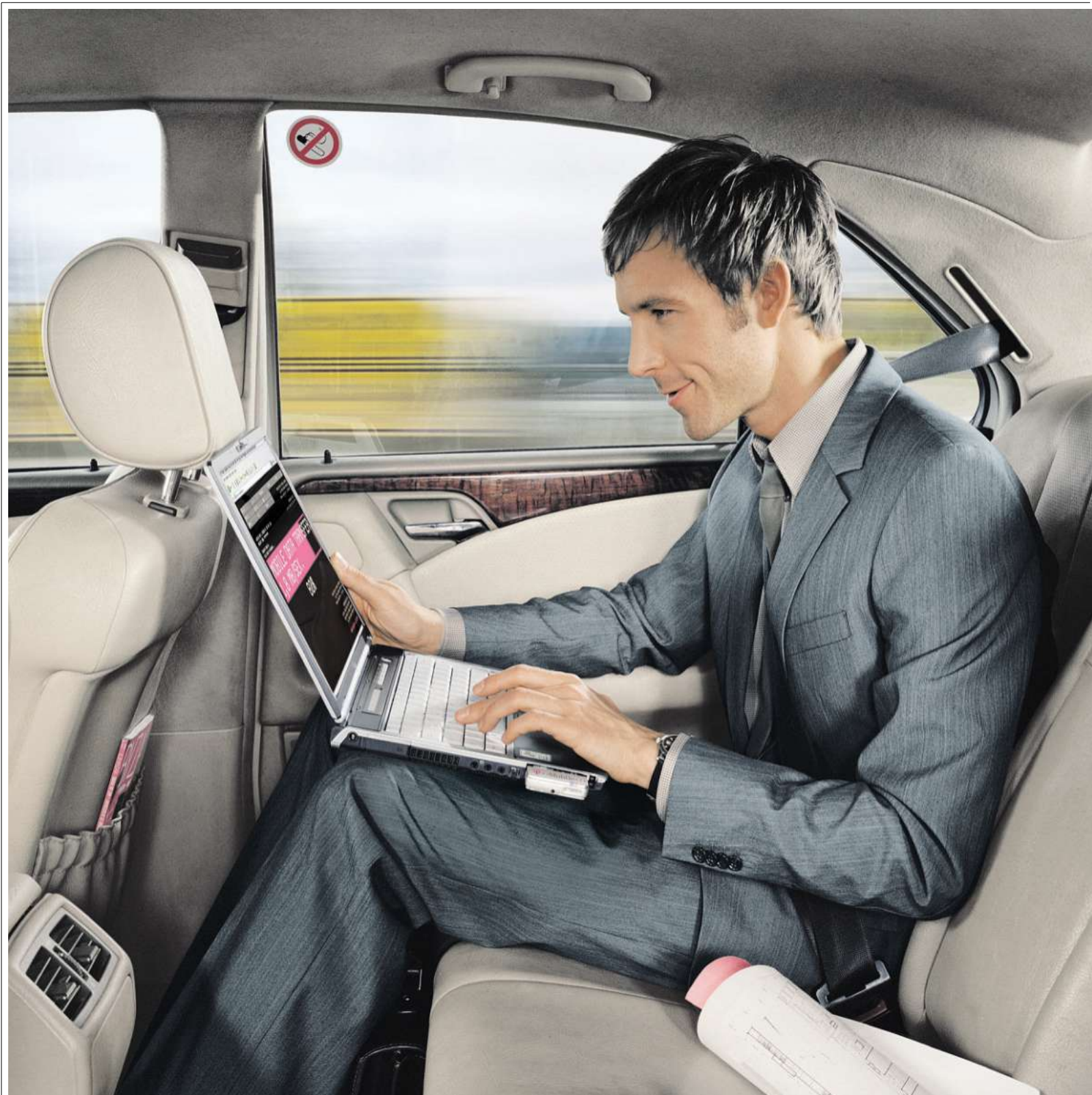
Koordinatoren kümmern sich längst auch um andere Leistungsbereiche. So interveniert die Barmer, wenn sich bei Patienten die Krankmeldungen häufen oder lange Krankengeld bezogen wird. Auch andere Kassen managen die Versorgung mit Hilfsmitteln wie Rollstühlen oder versuchen durch eine Optimierung der häuslichen Pflege zu verhindern, dass Zocker- oder Herzranke immer wieder als Notfall im Krankenhaus landen.

Die Betriebskrankenkassen schlossen soeben ein dreijähriges Projekt zu

einem softwaregestützten Fallmanagement ab. Dabei wurden unter anderem bei der BKK-Hoesch Versicherte mit einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 21 Tagen herausgesucht. Ein Teil wurde betreut. Dort war nach einem halben Jahr der Krankenstand deutlich gesunken, während er in der Kontrollgruppe ohne Betreuung annähernd gleich blieb. Durch ein softwaregestütztes Fallmanagement, so das Fazit des BKK-Experten Jens Glaser, „können die Aufwendungen um bis zu zehn Prozent reduziert werden.“

Weniger Kosten durch bessere Therapie ist auch das Ziel der Disease-Management-Programme (DMP), die Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) 2002 für alle Kassen eingeführt hat. Inzwischen gibt es solche Programme, bei denen die Ärzte bestimmte Therapiestandards einhalten müssen, für fünf Volkskrankheiten, zwei Millionen Patienten sind eingeschrieben. Die Kassen sollen allein dadurch bis 2010 fünf Mrd. Euro sparen.

Die Barmer arbeitet derzeit an einem neuen Pilotprojekt. In Berlin, wo 1998 das Fallmanagement im Krankenhaus erstmals erprobt wurde, will man integrierte Versorgungskonzepte für Schwerkranke starten. Das Ziel auch hier: Durch eine bessere Koordinierung von Betreuung und Therapie soll den Patienten eine Verschlimmerung ihrer Krankheit und der gesetzlichen Krankenversicherung überflüssige Ausgaben erspart werden.



Einfach schneller. Die neue web'n'walk Card.

Jetzt unterwegs mit Highspeed ins Internet.*

- Mit einer Übertragungsrate von bis zu 1,8 MBit/s.
- Automatisch die schnellste verfügbare T-Mobile Verbindung.

Infos unter Kurzwahl 2828, www.t-mobile.de/business, im T-Punkt und beim T-Partner Business. Besuchen Sie uns auf der CeBIT: Halle 26, Stand A01.



*Highspeed (= HSDPA, Highspeed Download Packet Access) ist bereits in vielen Gebieten verfügbar. Weitere Infos zu den Konditionen und der jeweiligen Verfügbarkeit erhalten Sie unter www.t-mobile.de

