Prof. Dr. Norbert Klusen

Versorgungsmanagement der Krankenversicherung: Auf dem Weg zum lernenden System

Abstract

Das deutsche Gesundheitswesen ist ein leistungsstarkes und lernfähiges System, in dem Rabatt- und Direktverträge derzeit zu den wichtigsten Wettbewerbsoptionen einer Krankenkasse gehören, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern und mit Hilfe wissenschaftlicher Begleitstudien Transparenz zu schaffen. Denn über Versorgungsmanagement als sinnvolles Konzept kann letztendlich nur im Wettbewerb und nicht über staatliche Vorgaben und Regulation entschieden werden. Auch der Blick über die niederländische Grenze zeigt, dass empirische Daten gesundheitspolitische Entscheidungen besser steuern können als ideologisch gefärbte Annahmen in einem Gesundheitsbereich, der konsequent die Idee des regulierten Wettbewerbs verfolgt und so in der Lage ist, schneller zu lernen als die Systeme der Nachbarländer.

Keywords

Selektivvertrag, Rabattvertrag, lernendes System, niederländisches Gesundheitswesen

Ein lernendes System ist ein System des Wandels. Ein System, dem es gelingt, sich den ständig ändernden Erfordernissen des Umfeldes anzupassen, das Fehler als Möglichkeit zur Verbesserung begreift, offen ist für Innovationen und auf Grundlage evidenzbasierter Daten in der Lage ist, Probleme eigenständig zu lösen. Mechanismen, die entsprechende Lernprozesse unterstützen, sind:

- eine gemeinsame Vision und Vertrauensbasis,
- eine Innovationskultur, die Veränderungsbereitschaft fördert,
- ein Anreizsystem, das Veränderungen unterstützt, wie z. B. der Wettbewerb oder Wettbewerbselemente,
- ein Evaluations- und Informationssystem, das kontinuierliche Lernimpulse setzt, und
- die Bereitschaft zur Aufgabe der „Selbstbezogenheit“,
- der Abgleich mit den Bedarfen und Bedürfnissen der Systemmitglieder und der Blick über die Grenzen.

Der Vorteil eines solchen Systems liegt in seiner Anpassungsfähigkeit: es wird ein fortlaufender Suchprozess initiiert, so dass eine lernende, sich selbst verbessernde Einheit entstehen kann [Senge 1994].

>> Auch das deutsche Gesundheitswesen hat die Chance, sich zu solch einem sich selbst regulierenden System zu entwickeln. Auf Finanzierungsseite dominieren mit der Vorgabe eines Gesundheitsfonds, eines einheitlichen Beitragssatzes und des morbididtätsorientierten Risikostrukturausgleichs zwar noch die zentralistischen Elemente gesetzlicher Feinregulierung, auf Leistungsseite wurden dagegen mit Einführung des Kassenwettbewerbs 1996 und nach dem Abschluss von Direktverträgen in den letzten Jahren - über die Möglichkeiten der Modellvorhaben nach §§ 63-65 SGB V, die Verträge zur integrierten Versorgung (IGV) nach § 140 a-d SGB V, die Rabattverträge nach § 130a Abs.8 SGB V, die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137 g SGB V und die Errichtung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nach § 95 SGB V - Vorfahrt gewährt wurde, die Wettbewerbsschranken weiter geöffnet als jemals zuvor.

Wahltarife, Direkt- und Rabattverträge gehören zu den interessantesten Wettbewerbsoptionen einer Krankenkasse, sich durch die Verbesserung von Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit der Versorgung von Mitkonkurrenten zu differenzieren. Langfristig sind diese Verträge eine wichtige Voraussetzung, um sich den demographischen Herausforderungen und denen des medizinisch-technischen Fortschritts der Zukunft stellen zu können. Denn selbst wenn es dem Staat gelingen sollte, auf Einnahmeseite eine noch gerechtere Finanzierung des Gesundheitssystems in Deutschland zu erreichen, bleibt davon die ungebremste Kostendynamik in der GKV auf Ausgabenseite unberührt.

Ausgabenentwicklung

Aufgrund bisheriger Trends und aktueller Entwicklungen ist nicht zu erwarten, dass die Ausgabensteigerungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mittelfristig abnehmen werden. So ist diese Kostendynamik in allen großen medizinischen Versorgungsbereichen seit Jahren ungebrochen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes stiegen die Ausgaben zwischen den Jahren 2004 - 2008 für den Krankenhausbereich um 10,5 Prozent, für Arzthonorare um 12,7 Prozent und für Arzneimittel um 33,6 Prozent. Gründe hierfür sind, neben den Bedürfnissen einer alternden Bevölkerung und den zunehmenden Behandlungs- und Untersuchungsmöglichkeiten, das Fehlen sektorübergreifender Versorgungsangebote und gezielter Anreize für Anbieter, die Gesundheitsversorgung effizient und in einem guten Preis-Leistungs-Verhältnis zu erbringen. Kostentreibend sind ebenso die immer noch vorhandenen Überkapazitäten und im internationalen Vergleich langen Verweildauern im Krankenhaus, eine hohe Arzt-Kontakt-Rate (laut GEK-Arzneimittelreport 2009 besucht jeder Deutsche 18 mal im Jahr einen Arzt) und vor allem stark wachsende Arzneimittelausgaben, nicht nur durch die kontinuierliche Zunahme der Verordnungen, sondern insbesondere durch den Wechsel des Verordnungsverhaltens hin zu teureren Arzneimitteln und Darreichungsformen [Paffrath/Schwabe 2009]. 2008 ist der Umsatz innovativer, patentgeschützter Arzneimittel um fast 18 Prozent gestiegen (im Vergleich zu +5,3 Prozent der gesamten Arzneimittelausgaben). Teure und neue Spezialpräparate aus den Bereichen Onkologie, Transplantations- und Reproduktionsmedizin sowie HIV-Präparate machen bei einem Verordnungsanteil von zwei Prozent einen Umsatz von 26 Prozent des Fertigarzneimittelmarktes aus. Allerdings weisen nicht alle als Innovation angebotenen Medikamente einen die Mehrkosten rechtfertigenden erkennbaren Zusatznutzen aus. Nach Aussagen des Arzneimittelverordnungsreports handelt es sich bei knapp 45 Prozent der seit 1986 neu zugelassenen Wirkstoffe lediglich um Analogwirkstoffe ohne relevanten Zusatznutzen für die Patienten. Fundament für eine faire Preisbildung wäre also eine schnelle Nutzenbewertung wie beispielsweise in Frankreich (Drei-Monats-Frist), die allerdings bis heute in Deutschland zum Zeitpunkt der Markteinführung noch fehlt. Stattdessen unterliegt die Einführung patentgeschützter Arzneimittel keiner direkten Preisbeschränkung. Deutschland fungiert als Referenzpreisland für andere Staaten. Darüber hinaus fehlt ein Preiswettbewerb im Apothekenmarkt.

Vor diesem Hintergrund und auf dem Weg zum lernenden System gewinnen Vertragsoptionen wie die Möglichkeit zum Abschluss von Rabatt- und Direktverträgen zunehmend an Bedeutung. Sie sind es, die im Wettbewerb zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung beitragen, die Innovationen fördern, Bewegung in verkrustete Strukturen bringen und mit Hilfe wissenschaftlicher Begleitstudien

Transparenz schaffen. Erkenntnisse aus diesen Verträgen verändern die Versorgungswirklichkeit.

Selektivverträge der TK

Die Techniker Krankenkasse (TK) hat - nach ersten Erfahrungen mit Einzelverträgen bereits vor zehn Jahren in den Praxisnetzen der TK und BKK in Berlin und München - bis zum Jahr 2008 über 320 Integrierte Gesundheitsversorgungs-Verträge im gesamten Bundesgebiet erprobt. Versorgungsnetze zur Behandlung von Herz-, Krebs-, psychischen und orthopädischen Erkrankungen entstanden neben telemedizinischen Versorgungsprogrammen für chronische Herz- und Asthmaerkrankungen und neben medizinischen Versorgungszentren zur fachübergreifenden Behandlung der Versicherten. Kontinuierlich werden die Vorhaben evaluiert und in Hinblick auf Qualitätsverbesserungen und Kosteneffizienz bewertet. 10 Prozent der Verträge sind Anfang 2009 aufgrund fehlender Effektivität und Effizienz gekündigt worden, weitere Verträge mussten an die veränderten Rahmenbedingungen angepasst werden. 80 Prozent der integrierten Gesundheitsversorgungs-Verträge der TK haben Ende 2008 ein positives Ergebnis in der Bewertung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses ausgewiesen und werden kontinuierlich weiterentwickelt [vgl. Klusen 2010]. Dabei besteht die Option, Selektivverträge zu schließen, im Krankenhausbereich nur unzureichend, weil der Gesetzgeber es bisher versäumt hat, im größten Ausgabenblock der GKV wettbewerbliche Vertragsstrukturen einzuführen.

Da es in Deutschland nur schwer gelingt, die Vergütung für alle Leistungserbringer abzusenken, um anschließend gute Qualität angemessen zu vergüten (interessante Ansätze entstehen erst langsam in der Diskussion über Pay-for-Performance-Lösungen), handelt es sich bei den meisten Integrierten Versorgungsmodellen um Add-on-Verträge, die hohe Anfangskosten generieren und - wenn überhaupt - finanzielle Erfolge nur langfristig belegen können. Neben Sparmodellen handelt es sich also um Innovationsmodelle als wichtiger Motor für den medizinischen Fortschritt.

Entscheidende Voraussetzung für den Erfolg der Verträge ist aus Sicht der TK die Transparenz über die Qualität und Wirtschaftlichkeit der „neuen" Versorgung und die Implementierung vernünftiger Win-Win-Win-Strukturen für alle Beteiligten. Nur wenn die Patienten, Leistungserbringer und Kassen vom Mehrwert neuer Versorgungsmodelle überzeugt sind, werden diese akzeptiert und unterstützt. Bemerkenswert ist, dass selbst junge und gesunde Versicherte mehr Wert auf eine hohe Behandlungsqualität legen statt auf einen niedrigen Preis [Cassel, Nihalani, 2009]. Selbst die Anzahl der Ärzte, mit denen die Kassen Verträge abschließen, ist für die Akzeptanz der Versicherten nicht entscheidend, wenn die Versorgungsqualität stimmt. Interessant ist ebenfalls, dass der Abschluss von Direktverträgen nicht auf Deutschland begrenzt bleibt. Europa wächst in atemberaubender Geschwindigkeit zusammen. Deshalb hat die TK bereits mit mehr als 80 Kliniken in Belgien, Italien, den Niederlanden und Österreich grenzübergreifende Vereinbarungen geschlossen, um den Versicherten eine qualitativ hochwertige und unbürokratische EU-Auslandsversorgung zu gewährleisten. Die TK-Europastudie 2009 zeigt, dass 40 Prozent der Gesundheitsleistungen, die im EU-Ausland in Anspruch genommen werden, gezielt geplant sind. Der an Gesundheit interessierte Kunde wird mobil und gibt sich mit Einheits- oder Standardlösungen nicht mehr zufrieden. Auch hier gilt, dass das lernende System sich den Bedarfen der Versicherten anpasst. Nicht staatliche Regularien, sondern der Mehrwert eines Vertragsmodells für die Versicherten entscheidet letztendlich darüber, ob es angenommen wird oder nicht.

Rabattverträge

Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V können und wollen Kosten-Nutzen-Bewertungen nicht ersetzen. Sie dienen dazu, mehr Wettbewerb in den Arzneimittelbereich zu bringen und eine kostengünstige Arzneimittelversorgung zu ermöglichen. Langfristig geht es um mehr als Rabatte: um neue Kooperationsmodelle.

Die Erfahrungen der TK mit Generika-Rabattverträgen sind positiv. Mit einer Kombination aus Festbeträgen und Rabattverträgen ist es gelungen, die Ausgabenentwicklung zu begrenzen. In 2010 wird allein die TK Kosten in Höhe von 100 Millionen Euro einsparen. Die AOK-Gemeinschaft hat angekündigt, im Jahre 2010 ein Einsparvolumen in Höhe von 520 Millionen Euro zu realisieren. Das Geld soll in die Verbesserung der medizinischen Versorgung der Versicherten und die Vermeidung von Zusatzbeiträgen investiert werden. Ab April 2010 gelten für 89 Wirkstoffe neue und weiterentwickelte TK-Rabattverträge mit verschiedenen Arzneimittelherstellern. Dabei konnte sichergestellt werden, dass die therapeutische Qualität und Sicherheit der Medikamente unverändert hoch bleibt. Versicherte müssen für diese Art der Kosteneinsparung keinerlei qualitative Abstriche in der Arzneimittelversorgung befürchten.

Nachhaltige Rabattverträge gehen dabei über reine Rabattzahlungen hinaus. Es werden Inhalte für Kooperationen entwickelt, die wie bei den Selektivverträgen einen Vorteil für alle Beteiligten ermöglichen [Verheyen et al., 2009]. Die Hersteller profitieren von einer Gewinnoptimierung, während die Krankenkassen wirtschaftliche Vorteile erzielen, Versicherte geringere Zuzahlungen leisten müssen und Ärzte Vorteile bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung erhalten. Rabattverträge bieten darüber hinaus den Einstieg in ein umfangreiches Versorgungsmanagement im Arzneimittelbereich. Erfahrungen aus den USA zeigen, dass solch übergreifende Versorgungsansätze zu Qualitätsverbesserungen führen und gleichzeitig pharmako-ökonomische Instrumente (z.B. Kosten-Nutzen-Analyse, Budget-Impact-Analyse) zur erfolgreichen Umsetzung nutzen [Zhixiao Wang et al. 2004: 49-58].

Eine Ausweitung der Vertragsmöglichkeiten im Arzneimittelbereich auf die Hauptkostentreiber, die patentgeschützten Arzneimittel, wäre deshalb langfristig überaus wünschenswert und wird aktuell im Arzneimittelsparpaket der Bundesregierung neu diskutiert: Die gesetzlichen Krankenkassen sollen Rabattverträge auch für innovative Medikamente mit Zusatznutzen für die Patienten vereinbaren dürfen. Entscheidend wird letztendlich aber sein, ob die Ärzte gesetzlich stärker verpflichtet werden, patentgeschützte Arzneimittel der Krankenkassen zu verschreiben.

Literatur

Agasi, S. (2010), Krankenversicherung in den Niederlanden - Von der kleinen zur großen Prämie, in: Die Krankenversicherung 03/2010, S. 67-71
Cassel, D. / Nihalani, K. (2009), Der Kunde ist König. IMPLICON plus 06/2009
Klusen, N. (2010), Managed Care: Wer steuert wen?, in: Porzsolt, F., Tilgner, S. (Hrsg.), Managed Care - Perspektive für das deutsche Gesundheitswesen?, Berlin: Schriftenreihe PVS Verband, Band 9
Paffrath, D., Schwabe, U. (Hrsg.) (2009), Arzneiverordnungsreport 2009, Berlin/Heidelberg/New York: Springer Verlag
Senge, P., The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization, 1994
Verheyen, F., Steimle, T. et al (2009), Mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung durch neue Versorgungsstrukturen - von der Fiktion zur Realität?, in: Wilke, T., Neumann, K., Meusch, D. (Hrsg.), Arzneimittel-Supply-Chain, Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Baden-Baden: Nomos

Hausarztverträge

Die TK hat sich gegen die bindende Verpflichtung der Kassen zum Abschluss von Hausarztverträgen nach § 73 b SGB V lange gewehrt. Da die Politik an den Vorgaben weiterhin festhält, werden den TK-Versicherten ab Mai 2010 überregionale Hausarztverträge in Kooperation mit dem Deutschen Hausärzteverband angeboten. Proaktiv wurden Preisstrukturen individuell gestaltet, um wirtschaftlichere Ergebnisse zu erzielen, als dies bei der reinen Umsetzung von Schiedsamts-Entscheidungen möglich gewesen wäre. Die vom Gesetzgeber vorgeschriebene Verpflichtung der Krankenkassen, flächendeckende Angebote zur hausarztzentrierten Versorgung zu unterbreiten, stärken allerdings nicht, sondern schwächen den Suchprozess nach der besten Versorgungslösung im Wettbewerb. Denn die richtungsweisende Entscheidung zur Einführung flächendeckender Hausarztmodelle stützt sich nur auf wenig evidenzbasierte Grundlagen. So konnte eine Überlegenheit der hausarztzentrierten Versorgung in den drei Testregionen der TK und innerhalb der dort erprobten Modelle nicht nachgewiesen werden. Den immensen Mehrkosten für höhere Arzthonorare, Zusatzleistungen und den Wegfall der Praxisgebühr für teilnehmende Versicherte standen keine eindeutigen Ergebnisse zur verbesserten Qualität der medizinischen Versorgung gegenüber. Im Fall der flächendeckenden Einführung von Hausarztmodellen scheitert deshalb in Deutschland das lernende Gesundheitssystem an ideologischen Vorgaben, die die konsequente Einhaltung der Wettbewerbsordnung unterlaufen. Anderen Ländern gelingt die stringente Ausrichtung auf den regulierten, fairen Wettbewerb besser. Sie lernen derzeit leichter und schneller.

Beispiel: Niederlande

Getragen von einer parteiübergreifenden Vision über ein neues, zukunftsfestes Gesundheitssystem haben die Niederländer mit ihrer Reform von 2006 ihr Gesundheitswesen konsequent in Richtung lernendes System weiterentwickelt. Ziel der Reform war die Schaffung einer Balance zwischen staatlicher Steuerung zum Erhalt sozialpolitischer Ziele und wettbewerblichen Marktmechanismen. Durch hohe Transparenz über das Versorgungsgeschehen wandeln sich die niederländischen Versicherten langsam zu Experten in eigener Sache in einem System, das ebenso langsam seine zentralistischen und staatlich hoch regulierten Strukturen gegen mehr Wettbewerb in einem vorgegebenen einheitlichen Ordnungsrahmen austauscht.

Dem Preiswettbewerb in Form der Einführung einer großen Prämie wurde direkt die Einführung eines Leistungswettbewerbs gegenübergestellt. Der Preisdruck des Versicherungsmarktes wird über die Möglichkeit der Krankenversicherer, selektive Verträge abzuschließen oder Eigeneinrichtungen zu führen, an die Leistungserbringer weitergegeben. Selbst im Krankenhausbereich sind für rund 30 Prozent des Krankenhausumsatzes die Preise Verhandlungssache zwischen den Vertragspartnern [Agasi, 2010: 70]. Interessant ist, dass der Wettbewerb nicht nur zu einem intensiven Preisvergleich geführt hat, sondern der Fokus sich mittlerweile auf Versorgungsqualiät und zahlreiche Initiativen zur Qualitätstransparenz richtet. Das System lernt, sich an den Kundenbedürfnissen auszurichten. Deutlich war zum Beispiel schnell, dass Preiswettbewerb im Versicherungsmarkt alleine nicht ausreicht und die Versicherer mehr Zeit benötigen, um zu Leistungseinkäufern zu werden, was gleichzeitig ausreichend Handlungsspielräume, konsistente Anreize und Transparenz voraussetzt [Agasi, 2010: 71]. Aufgrund dieser Erfahrungen entwickelt sich das niederländische Gesundheitswesen weiter und vertraut nicht mehr allein auf theoretische Vermutungen, sondern auf evidenzbasierte Daten in einem lernenden System. So soll ab 2011 im Krankenhausbereich das Verhandlungs-Segment auf 50 Prozent ausgedehnt und der RSA auf den Prüfstand gestellt werden, um Wirtschaftlichkeitsanreize für die Krankenversicherer zu erhöhen.

Fazit

Über Versorgungsmanagement als sinnvolles Konzept kann letztendlich nur im Wettbewerb und nicht über staatliche Vorgaben und Regulation entschieden werden. Direkt- und Rabattverträge sind wichtige kassenindividuelle Vertragsoptionen, die hierzu beitragen. Das deutsche Gesundheitswesen ist ein leistungsstarkes und ein lernfähiges System. Aufgrund der fehlenden parteipolitischen Vision über die Ausgestaltung seiner Zukunftsfestigkeit fehlt allerdings der letzte Schritt hin zum lernenden System, das über den Anreiz einer fairen Wettbewerbsordnung mit starker einheitlicher Aufsicht Veränderungsbereitschaft fördert und selbstregulierende Kräfte entfacht, um auf Zentralismus und kurzfristige Detailregulierung verzichten zu können, und in dem statt ideologisch gefärbter Annahmen empirische Daten gesundheitspolitische Entscheidungen steuern. Der Blick über die Grenze zu unseren niederländischen Nachbarn zeigt, welche Strukturen hierfür erforderlich wären. Denn die Niederländer orientieren sich bereits an einer gemeinsamen, langfristigen Vision, die staatliche Steuerung und fairen Wettbewerb verbindet. Sie sind im Gegensatz zu uns Deutschen in einem lernenden System schon heute bereit, sich konsequent auf eine Suche ohne Ende zu begeben: auf die Suche nach der besseren Lösung. <<

Impact of selective/rebate contracts

The German health care system is powerful and highly adaptive. Selective and rebate contracts are significant options in competition for statutory health insurance funds to increase quality and efficiency in medical care and produce a high level of transparency. Only competition and not official regulatory procedures lead to reasonable supply management concepts. The view across the Dutch borderline shows, that empirical data offer a much more solid basis for health policy decisions than ideological assumptions. The Dutch health sector follows consequently the idea of regulated competition in a system that is able to learn faster than all neighboring countries.

Keywords

Selective contract, rebate contract, learning system, Dutch health sector

Prof. Dr. Norbert Klusen

studierte Wirtschaftswissenschaften und Soziologie an der RWTH Aachen sowie der TU Berlin und verfügt über umfangreiche Management-Erfahrung in internationalen Unternehmen. Bis 1993 war er Vorstandsmitglied und Arbeitsdirektor einer Aktiengesellschaft des Maschinen- und Fahrzeugbaus. Im selben Jahr trat er in die Geschäftsführung der Techniker Krankenkasse ein. Seit 1996 ist er Vorsitzender des Vorstandes der Techniker Krankenkasse.

