

Gestalten statt verwalten

Gedanken zum Versorgungsmanagement für Versicherte Peter Buschmann

Seit dem 1. Januar 2009 werden die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen, in denen knapp 90 % der Bevölkerung der Bundesrepublik versichert sind, über den Gesundheitsfonds mit einem einheitlichen Beitragssatz für alle gesetzlichen Krankenkassen von 15,5 % finanziert. Nachdem sich die Politik von dem Widerstand – vornehmlich der Krankenkassen – nicht irritieren lassen, ist in der öffentlichen Diskussion Ruhe bei den Krankenkassen und ihren Versicherten eingekehrt und man versucht sich, mit den neuen Rahmenbedingungen zu arrangieren.

Alle Beteiligten im Gesundheitswesen – Krankenkassen und ihre Versicherten als Finanzierer, die Ärzte, die Krankenhäuser, Apotheken und andere Leistungserbringer müssen mit den neuen Regelungen leben, von denen einige schon zum April 2007 eingeführt wurden. Um es vorwegzunehmen: Für alle Beteiligten bieten sich gute Chancen und Möglichkeiten, das Beste für sich herauszuholen – man muss es nur wollen und verantwortlich gestalten: Neue Ansätze von Kostenmanagement sind gefragt.

Die Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen durch Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber belaufen sich auf ca. 160 Mrd. Euro pro Jahr. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds werden diese Mittel über das Bundesversicherungsamt verrechnet resp. an Krankenkassen zugeteilt. Allgemein gilt die Regel, dass die Leistungen der Krankenkassen bedarfsgerecht, wirksam und wirtschaftlich erbracht und in Anspruch genommen werden sollen. Für Mitglieder mit zusätzlichen gesundheitlichen Risiken erhalten die jeweiligen Krankenkassen finanzielle Sonderzuweisungen, den sogenannten Morbiditätsrisikosturkturausgleich (kurz: MorbiRSA). Das soll nachfolgend kurz an einigen Beispielen deutlich gemacht werden. Für jedes Mitglied erhält eine gesetzliche Krankenkasse eine sog. Grundpauschale von 185 € monatlich. Je nach Alter und Geschlecht wird diese Grundpauschale sehr differenziert erhöht oder erniedrigt. So ermäßigt sich z. B. die Grundpauschale von 185 € für eine 30 – 34 Jahre alte, nicht erkrankte Frau um 89 € auf 96 Euro monatlich oder für einen nicht erkrankten, 73 Jahre alten Mann um 13 € auf 172,00 € monatlich. Ausgehend von der Überlegung, dass jeder Versicherte eine entsprechende ärztliche Versorgung erhält, sind 80 Krankheitsgruppen – sog. hierarchisierte Morbiditätsgruppen – durch eine Kommission festgelegt worden. Je nach Krankheitsbild erhalten dann die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds zu der oben genannten Grundpauschale von 185 € „risikoadjustierte“ monatliche Zuschläge für ihre erkrankten Mitglieder. Bei Bluthochdruck z. B. 35 €, Diabetes ohne Komplikationen 66 €, HIV/Aids 877 €, bei dialysepflichtigen Patienten 4073 € monatlich.

Es gibt viele Gestaltungsmöglichkeiten:

1. Nach § 11 Abs. 4 SGB V haben die Versicherten gegenüber ihrer Krankenkasse Anspruch auf ein Versorgungsmanagement über den gesamten Leistungsbereich der Krankenkassen – ambulant, stationär, Heil – und Hilfsmittel, Pflege.

In der Sprache des Gesetzes bedeutet das: Jeder Versicherte kann von seiner Krankenkasse ein Versorgungsmanagement verlangen – dies können die Krankenkassen nicht ablehnen .

Nach der gesetzlichen Formulierung haben die Leistungserbringer sich um ein Versorgungsmanagement zu bemühen und die Krankenkassen haben die Leistungserbringer dabei zu unterstützen.

Dies sei an einem Beispiel erklärt: So könnte sich ein dialysepflichtiger Patient an seine Krankenkasse wenden und fragen, welches Versorgungsmanagement sie ihm über die Leistungsgrenzen hinaus bietet. Da die Leistungen der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten/Mitgliedern bedarfsgerecht, wirksam und wirtschaftlich sein müssen, hat der Versicherte/ das Mitglied Anspruch auf eine hochqualifizierte, auf dem jeweiligen Fachgebiet erfahrene Leistungserbringung durch Ärzte. Daher haben die Krankenkassen sich um eine Versorgungskette ambulant/ stationär Heil –und Hilfsmittelversorgung zu bemühen und zwar durch Abschluss von Verträgen mit den jeweiligen Ärzten/Krankenhäusern. So ist hochqualifizierte Versorgung garantiert.

2. Den Abschluss solcher Verträge findet man nur bei ganz wenigen gesetzlichen Krankenkassen.

Dabei liegen die Vorteile auf der Hand:

- durch hochqualifizierte, ärztliche Versorgung auf dem jeweiligen Krankheitsbild durch hier erfahrene Mediziner lassen sich Behandlungen optimieren. Darüber hinaus ist ein wirtschaftlicherer Mitteleinsatz bei ärztlicher Behandlung – ambulant/stationär/Heil – und Hilfsmitteln möglich. Dies ist eine feststehende empirische Erfahrung,

- ökonomisch bedeutet dies, dass die Pauschale für die jeweilige Erkrankung nicht ausgeschöpft wird. Mit anderen Worten: Gute medizinische Versorgung führt zu einem Gewinn bei den Krankenkassen, den sie nicht an den Gesundheitsfonds abführen müssen,

- einen solchen „Gewinn“ könnten sich Krankenkassen mit den Leistungserbringern teilen, denn diese erbringen die hochqualifizierte Leistung zum Nutzen der Lebensqualität der Versicherten/Mitglieder und zum ökonomischen Vorteil der Krankenkassen. In der Industrie ist

dies ein üblicher Umgang von Vertragspartnern untereinander, um jedem für gute Arbeit auch Vorteile zu gewähren,
- man kann auch eine Versorgungskette mit Qualitätsmerkmalen aufbauen und vereinbaren, dass bestimmte Erkrankungsbilder, die in einem bestimmten Zeitraum wieder ausbrechen, ohne Vergütung behandelt werden müssen. Dies setzt aber voraus, dass die Krankenkassen die Leistungserbringer dabei auch durch entsprechende Beteiligungen am Gewinn honorieren.

Mit anderen Worten: Alle Partner im Gesundheitswesen müssen miteinander Leistungen erbringen: Dabei dürfen die Krankenkassen nicht nur ihre Finanzmittel verwalten, sondern müssen ihre wirtschaftlichen Freiräume auch für die ambulante/stationäre Versorgung für die Leistungserbringer gestalten. Hier liegen auch die Chancen für den die Therapie koordinierenden Arzt in Kooperation mit der Krankenkasse seine Tätigkeit in einen neuen Zusammenhang zu stellen – als Versorgungsmanager stehen ihm dann auch andere Vertragsformen offen als heute.
Dann haben die Versicherten den größten Vorteil und die Finanzierer und Leistungserbringer partizipieren ebenfalls daran. Eine win - win- Situation für alle Beteiligten im Gesundheitswesen.

3. Ein rechtlicher Aspekt :

Der Gesundheitsfonds wird in 2009 mit einer Summe von 4 Mrd. € aus dem Bundeshaushalt finanziert – diese Mittel sollen in den kommenden Jahren bis auf 14 Mrd. € steigen. Damit erhalten die Aufsichtsbehörden der Krankenkassen (Bundesgesundheitsministerium, Bundesversicherungsamt, Landesgesundheitsministerien) das Recht, die bedarfsgerechte , wirtschaftliche und wirksame Verwendung der Steuermittel zu überprüfen. Hierauf müssen sich die Krankenkassen einrichten und evtl. auch eine Prüfung durch die Landesrechnungshöfe über sich ergehen lassen. Bei einer nicht ordnungsgemäßen Verwendung der Steuergelder drohen Rückforderungen.

Es ist also Eile geboten, das Versorgungsmanagement als eine vorrangigen Aufgabe für die Krankenkassen zu erkennen und deren Umsetzung politisch zu verlangen: von sich selbst, den Versicherten, den Ärzten, den Krankenhäusern und den anderen Leistungserbringern.