

# Gesundheit für Generationen

**Bilanz 2003/2004**

# Die Pressestellen der AOK

## **AOK-Bundesverband**

Kortrijker Str. 1  
53177 Bonn  
Tel.: 0228 843-309/303  
Fax: 0228 843-507

## **AOK Baden-Württemberg**

Heilbronner Str. 184  
70191 Stuttgart  
Tel.: 0711 2593-231/234  
Fax: 0711 2593-300

## **AOK Bayern – Die Gesundheitskasse – Zentrale –**

Carl-Wery-Str. 28  
81739 München  
Tel.: 089 62730-226  
Fax: 089 62730-399

## **AOK Berlin**

Wilhelmstr. 1  
10963 Berlin  
Tel.: 030 2531-2202  
Fax: 030 2531-2926

## **AOK für das Land Brandenburg**

Potsdamer Str. 20  
14513 Teltow  
Tel.: 03328 451-513  
Fax: 03328 451-514

## **AOK Bremen/Bremerhaven**

Bürgermeister-Smidt-Str. 95  
28195 Bremen  
Tel.: 0421 1761-549/-444  
Fax: 0421 1761-540

## **AOK Hamburg**

Pappelallee 22-26  
22089 Hamburg  
Tel.: 040 2023-4930  
Fax: 040 2023-4939

## **AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen – Direktion –**

Basler Str. 2  
61352 Bad Homburg v. d. H.  
Tel.: 06172 272-150  
Fax: 0617 272-239

## **AOK Mecklenburg- Vorpommern Die Gesundheitskasse**

Am Grünen Tal 50  
19063 Schwerin  
Tel.: 0385 308-1704  
Fax: 0385 308-1450

## **AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen**

Hildesheimer Str. 273  
30519 Hannover  
Tel.: 0511 8701-10010  
Fax: 01805 26563710010

## **AOK Rheinland Die Gesundheitskasse**

Kasernenstr. 61  
40213 Düsseldorf  
Tel.: 0211 8791-1262  
Fax: 0211 8791-1125

## **AOK – Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz**

Virchowstr. 30  
67304 Eisenberg  
Tel.: 06351 403-480  
Fax: 06351 403-710

## **AOK – Die Gesundheitskasse im Saarland**

Halbergstr. 1  
66121 Saarbrücken  
Tel.: 0681 6001-311/398  
Fax: 0681 6001-440

## **AOK Sachsen Die Gesundheitskasse**

Sternplatz 7  
01067 Dresden  
Tel.: 0351 8149-11144  
Fax: 01805 026509-104

## **AOK Sachsen-Anhalt Die Gesundheitskasse**

Lüneburger Str. 4  
39106 Magdeburg  
Tel.: 0391 580-4426/425  
Fax: 0391 580-4576

## **AOK Schleswig-Holstein Die Gesundheitskasse**

Edisonstr. 70  
24145 Kiel  
Tel.: 0431 605-1170/1171  
Fax: 0431 605-1179

## **AOK – Die Gesundheitskasse in Thüringen**

Augustiner Str. 38  
99084 Erfurt  
Tel.: 0361 6574-10020  
Fax: 0361 6574-10200

## **AOK Westfalen-Lippe**

Nortkirchenstr. 103-105  
44263 Dortmund  
Tel.: 0231 4193-116  
Fax: 0231 4193-150

# Liebe Leserinnen und Leser,

**Das Jahr 2003 war das Jahr der Reformen:** Ob Arbeitsmarkt, Rente, Steuer oder Gesundheitswesen – überall war dringender politischer Handlungsbedarf geboten, der zum Teil auch immer noch besteht. Erklärtes Ziel der Reformagenda ist es, die Sozialsysteme der gewandelten Arbeitswelt und der Altersstruktur der Bevölkerung anzupassen sowie die Lohnnebenkosten zu senken. Die Gesundheitspolitik nimmt dabei eine zentrale Rolle ein. Die Spirale der ständig steigenden Beitragssätze soll gestoppt, Wirtschaftslichkeitsreserven gehoben und mehr Wettbewerb ermöglicht werden.

Nach hartem Ringen verständigten sich Regierungskoalition und CDU/CSU im Sommer 2003 schließlich auf das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG). Die Hauptlast dieses Konsenses tragen mit Leistungskürzungen, höheren Zuzahlungen und zusätzlichen Beiträgen die Patienten und Versicherten. Darüber hinaus grenzt der Gesetzgeber den Zahnersatz aus der paritätischen Finanzierung aus: Ab 2005 müssen also alle Versicherten den Beitrag für die Zahnersatzversicherung allein tragen. Sie können die Leistungen entweder privat versichern oder mit einer gesetzlichen Versicherung ohne Arbeitgeberanteil. Die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung müssen außerdem ab 2006 infolge der Herausnahme des Krankengeldes aus der paritätischen Finanzierung einen Sonderbeitrag in Höhe von 0,5 Prozent leisten.

Das Inkrafttreten des GMG zum 1. Januar 2004 führte aufgrund unklarer Regelung der Härtefälle, der Praxisgebühr und der Krankentransporte zunächst zu Verunsicherungen. Die Schwierigkeiten der Anfangsphase sind nun überwunden. Der neue Gemeinsame Bundesausschuss hat seine Hausaufgaben zügig erledigt, und bereits drei Wochen nach seiner Gründung für Klarheit bei der Rechtsauslegung gesorgt. Aus der Sicht des AOK-Bundesverbandes bietet das GMG trotz aller Kritik eine Reihe von Chancen. Die AOK wird die erweiterten Vertragsmöglichkeiten wie integrierte Versorgungsmodelle, Zusatzversicherungen, Bonusmodelle und mehr Patientenrechte konsequent für eine bessere Versorgung ihrer Versicherten ausschöpfen. Sie wird alles tun, um auch unter schwierigen wirtschaftlichen Bedingungen eine ausreichende medizinische und qualitativ hochwertige Versorgung für ihre Versicherten zu gewährleisten. Dabei hat sie die Bezahlbarkeit für Arbeitgeber und Versicherte fest im Blick.

Im Interesse der Patienten wird die AOK alle Anstrengungen unternehmen, die strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke weiter auszubauen. Die AOK gestaltet die Innovationen in der Gesundheitsversorgung im Sinne ihrer Versicherten und der Arbeitgeber nach Kräften mit. Der AOK-Bundesverband wird für den Gesetzgeber und alle am Reformprozess Beteiligten immer als konstruktiver Partner ansprechbar sein.



**Gert Nachtigal,**  
Verwaltungsratsvorsitzender



**Fritz Schösser,**  
Verwaltungsratsvorsitzender



**Dr. Rolf Hoberg,**  
Stellv. Vorstandsvorsitzender



**Dr. Hans Jürgen Ahrens,**  
Vorstandsvorsitzender



## Politik

<b>GESUNDHEITSREFORM</b>	
Keine Zeit zum Atemholen.....	6
<b>FINANZIERUNG</b>	
Wie kommt Geld in die Kasse? .....	10
<b>MONITOR</b>	
An der Basis nachgefragt.....	11
<b>MELDUNGEN/INTERVIEW</b>	
Vermischtes/R.Busse zu Europa .....	12

## Innovation

<b>VERBRAUCHERSCHUTZ</b>	
Ein Podest für die Patienten .....	14
<b>DISEASE-MANAGEMENT</b>	
Versorgung mit Programm .....	16
<b>NEUE VERSORGUNGSFORMEN</b>	
Die Grenzen überwinden .....	17
<b>VERTRAGSWETTBEWERB</b>	
Frischer Wind am Verhandlungstisch .....	18
<b>BONUSMODELL</b>	
Gesundes Leben lohnt sich doppelt.....	19
<b>ZUSATZVERSICHERUNGEN/INTERVIEW</b>	
Gesundheitsschutz aus einer Hand .....	20
J. Wasem zum Vertragswettbewerb .....	20
<b>MELDUNGEN</b>	
Beispiele für Innovationen .....	21

## Prävention

<b>GESETZGEBUNG</b>	
Prävention auf breiten Schultern.....	22
<b>QUALITÄTSSICHERUNG</b>	
Gesundheit fördern mit Methode.....	24
<b>ÜBERGEWICHT</b>	
Dicke Kinder haben´s schwer .....	25
<b>SELBSTHILFE</b>	
Fördern nach Bedarf .....	26
<b>INTERVIEW</b>	
mit W. Eichendorf: Gemeinsam motivieren ....	27
<b>MELDUNGEN</b>	
Beispiele für die Prävention .....	28

## Ärzte

<b>GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS</b>	
Am Schalthebel der Macht .....	30
<b>HORMONTHERAPIE/INTERVIEW</b>	
Die Fakten auf den Tisch packen .....	32
J. Wunderlich zur integrierten Versorgung.....	32
<b>MELDUNGEN</b>	
Über medizinische Leistungen .....	33



## Krankenhaus

<b>ABRECHNUNG</b>	
Ein Umstieg nach Maß .....	34
<b>REHABILITATION</b>	
Ein Maßstab für die Qualität .....	36
<b>MELDUNGEN</b>	
Aus dem Krankenhausbereich .....	37

## Arzneimittel

<b>REFORM</b>	
Apotheken im Umbau .....	38
<b>MELDUNGEN</b>	
Aus dem Arzneimittelbereich .....	40
<b>GRAFIK</b>	
Verdienstspannen der Apotheken .....	41

## Pflege

<b>REFORM</b>	
Pflege mit Zukunft.....	42
<b>QUALITÄTSPRÜFUNGEN</b>	
Gutes Gütesiegel .....	43

## Finanzen

<b>ZAHLEN UND TRENDS</b>	
Kurs halten in stürmischer Brise .....	44
<b>SOZIALHILFE-EMPFÄNGER</b>	
Leistungsrechtlich gleichgestellt .....	48
<b>MELDUNGEN</b>	
Über finanzielle Zusammenhänge.....	49

## Organisation

Der AOK-Bundesverband.....	50
Impressum .....	51

## GESUNDHEITSREFORM

## Keine Zeit zum Atemholen

**Die Gesundheitsreform wirkt. Das merken vor allem Patienten: Sie werden an den Kosten für ihre Gesundheitsversorgung stärker beteiligt. Um die finanzielle Basis der Krankenkassen langfristig zu sichern und die Qualität der Versorgung zu verbessern, müssen aber weitere Reformschritte folgen.**

**Elf Jahre nach dem historischen Kompromiss** von Lahnstein haben sich die Parteien wieder an einen Tisch gesetzt und eine Gesundheitsreform ausgehandelt. Mit Beginn des Jahres sind die Ergebnisse für alle Beteiligten zu spüren. In die Gesundheitspolitik ist aber keinesfalls Ruhe eingekehrt: Für Patienten und Versicherte hat sich entscheidendes geändert und die Liste der Aufgaben für Politik, Kassen und Leistungserbringer ist nicht kürzer geworden.

Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) birgt sowohl Chancen als auch Risiken. Das wird vor allem dann deutlich, wenn man die Reform aus verschiedenen Blickwinkeln, wie zum Beispiel

dem der Patienten und der Beitragszahler oder aus der Perspektive der Leistungserbringer und der Krankenkassen betrachtet.

Dabei wird gerade diese Reform am Ende daran zu messen sein, ob Chancen und Risiken, Belastungen und gegebenenfalls Entlastungen gleichmäßig über alle Beteiligten verteilt sind. Dass dies kein leichtes Unterfangen ist, ergibt sich bereits aus dem Kernziel der Gesundheitsreform: Sie soll den Weg frei

machen für eine deutliche Senkung der Lohnnebenkosten. Denn: Steigende Beiträge führen zwangsläufig zu höheren Arbeitskosten und zu einer noch höheren Arbeitslosigkeit. Die Politik ist deshalb angetreten, den Teufelskreis aus immer größer werdenden Finanzierungslücken in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – insbesondere bedingt durch die kränkelnde Konjunktur und die mangelnde Effizienz in der medizinischen Versorgung – und stetig steigenden Beitragssätzen zu schließen.

**Gegensätzliche Ziele vereinigen:** Doch eine Gesundheitsreform soll nicht nur für stabile Krankenkassenbeiträge und niedrigere Lohnnebenkosten sorgen. Vielmehr soll es Ziel von Neuerungen sein, das Niveau der Gesundheitsversorgung zu halten oder sogar zu erhöhen. Das GMG versucht diesen Spagat. Während die Patienten durch höhere

Zuzahlungen und Leistungsausgrenzungen belastet werden, sollen Zusatzversicherungen, Bonusmodelle und erweiterte Vertragsmöglichkeiten die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern und den Versicherten neue Wahlmöglichkeiten eröffnen.

**Patienten müssen mehr zahlen:** Patienten und Versicherte schultern die finanzielle Hauptlast dieser Gesundheitsreform. Allein das Streichen von Leistungen wie Sterilisation, Sterbe- und Entbindungsgeld, der Wegfall der Kostenübernahme für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die Begrenzung der Leistungsansprüche bei Sehhilfen, künstlicher Befruchtung und ambulanten Fahrtkosten belasten die Patienten mit 2,5 Milliarden Euro jährlich. Dazu kommen nach Schätzungen des Gesetzgebers rund 3,2 Milliarden Euro für die Einführung der zehn Euro Praxisgebühr beim Arztbesuch, höhere Zuzahlungen für Medikamente oder im Krankenhaus. Rentner müssen zudem seit Anfang 2004 für Versorgungsbezüge und Alterseinkünfte aus selbständiger Tätigkeit höhere Krankenversicherungsbeiträge mit einem Gesamtvolumen von 1,6 Milliarden Euro entrichten.

**Beiträge sinken nicht wie erwartet:** Ab Januar 2005 müssen alle Versicherten den Zahnersatz ohne Arbeitgeberanteil zur Versicherung finanzieren. Hierdurch fallen rund 3,5 Milliarden Euro aus der paritätischen Finanzierung durch Versicherte und Arbeitgeber heraus. In einem nächsten Schritt wird ab Januar 2006 der allgemeine Beitragssatz, der für Versicherte und Arbeitgeber gemeinsam gilt, um 0,5 Prozentpunkte gesenkt. Die GKV-Versicherten müssen ab diesem Zeitpunkt einen Sonderbeitrag in Höhe von 0,5 Prozent – insgesamt rund fünf Milliarden Euro – leisten, den sie allein, ohne Arbeitgeberanteil, tragen.

Damit werden Patienten und Versicherte im Jahr 2004 insgesamt mit rund 7,3 Milliarden Euro belastet, im Jahr 2006 sollen es bereits rund 11,6 Milliarden Euro sein. Patienten und Beitragszahler erwarten im Gegenzug zu diesen massiven finanziellen Belastungen schnelle Beitrags-

## TIPP

Die wichtigsten Neueregulungen der Gesundheitsreform im Überblick auf der Homepage des AOK-Bundesverbandes: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) (Stichwort: Gesundheitspolitik → Gesetze)



satzsenkungen. Die am Gesundheitskonsens mitwirkenden politischen Kräfte haben zu diesen Erwartungen mit öffentlichen Äußerungen erheblich beigetragen.

Die Halbjahresbilanz 2004 wird allerdings ernüchternd wirken: Obwohl die Gesundheitsreform im Jahr 2004 die Kassen insgesamt um bis zu zehn Milliarden Euro entlastet, werden die Beitragssätze nicht, wie von der Politik vorgegeben, von durchschnittlich 14,3 Prozent im Jahr 2003 auf die Zielmarke 13,6 Prozent im Jahr 2004 sinken können. Dafür gibt es vielfältige Gründe. Beitragssatzsenkungen im gewünschten Ausmaß werden vor allem daran scheitern, dass die Kassen gezwungen sind, zuerst ihre Schulden zu tilgen. Außerdem schwächelt nach wie vor die Einnahmehbasis der GKV. Darüber hinaus kann keiner bei der Formulierung eines Gesetzes voraussagen, wie sich einzelne Reformmaßnahmen finanziell auswirken und ob die gewünschten Einspareffekte tatsächlich eintreten. Für die Beitragspolitik der AOK ist eines dennoch klar: Sie wird jede Möglichkeit zu Beitragssatzsenkungen zum Wohle der Beitragszahler nutzen. Zwei AOKs haben ihre Beitragssätze bereits gesenkt, die anderen melden stabile Beiträge. Angesichts der schlechten Finanzsituation der GKV muss die Frage erlaubt sein, ob es nicht dem GMG bereits als Erfolg angerechnet werden kann, dass es flächendeckende massive Beitragserhöhungen verhindert hat.

**Die Gremien der Selbstverwaltung zusammgelegt:** Zu Beginn des Jahres 2004 hat die gemeinsame Selbstverwaltung in der GKV ihre Handlungsfähigkeit unter Beweis gestellt. Wer gilt als chronisch krank? Welches Medikament bezahlen die Krankenkassen? Über Antworten auf diese und andere wichtige Fragen entscheidet in der Regel die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen unter Beteiligung von Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen – seit Januar 2004 mit einem Mitberatungsrecht für Patientenvertreter. Unter hohem Zeitdruck musste zum 1. Januar 2004 zunächst der neue, durch das GMG vorgesehene Gemeinsame Bundesausschuss gebildet werden (*siehe Kasten „Der Gemeinsame Bundesausschuss im Überblick“ auf Seite 9*).

Bereits am 22. Januar hat das neu zusammengesetzte Gremium in Richtlinien die schwerwiegenden chronischen Krankheiten definiert und über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten entschieden. Ob bei diesen Regelungen, wie auch bei der Entscheidung über die „Ausnahme-Liste“ zur Kostenübernahme von rezeptfreien Arzneimitteln, der Balanceakt zwischen dem im GMG vorgesehenen Spareffekt auf der einen Seite und dem am medizinischen Bedarf orientierten Versorgungsanspruch der Patienten auf der anderen Seite gelungen ist, bleibt offen. Eine kritische Analyse dürfte eher das Gegenteil aufdecken. Die Frage ist allerdings, ob ein sol-

cher Balanceakt jemals realistisch planbar war. Zwar haben die Kassen und Ärzte im Sinne der Patienten entschieden, weil die Richtlinien dazu beitragen, dass Kranke nicht finanziell überfordert werden. Allerdings haben die Entscheidungen auch das Potenzial, die vom Gesetzgeber anvisierten Einsparungen zu verhindern.

**Integrierte Versorgung fördern:** Das GMG bietet ohne Zweifel Chancen für einen Vertragswettbewerb in der ambulanten Versorgung. Diese Chancen wird die AOK offensiv nutzen, um für ihre Versicherten sowohl die Qualität als auch die Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung zu verbessern und zu sichern. Im Mittelpunkt steht dabei die integrierte Versorgung: Zum einen müssen die Rahmenbedingungen für diesen Vertragswettbewerb nicht mehr mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVn) ausgehandelt werden. Zum anderen steht jetzt ein festes Budget von jeweils einem Prozent der ärztlichen Gesamtvergütung und des Krankenhausbudgets gesetzlich verbrieft für die integrierte Versorgung zur Verfügung. Hierdurch

### TIPP

Über die Beteiligung der Patienten im Gemeinsamen Bundesausschuss finden Sie in G+G 2/2004 auf Seite 20-33 vier Beiträge: Heike Wöllenstein: „Spiel-feld statt Tribüne“, ein Interview mit R.Hess, Statements der Patientenvertreter und ein Porträt der Patientenbeauftragten H. Kühn-Mengel

erhalten die Kostenträger erstmals größere Sicherheit bezüglich der Finanzierung integrierter Versorgungsformen.

Damit wird die AOK in die Lage versetzt, patientenorientierte und qualitativ hochwertige Leistungsangebote zu fördern – ein Schritt in die richtige Richtung. Allerdings hat sich die AOK an dieser Stelle mehr von der Reform versprochen. Kernforderung war und ist: Wo immer möglich soll der Vertragswettbewerb Vorfahrt bekommen. Nach wie vor dominiert jedoch das kollektivrechtliche Vertragsrecht vor der einzel-

vertraglichen wettbewerblichen Steuerung. Im Ergebnis wird das herrschende „Sektorendenken“ im Gesundheitswesen fortgeschrieben.

Weitere positive Ansätze – neben dem Abbau von juristischen und ökonomischen Barrieren bei der integrierten Versorgung – sind aber dennoch vorhanden: Dies gilt vor allem für die neuen Instrumente, mit denen ein Wettbewerb der Versorgungsformen initiiert wird, zum Beispiel für die hausarztzentrierte Versorgung, die Teilöffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung und die medizinischen Versorgungszentren. Dabei ist für die AOK immer die Qualität der medizinischen Versorgung ausschlaggebend. So warnt sie vor einer überstürzten Einführung von Hausarztmodellen, die schon allein für den Gang zum Hausarzt einen finanziellen Anreiz bieten. Vielmehr muss mit einem Netz qualifizierter Hausärzte die Versorgung tatsächlich verbessert werden, indem zum Beispiel Medikamente aufeinander abgestimmt werden und Mehrfachuntersuchungen

unterbleiben. Bereits seit Ende 2003 testet die AOK in Baden-Württemberg ein entsprechendes Hausarztmodell. AOK-Versicherte, die daran teilnehmen, zahlen keine Praxisgebühr.

**Zahnersatz zusätzlich versichern:** Von erheblicher Brisanz sind die anstehenden Entscheidungen zur Umfinanzierung des Zahnersatzes. Die AOK setzt sich dafür ein, dass die vorgesehene Ausgliederung des Zahnersatzes aus dem Pflichtleistungskatalog der Krankenkassen nicht zu weiteren Mehrkosten für die Patienten führt. Eine massive Beschränkung des Versorgungsumfangs oder Qualitätsmängel beim Zahnersatz sind nicht hinnehmbar.

Die AOK will dies für ihre Versicherten mit der ab Januar 2005 gesetzlich vorgesehenen Zahnersatzversicherung im Rahmen einer obligatorischen Satzungsleistung auch unter den Bedingungen befundorientierter Festzuschüsse sicherstellen. Um einen reibungslosen Übergang in die neue Zahnersatzversicherung zu gewährleisten, bedarf es allerdings dringend einer gesetzlichen Folgeregelung. Während der Beitragseinzug für Arbeitnehmer im Lohnabzug erfolgt und somit ein verwaltungsaufwändiges gesondertes Verfahren vermieden wird, fehlt eine solche Regelung zum Beitragseinzug bei pflichtversicherten Rentnern, Rehabilitanden und Beziehern von Leistungen der Arbeitslosenversicherung. Dieser Fehler muss schleunigst korrigiert werden, da ansonsten die Krankenkassen bei knapp 17 Millionen Rentnern und Rehabilitanden und über vier Millionen Arbeitslosen den Beitrag individuell anfordern und monatlich einzahlen müssten. Das würde die Einführung der neuen Zahnersatzversicherung massiv behindern und auch nicht zum Bürokratieabbau beitragen.

**Kassenfinanzierung nach wie vor unsicher:** Keine entscheidende Antwort liefert das GMG zur Stabilisierung der GKV-Finanzbasis. Das geringe Wirtschaftswachstum und die hohe Arbeitslosigkeit bescheren der GKV nie gekannte Ausfälle bei den Einnahmen. Die Finanzierungsprobleme werden verschärft durch die Praxis der Verschiebebahnhöfe: Staatshaushalte, Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung werden immer wieder auf Kosten der GKV entlastet. Seit 1995 sind der GKV dadurch rund 30 Milliarden Euro verloren gegangen. Dabei hat die GKV mit der demografischen Entwicklung und dem medizinisch-technischen Fortschritt die große Herausforderung noch vor sich. Ohne eine GKV-Finanzreform steht die Gesundheitspolitik bei drohenden Budgetdefiziten der Krankenkassen vor der Alternative, entweder die Beitragssätze steigen zu lassen und damit die negativen Beschäftigungswirkungen zu erhöhen oder die Leistungen zu kürzen und auf diese Weise die Patienten noch stärker zu belasten.



**Vorrang für die Prävention:** Die Gesundheitspolitik darf nicht nur die Reparatur bereits eingetretener Krankheiten im Blick haben, sondern muss auf die Vorbeugung setzen. Prävention und Gesundheitsförderung tragen wesentlich zur Verbesserung von Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung bei und erhöhen die Lebensqualität der Versicherten. Mit der systematischen Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten lässt sich die Entstehung chronischer Krankheiten verhindern oder verzögern. Das liegt sowohl im gesamtgesellschaftlichen Interesse, als auch im originären Interesse der AOK – Die Gesundheitskasse. Deshalb engagiert sich die AOK seit Jahrzehnten in allen Bereichen der Prävention und Gesundheitsförderung, angefangen von der individuellen Primärprävention einschließlich Impfungen und zahnmedizinischer Prophylaxe über Settingansätze in Betrieben und Schulen bis hin zu Früherkennung und behandlungsunterstützender Prävention unter anderem im Rahmen von Disease-Management-Programmen.

Ansatzpunkte sind gleichermaßen die Reduktion und Beseitigung von Risikofaktoren (Prävention) sowie die Stärkung gesundheitsförderlicher Potenziale/Schutzfaktoren (salutogener Ansatz der Gesundheitsförderung). Aktuelle politische Vorstellungen gefährden allerdings die Handlungsspielräume der Krankenkassen in der individuellen und betrieblichen Gesundheitsförderung. Es ist zu befürchten, dass sich in Zeiten knapper öffentlicher Kassen eine Präventionsgesetzgebung im Kern darauf beschränkt, auf

die finanziellen Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung zurückzugreifen. Wenn aber die Kassen das Geld ihrer Versicherten in eine Präventionsstiftung oder in einen Prävention-Fonds einzahlen, besteht die Gefahr, dass GKV-Mittel nicht mehr nur GKV-Versicherten zugute kommen. Letztlich werden andere Akteure, wie zum Beispiel die öffentliche Hand aus ihrer Finanzierungsverantwortung entlassen. Kernforderung der AOK ist: Gemeinschaftlich zu lösende Aufgaben dürfen nicht allein aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden. Auch hier sind weitere Verschiebepunkte und Umverteilungsfunktionen der falsche Weg.

**Es bleibt viel zu tun:** Die Reformer müssen ihre Ruhepause also noch verschieben. Zu bedrohlich ist die Situation auf der Einnahmenseite der Krankenkassen, zu wenig werden die Chancen von Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen einer gesellschaftlichen Gemeinschaftsaufgabe genutzt. Schließlich bedarf es auch der einen oder anderen Nachjustierung im Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Und das Bundesverfassungsgericht hat der Politik eine Aufgabe gestellt, die auf jeden Fall noch 2004 erledigt werden muss: In diesem Jahr sollen die Weichen für die Umsetzung eines Urteils gestellt und der Familienlastenausgleich in der Pflegeversicherung neu geregelt werden.

## Der Gemeinsame Bundesausschuss im Überblick

### Aufgaben



- Der gemeinsame Bundesausschuss konkretisiert in Richtlinien
- den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung
  - bewertet den Stand der Qualitätssicherung (QS) und gibt
  - Sektor- und berufsübergreifende Empfehlungen zur Umsetzung

### Träger



- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG),
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV),
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV),
- Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung;

Patientenvertreter nehmen ohne Stimmrecht teil.

### Der Ausschuss tagt in wechselnder Besetzung auf der Leistungsanbieter-Seite:

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| ● Verfahrens- und Geschäftsordnung          | (alle)                      |
| ● hochspezialisierte Leistungen, QS, DMP    | (ohne KZBV)                 |
| ● ambulante ärztliche Versorgung            | (nur KBV)                   |
| ● ambulante psychotherapeutische Versorgung | (KBV mit Psychotherapeuten) |
| ● ambulante zahnärztliche Versorgung        | (nur KZBV)                  |
| ● stationäre Leistungen                     | (nur DKG)                   |

## FINANZIERUNG

# Wie kommt Geld in die Kasse?

**Bürgerversicherung oder Kopfpauschale – diese beiden Schlagworte prägen die Debatte über die künftige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Doch für die komplexe Problemstellung einer Finanzierungsreform gibt es mehr als zwei Lösungsmöglichkeiten.**

Die **gesundheitspolitische Diskussion** des Jahres 2003 wurde nicht nur durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) bestimmt, denn Reformen der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) blieben darin bewusst weithin ausgeklammert. Wie dringlich solche Reformen sind, zeigt aber gerade auch das GMG: Die dadurch erhofften Beitragssatz-Senkungen sind nämlich gefährdet, solange die Finanzierungsbasis der Krankenkassen weiter wackelt. Deshalb verschafft das GMG der Politik bestenfalls eine Atempause, bis eine Entscheidung über die Ausgestaltung zukunftssicherer Finanzierungsstrukturen getroffen wird. Hierzu hat die von der Bundesregierung eingesetzte Rürup-Kommission Ende August 2003 ihren Bericht vorgelegt. Einen Monat später folgten die Vorschläge der von der Union einberufenen Herzog-Kommission.

**Rürup-Kommission mit zwei Alternativen:** Die Mitglieder der Rürup-Kommission konnten sich nicht auf einen

## TIPP

**G+G-Beitrag „Kein Beschluss aus einem Guss“ von Klaus Jacobs, G+G 3/2004; unter [www.wido.de/aktuelles](http://www.wido.de/aktuelles) (Button: Veröffentlichungen) finden Sie weitere Beiträge zur GKV-Finanzierung**

gemeinsamen Vorschlag zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einigen. Sie präsentierten zwei Alternativkonzepte: die so genannte „Bürgerversicherung“ und die „Gesundheitsprämien mit steuerfinanziertem Einkommensausgleich“. Das im Kommissionsbericht vorgestellte Modell der Bürgerversicherung ist letztlich eine erweiterte gesetzliche Krankenversicherung.

Dabei handelt es sich im doppelten Sinne um eine Erweiterung. Zum einen sollen alle Personengruppen, also auch die heute privat versicherten Beamten, Selbstständigen und besserverdienenden Arbeitnehmer, in die Versicherung eingeschlossen werden. Zum anderen werden in dem Modell auch alle Einkommensarten bis zur Beitragsbemessungsgrenze zur Beitragsberechnung herangezogen. Damit soll die Grundlage für weiterhin einkommensproportionale Beitragszahlungen deutlich verbreitert werden. Dagegen wird im Gesundheitsprämien-Modell der Einkommensaus-

gleich aus dem Krankenversicherungssystem in das allgemeine Steuersystem ausgelagert. Einen Arbeitgeberbeitrag gibt es nicht mehr. Alle Versicherten einer Kasse zahlen eine fixe Pro-Kopf-Prämie. Einkommensschwache Haushalte erhalten einen steuerfinanzierten Zuschuss. Am Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung wird beim Prämienmodell der Rürup-Kommission unverändert festgehalten. Allerdings zeigt das Beispiel der Schweiz, dass dieser Zusammenhang keineswegs zwangsläufig ist, denn dort gibt es eine Bürgerversicherung mit Kopfprämien.

**Herzog will Prämien und Kapitalbildung:** Das Modell der Herzog-Kommission ähnelt im Grundsatz dem Gesundheitsprämien-Vorschlag von Rürup, allerdings mit einer wichtigen Ausnahme: Mit den Pro-Kopf-Prämien sollen nicht nur im Umlageverfahren die laufenden Gesundheitsausgaben finanziert werden. Zugleich soll ein Teil der Prämien zum Aufbau eines Kapitalstocks verwendet werden. Die Komplexität (um nicht zu sagen: die Unübersichtlichkeit) der Reformdebatte um die künftige Ausgestaltung der Finanzierungsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung rührt vor allem daher, dass von jedem Reformkonzept erwartet oder zumindest erhofft wird, nicht weniger als fünf weithin voneinander unabhängigen Ansprüchen zu genügen:

- Beseitigung der Wachstumsschwäche der Beitragsbasis der GKV, die nicht zuletzt auch Ergebnis einer fortgesetzten „Politik der Verschiebebahnhöfe“ war und ist,
- Minderung der als beschäftigungsfeindlich angesehenen Abgabenbelastung der Arbeitgeber,
- Antworten auf die bevorstehenden demographischen Herausforderungen,
- Sicherung von Stabilität und Gerechtigkeit des Einkommensausgleichs bei der Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes,
- Förderung wettbewerblicher Steuerungsstrukturen auf dem Versicherungs- und Versorgungsmarkt.

Nachdem das GKV-Modernisierungsgesetz Anfang 2004 in Kraft getreten ist, geht die Debatte um die Finanzierungsreform weiter. Der Handlungsbedarf ist unverändert hoch, denn die Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung als solidarisch finanziertes, leistungsstarkes Krankenversicherungssystem darf nicht gefährdet werden. ☼

## MONITOR

# An der Basis nachgefragt

**Wie die Fähnlein im Winde: Viele Versicherte sind heute schneller bereit, ihre Krankenkasse zu wechseln – ohne die Beitragssätze genau zu kennen. In Umfragen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK äußern sie sich unzufrieden mit dem Gesundheitssystem.**

Die gesetzliche Krankenversicherung befindet sich im steten Wandel. Die Halbwertszeiten von Reformgesetzen werden immer kürzer. Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) sind zu Beginn des Jahres 2004 erneut umfangreiche Reformen des Gesundheitssystems in Kraft getreten. Wie diese Veränderungen von der Bevölkerung aufgenommen werden, hat das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) auf Basis verschiedener Umfragen ermittelt. Mit der Veröffentlichung der Ergebnisse dieser Befragungen zum Gesundheitssystem lässt das WIdO die von den Reformen Betroffenen zu Wort kommen.

**Die Versicherten sind verunsichert:** Im GKV-Monitor erhebt das WIdO regelmäßig die Einstellungen und Erwartungen der Versicherten zu zentralen Fragestellungen der Gesundheitspolitik. Die Stichprobe des GKV-Monitors fokussiert auf die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Es werden repräsentativ rund 3.000 Personen zwischen 16 und 65 Jahren befragt, die Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind. Die Erhebungen finden in der Regel im Frühjahr des laufenden Jahres statt. Sie wird mit Hilfe computergestützter Telefoninterviews realisiert.

Die Ergebnisse der verschiedenen Studien, darunter der GKV-Monitor, weisen trotz methodischer Unterschiede weithin einheitliche Trends auf. Die Versicherten zeigen sich zunehmend verunsichert und unzufrieden. Die früher eher optimistische Einschätzung über die weitere Entwicklung ist in Pessimismus hinsichtlich der Zukunft umgeschlagen.

**Höhere Beiträge statt Leistungsverzicht:** Die Umfrageergebnisse dokumentieren deutlich, dass Einschränkungen des bisherigen Leistungsspektrums der gesetzlichen Krankenversicherung zugunsten stabiler Beitragssätze nicht den Wünschen der meisten Bürger entsprechen. Vor die Alternative gestellt, entweder höhere Beiträge zu bezahlen oder auf Leistungen zu verzichten, entscheidet sich die Mehrheit der Versicherten für höhere Beiträge. Alle Repräsen-

tiv-Umfragen bestätigen, dass das Solidarprinzip in der Bevölkerung fest verankert ist. Auch unter den freiwillig Versicherten finden die zentralen Solidarelemente der gesetzlichen Krankenversicherung breite Zustimmung. Viele Befragte befürworten den Vorschlag, die Versicherungspflicht zu erweitern und alle Bevölkerungsgruppen in die gesetzliche Krankenversicherung einzubeziehen. Dagegen lehnen weite Teile der Bevölkerung Reformideen ab, die das Gesundheitssystem mit Zuzahlungserhöhungen wie beispielsweise mehr Selbstbeteiligungen und einer Praxisgebühr sanieren wollen.

Die Versicherten stehen hinter dem Familienlastenausgleich in der GKV. Die beitragsfreie Mitversicherung von Familienmitgliedern wird in den Umfragen durchgängig gestützt. Grundsätzlich befürworten die Versicherten Bonusprogramme. Vorschläge zu Tarifen mit Selbstbeteiligung werden allerdings vergleichsweise verhalten beziehungsweise kritisch aufgenommen. Die Versicherten bewerten die ab 2004 bestehende Möglichkeit, Zusatzversicherungen über die GKV abzuschließen, aber durchaus positiv.

**Ein Wechsel fällt leichter:** Die Bereitschaft zum Krankenkassenwechsel ist bei GKV-Mitgliedern gestiegen. Die Umfrageergebnisse belegen jedoch, dass die Mitglieder der GKV die Beitragssätze ihrer eigenen wie die der anderen Kassen nicht besonders gut kennen. Meist haben die Befragten die Beitragshöhe unterschätzt – wenn sie überhaupt eine Angabe dazu machen konnten.

Das Bedürfnis nach Beteiligung, Informationen und Transparenz ist in der Bevölkerung hoch. Die Mehrheit der Versicherten interessiert sich in besonderem Maße für Fragen der Qualität der medizinischen Versorgung und befürwortet Ranglisten (Rankings) und Gütesiegel bei Leistungserbringern. Die Versicherten begrüßen mehr individuelle Wahlmöglichkeiten und mehr Wettbewerb in der GKV. Allerdings ist dies keineswegs mit dem Wunsch nach einer generellen Individualisierung des Gesundheitsrisikos gleichzusetzen. Die Notwendigkeit neuer Strukturen im Gesundheitssystem wird zwar allgemein erkannt, die große Mehrheit der Bevölkerung steht jedoch nach wie vor hinter den solidarischen Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung. ☼

## TIPP

Die Studie „Gestaltungsoptionen in der Gesundheitspolitik. Die Reformbereitschaft von Bürgern und Versicherten im Spiegel von Umfragen“ bietet das Wissenschaftliche Institut der AOK zum Preis von 10 Euro an, Tel. 0228 843 131; Fax 0228 843 144.

## TELEMATIK

## Die Zukunft der Kommunikation

In die elektronische Datenübertragung im Gesundheitswesen setzt auch die AOK große Erwartungen. Ein elektronisches Rezept und der elektronische Arztbrief sollen die papiergebundene Kommunikation in Zukunft ersetzen. Dadurch sollen sich die Leistungserbringer der verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens schneller verständigen können. Die Datengrundlage für die Behandlungen soll sich verbessern. Bei allen elektronischen Anwendungen ist jedoch stets größte Sorgfalt im Datenschutz zu wahren.

Das elektronische Rezept als Ausgangspunkt für eine Arzneimittel-Dokumentation und die elektronische Gesundheitskarte für rund 80 Millionen Versicherte wird aber nach Meinung vieler Experten voraussichtlich nicht bis Ende 2006 flächendeckend eingeführt sein können. Diese ursprüngliche Zeitplanung des Bundesgesundheitsministeriums lässt sich aus Sicht der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung (PKV), der Bundesärztekammer (BÄK), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) nicht einhalten.

Voraussetzung für die Einführung des elektronischen Rezeptes ist eine Infrastruktur, bestehend aus der elektronischen Gesundheitskarte, dem Heilberufsausweis mit digitaler Signatur sowie hinreichend vernetzter Soft- und Hardware. Es gilt, die Datenströme zwischen 80 Millionen Versicherten, 120.000 niedergelassenen Ärzten, 55.000 Zahnärzten, 2.200 Krankenhäusern, 21.000 Apotheken und über 280 gesetzlichen Krankenkassen sowie 50 privaten Krankenversicherungen zuverlässig zu organisieren. Die Investitionskosten werden nach derzeitigen Schätzungen mindestens zwischen einer und 1,4 Milliarden Euro betragen. Dabei sind neben den Kosten für die rund 80 Millionen Gesundheits-

karten mit Bild und Signatur auch die Investitionen in Software und Hardware von großer Bedeutung. ←

## STUDIE GESUNDHEITSWESEN

## Gute Noten für das deutsche System

Stimmt es, dass wir Deutschen einfach zu viel jammern? Das scheint zumindest bezüglich des Gesundheitssystems unser Problem zu sein: Denn das deutsche Gesundheitswesen ist besser als sein Ruf, hat das Kieler Fritz Beske Institut für Gesundheitssystemforschung (IGSF) herausgefunden. Im April 2004 hat das Institut eine Studie veröffentlicht, aus der hervorgeht, dass Deutschland im



**Der Doktor kommt sofort: In Deutschland warten Patienten nicht lange auf Behandlung.**

internationalen Vergleich eine Spitzenposition einnimmt, wenn es zum Beispiel darum geht, dass Patienten schnell ärztliche Hilfe bekommen.

„Deutschland hat ein sehr leistungsfähiges Gesundheitswesen mit einem umfassenden Leistungskatalog. Müssen die Versicherten mit ihren Beiträgen nicht auch versicherungsfremde Leistungen finanzieren und hätte es keine politischen Entscheidungen zur Entlastung anderer Zweige der Sozialversicherung und des Staates bei Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung gegeben, so gäbe es auch keine finanziellen Probleme in der gesetzlichen Krankenversiche-

rung“, so Professor Fritz Beske, in der IGSF-Leitung, anlässlich der Vorstellung Studie.

Die IGSF-Ergebnisse stehen im Widerspruch zum Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (heute: Sachverständigenrat zur Beobachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) aus dem Jahr 2001. Der Sachverständigenrat ist damals davon ausgegangen, dass bei vergleichsweise hohen Kosten in Deutschland nur mittelmäßige Gesundheitsleistungen erreicht werden. Beske geht jedoch davon aus, dass die Daten zur Lebenserwartung und Sterblichkeit bei bestimmten Krankheiten, mit denen der Sachverständigenrat seine These stützt, nicht aussagekräftig genug sind. Außerdem hätten Ernährung und Lebensweise häufig einen größeren Einfluss auf den Gesundheitszustand als das medizinische Therapieangebot, so Beske. Die Weltgesundheitsorganisation, die Deutschland bei einem Ranking im Jahr 2000 auf Platz 25 verwiesen hatte, hat von einem Vergleich anhand des medizinischen Angebotes inzwischen Abstand genommen und die Rangliste von damals zurückgezogen.

Beske kritisierte allerdings, dass es in Deutschland an einer umfassenden Gesundheitsforschung fehle, die tatsächliche Qualitätsmängel im Gesundheitswesen belegen könnte. Weitere Informationen im Internet unter der Adresse [www.igsf.de](http://www.igsf.de) ←

## VORSTANDSGEHÄLTER

## Was die Chefs wirklich verdienen

Durchschnittlich rund 130.000 Euro pro Jahr erhalten die Manager der AOK-Gemeinschaft für ihre Arbeit. Die Vorstandsvorsitzenden der 17 selbstständigen AOKs und des AOK-Bundesverbandes, verantwortlich für insgesamt 25,5 Millionen Versicherte und 58 Milliarden Euro Leistungsausgaben, verdienen damit deutlich weniger als die Spitzenkräfte ver-

gleichbarer Positionen in der Wirtschaft und die Vorstände der privaten Krankenversicherung. Die Verwaltungsräte der Spitzenverbände erklärten anlässlich der Veröffentlichung der Gehälter Anfang 2004, dass es wegen des sozialen Auftrages der gesetzlichen Krankenversicherung richtig sei, die Bezahlung der Kassenvorstände nicht auf das Niveau vergleichbarer privatwirtschaftlicher Unternehmen anzuheben.

Die Gehälter der Kassen-Manager werden von den Verwaltungsräten, den Vertretern von Versicherten und Arbeitgebern, festgelegt. Die Vorstandsverträge, einschließlich der Vergütungsvereinbarungen, werden von den zuständigen Aufsichtsbehörden geprüft. „Bei den



**Einsame Spitze? Nein, Kassen-Vorstände verdienen weniger als andere Manager.**

gesetzlichen Krankenversicherungen werden keine Traumgehälter zu Lasten der

Versicherten gezahlt“, hat das Bundesversicherungsamt nach einer breit angelegten Prüfung im Sommer 2003 bestätigt.

Seit 2004 müssen die gesetzlichen Krankenkassen ihre Vorstandsgehälter offen legen. Die Versicherten sollen wissen, wofür ihre Beiträge verwendet werden. Die Gehälter werden im Bundesanzeiger und den Mitgliederzeitschriften der Kassen veröffentlicht, bei der AOK in der Zeitschrift „Bleib gesund“. Der Anteil der Verwaltungskosten, in die auch die Vorstandsgehälter eingerechnet werden, liegt zur Zeit bei 5,6 Prozent der Gesamtausgaben. Die private Krankenversicherung wendet mit 12,8 Prozent ihrer Ausgaben mehr als doppelt so viel für die Verwaltung auf. <img alt="arrow" data-bbox="638 395 655 405"/>

## INTERVIEW

# Europa erfordert große Reformen



**Reinhard Busse,**  
Professor für  
Management im  
Gesundheitswesen  
an der TU Berlin

**Europas Einheit mit sozialpolitischer Vielfalt? Die nationalen Gesundheitssysteme Europas unterscheiden sich deutlich voneinander. Aber fast überall stehen größere Reformen an oder wurden bereits vollzogen. Reinhard Busse erläutert, wohin in Europa die Entwicklung des Gesundheitswesens geht.**

**Wie ähnlich sind sich die Gesundheitssysteme der europäischen Staaten?**

Trotz Ähnlichkeiten im Detail unterscheiden sich die Gesundheitssysteme der EU-Staaten doch stark voneinander. Ein wichtiges Merkmal ist die Art der Finanzierung: mit Steuern, Sozialversicherungsbeiträgen oder privaten Quellen. Ein weiteres Merkmal ist die Art der Leistungseinkäufer: In steuerfinanzierten Systemen ist dies entweder der Zentralstaat (am ehesten in Großbritannien, Portugal und Malta), viel häufiger aber die Regionen. Unter den Krankenkassen-basierten Systemen gibt es solche, die überwiegend durch Sozialbeiträge finanziert sind, wie in Frankreich oder Slowenien, und solche mit hohem Steueranteil, entweder explizit wie in Belgien oder weil viele Beiträge vom Staat bezahlt werden (z.B. Slowakei). Nimmt man als Merkmal den Ort der ambulanten Leistungserbringung hinzu, ergeben sich kaum Gruppen von Ländern mit ähnlichen Systemen.

**Viele europäische Staaten haben ihr Gesundheitssystem bereits reformiert oder planen dies für die nächste Zukunft. Wie beurteilen Sie die aktuelle deutsche Reform im europäischen Vergleich?**

Reformen gehören inzwischen in praktisch allen EU-Staaten zur kontinuierlichen Aufgabe der Gesundheitspolitik. Dabei sollte zwischen wirklich großen Reformen wie etwa der (Wieder-)Einführung von Krankenkassen in den Ländern Mittel- und Osteuropas in den goer

Jahren und kleineren bis mittleren Adaptationen wie mit dem GMG in Deutschland unterschieden werden. Im Unterschied zu fast allen anderen Ländern setzt Deutschland weiterhin auf die Selbstverwaltung. Ob die Selbstverwaltung das Problem der schlechten Kosten-Effektivität in den Griff bekommt, darf aber durchaus skeptisch gesehen werden.

**Sehen Sie bei den Reformen eine einheitliche Richtung, einen Trend? Erwarten oder sehen Sie eine tendenzielle Angleichung der Systeme?**

Bei den Reformen gibt es mehrere Trends. Trotz allen Augenmerks auf der Kostendämpfung gibt es wesentlichere Reformen, wie die Absicherung des Pflegerisikos, zuletzt in Frankreich. Die Hauptstoßrichtung ist aber die Verbesserung der Kosten-Effektivität. Dabei verfolgen die Staaten drei Strategien: Erstens die Auswahl effektiver Leistungen, zweitens die Förderung ihres angemessenen Einsatzes bei, drittens, hoher technischer Qualität. Gemeinsame Werkzeuge für die Auswahl der Leistungen sind unter anderem das Health Technology Assessment, explizite Kriterien bei der Aufnahme von Leistungen oder die Definition von Positivlisten für Arzneimittel. Zur zweiten Strategie gehören Leitlinien, Disease-Management-Programme und zielorientierte Vergütungen, und zur dritten Krankenhausakkreditierungen, Mindestmengen und das Benchmarking.

**Inwiefern stellt Europa eine Herausforderung für das deutsche Gesundheitswesen dar?**

Die Herausforderung für das deutsche Gesundheitssystem besteht in europäischen Regelungen zum Sozialschutz wie etwa Arbeitszeitregelungen und vor allem in Regeln für den freien Personen-, Waren- und Dienstleistungsverkehr. Daneben zeichnet sich mit der so genannten Offenen Methode der Koordinierung ein ganz neuer Bereich ab, der bei Umsetzung die Qualitäts- beziehungsweise Effektivitäts-orientierten Reformen noch steigern dürfte. <img alt="arrow" data-bbox="638 925 655 935"/>

## VERBRAUCHERSCHUTZ

# Ein Podest für die Patienten

**Einmischung erwünscht: Die Politik will der Stimme der Patienten im Gesundheitswesen mehr Gehör verschaffen. Die AOK begrüßt die Stärkung der Rechte ihrer Versicherten und unterstützt sie mit vielfältigen Informations- und Beratungsangeboten.**

Viele Menschen nehmen die AOK als Krankenkasse mit einer hohen Kompetenz in den Feldern Prävention und Wegweisung wahr – so das Ergebnis des Werbe- und Image-monitors 2003. Das kommt nicht von ungefähr, denn die AOK baut ihre Informations- und Beratungsangebote kontinuierlich aus. Sie hilft damit ihren Versicherten, sich in einem immer komplizierter werdenden Gesundheitssystem zurecht zu finden. Ziel ist es, die gesundheitliche Kompetenz der Patienten zu stärken und sie über Rechte und Pflichten aufzuklären. Denn nur wer seine Rechte kennt, kann sie auch einfordern. Die Ansätze zur Patientenbeteiligung im Rahmen des Gesetzes zur

Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) haben zudem neue Weichen dafür gestellt, dass die individuellen Rechte durch bessere Möglichkeiten der politischen Einflussnahme flankiert werden.

## Wegweiser im Gesundheitssystem:

Mit dem Einzug des Wettbewerbs in das Gesundheitssystem geraten Versicherte zunehmend in die Rolle souveräner Kunden – eine Rolle, die viele noch überfordert. Denn die Qualität der Versorgung ist durchaus nicht immer garantiert. Um Informationen bewerten und einordnen zu können, wünschen sich Versicherte daher eine aktive Rolle ihrer Krankenkasse: So gaben über 80 Prozent in einer Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK an, dass die Krankenkassen die Möglichkeit haben sollten, Patienten über die Qualität von Ärzten und Krankenhäusern aufzuklären (GKV-Monitor 2003).

Eine wichtige Hilfe stellt die medizinische Information am Telefon dar, die nun den AOK-Versicherten bundesweit zur Verfügung steht. Ein Baustein zur Stärkung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes ist die Beratung bei medizinischen Behandlungsfehlern. AOK-Versicherte können sich, wenn sie einen Behandlungsfehler vermuten, an spezielle Serviceteams der Gesundheitskasse wenden. Um ihre Rolle als „Navigator“ zu festigen, setzt die AOK verstärkt

auch das Internet als Medium ein. Unter [www.aok.de](http://www.aok.de), in der Rubrik Gesundheitswissen/Verbraucherschutz finden die Internet-Nutzer vor allem Informationen, die Wegweiserfunktion haben und Versicherte und Patienten darin unterstützen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens kompetent zu nutzen. Mit diesem Hintergrund können die Versicherten die Qualität medizinischer Informationen besser beurteilen und sich optimal auf einen Arzt- oder Krankenhausbesuch vorbereiten. Eine Datenbank bietet die Möglichkeit, auf wichtige Gerichts-Urteile zuzugreifen.

**Patientenberatung fördern:** Im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 hat der Gesetzgeber die Spitzenverbände der Kassen verpflichtet, Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung mit jährlich rund 5,1 Millionen Euro zu fördern. Bei der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben aus dem Paragraphen 65 b Sozialgesetzbuch (SGB) V hat der AOK-Bundesverband die Federführung übernommen. Die Spitzenverbände fördern 30 Modellprojekte zur Patientenberatung, die wissenschaftlich begleitet werden. Im März 2003 haben die Universitäten Bielefeld und Hannover den Zwischenbericht der Evaluation mit einer Gesamtschätzung der Modellprojekte vorgelegt. Die Umsetzungsstrategie der Kassen wird von den Wissenschaftlern positiv bewertet. Die Spitzenverbände haben die Laufzeit der Projekte bis Mitte 2005 verlängert, um den im Herbst 2004 vorliegenden Evaluations-Abschlussbericht auszuwerten und die Weichen für die zukünftige Ausgestaltung des Paragraphen 65 b zu stellen.

Für die AOK eröffnet sich die Chance, ihr Informations- und Beratungsangebot durch Kooperationen mit erfolgreichen Modellprojekten zur Patientenberatung weiterzuentwickeln. Von besonderem Interesse sind dabei Angebote, die sich auf bestimmte Krankheitsbilder und Beratungsthemen spezialisieren.

**Patientenbeauftragte begrüßt:** Auch die Gesundheitspolitik hat sich in ihrer jüngsten Reform die Stärkung der Patientensouveränität auf die Fahnen geschrieben. Dieses

## TIPP

Nähere Informationen zu den nach Paragraph 65 b SGB V geförderten Modellprojekten zur Patientenberatung im Internet unter [www.modell-projekte.de](http://www.modell-projekte.de) Im Beitrag „Spielfeld statt Tribüne“ in G+G 2/2004, S. 20-25, erläutert Heike Wöllenstein die Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen.

Anliegen unterstützt die AOK seit langem sowohl durch versichertenorientierte Angebote, aber auch durch ihre Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit. So hat sich die AOK unter anderem an der Verbreitung der Broschüre „Patientenrechte in Deutschland“, herausgegeben von Bundesgesundheits- und Bundesjustizministerium – einer Art „Patientencharta“ – beteiligt. In schriftlichen Stellungnahmen und bei Anhörungen zum GMG hat die AOK die Neuregelungen zur Stärkung der Patientensouveränität konstruktiv begleitet. Die AOK begrüßt ausdrücklich die Einsetzung einer Patientenbeauftragten. Helga Kühn-Mengel, die erste Amtsinhaberin, wirkt künftig bei allen wichtigen Gesetzen, die Patientenrechte berühren, mit.

Durch das GMG erhalten Versicherte nicht nur das Recht, nach der Behandlung eine Patientenquittung zu erhalten, sondern sie können nun zwischen verschiedenen Bonus- und Beitragstarifen oder Zusatzversicherungen wählen. Die AOK nutzt die neuen gesetzlichen Spielräume, um ihren Versicherten maßgeschneiderte Angebote zu unterbreiten. Sie will ihre Lotsenfunktion und die Unterstützung ihrer Versicherten in Gesundheitsfragen weiter ausbauen.

**Patienten politisch beteiligen:** Mit Inkrafttreten des GMG hat ein Novum in der Geschichte der Selbstverwaltung begonnen: Erstmals erhalten Selbsthilfe- und Patientenvertreter die Möglichkeit, Fragen der Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen, Ärzten und Krankenhäusern mit zu beraten und Entscheidungen zu beeinflussen. Selbsthilfe- und Patientenorganisationen entsenden ihre Vertreter in das wichtigste Gremium, den neuen Gemeinsamen Bundesausschuss. Sie können dort beispielsweise die Beratung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden forcieren. Mit der Beteiligung der Patientenseite kann nicht nur das in den Patientenorganisationen gebündelte Erfahrungswissen in die Beratungen einfließen, sondern auch die Transparenz der Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses erhöht werden. Der Gesetzgeber hat jedoch deutlich gemacht, dass Patientenvertreter nicht mitentscheiden dürfen. Ein Stimmrecht als stärkste Form der Mitwirkung wäre aus rechtlichen Gründen äußerst problematisch und wird auch von den Krankenkassen abgelehnt. Damit bleibt die Hauptverantwortung bei den bisherigen Trägern der Selbstverwaltung.

Die historisch gewachsene gemeinsame Selbstverwaltung und vor allem die Selbstverwaltungsorgane der AOK stellen seit jeher sicher, dass Patienteninteressen im Verwaltungshandeln angemessen berücksichtigt werden. Um die positiven Effekte einer Patientenbeteiligung für die soziale Selbstverwaltung zu erschließen, hat der Verwaltungsrat des AOK-Bundesverbandes beschlossen, dass künftig Patientenorganisationen einmal im Jahr zu einer Anhörung oder einem Workshop eingeladen werden. Zudem wird empfohlen, dass die Landes-AOKs neue Möglichkeiten der Beteiligung entwickeln. ☼



DISEASE-MANAGEMENT

# Versorgung mit Programm

**Nicht jeder hat an ihre Lebenskraft geglaubt. Doch heute erfreuen sich Disease-Management-Programme guten Zuspruchs. AOK-Versicherte mit Diabetes haben bundesweit die Möglichkeit, an AOK-Curaplan teilzunehmen. Qualität und Praxistauglichkeit der Programme werden weiter verbessert.**

**Auch ein hoch entwickeltes Gesundheitssystem** kann in Teilen unzulänglich sein. Vor rund vier Jahren wiesen die Experten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen deutliche Versorgungsmängel gerade im Bereich der chronischen Erkrankungen nach. Um diesem Missstand abzuhelpfen, sollen chronisch kranke Patienten nun in strukturierten Behandlungsprogrammen systematisch, koordiniert und individuell betreut werden.

Das Disease-Management ist heute fast bundesweit Teil der Gesundheitsversorgung. Als erstes Programm hatte das Bundesversicherungsamt im April 2003 AOK-Curaplan Brustkrebs zugelassen. Brustkrebs-Patientinnen können sich derzeit in fünf AOK-Programme einschreiben, elf Verträge werden verhandelt. Für Typ-2-Diabetiker bieten inzwischen alle AOKs ein strukturiertes Programm an. Insgesamt haben sich bis zum Frühjahr 2004 rund 350.000 Versicherte in AOK-Curaplan eingeschrieben. Die Zahl der Teilnehmer an den Programmen aller Kassen beläuft sich auf 750.000. Vertragspartner der Kassen sind meist die Kassenärztlichen Vereinigungen, doch gibt es auch Einzelverträge mit Ärzten, mit Krankenhäusern und dem Deutschen Hausärzterverband.

**Den Verwaltungsaufwand verringern:** Die Disease-Management-Programme (DMP) sind stetig an die Anforderungen der Praxis angepasst worden. Die für eine regelmäßige Aktualisierung der DMP zuständige Arbeitsgruppe des Gemeinsamen Bundesausschusses hat die Dokumentation des Programms für Typ-2-Diabetiker wesentlich vereinfacht. Die AOK hatte den Anstoß dazu gegeben, weil die Bürokratie nicht die Behandlung behindern sollte.

Wichtiger Ansprechpartner für die DMP-Teilnehmer ist der behandelnde Arzt, meist der Hausarzt. Bislang kooperieren die AOKs bei Curaplan mit rund 35.000 Ärzten. Allerdings gibt es gerade unter Ärzten noch Vorbehalte gegen das Disease-Management. Der Verwaltungsaufwand und hohe Fehlerquoten bei der Dokumentation sorgen für Unmut. In der am 1. März 2004 in Kraft getretenen neunten Verordnung zur Änderung der Risikostrukturausgleichs-Verord-

nung haben Kritik und Praxiserfahrungen ihren Niederschlag gefunden: Der Aufwand für die Dokumentation sinkt nun um rund ein Drittel, ohne die Qualität zu beeinträchtigen. Der Patient autorisiert bei Programmbeginn die Datenweitergabe, die Dokumentation unterschreibt er nicht mehr. Der Einsatz von Software reduziert Fehler in der Dokumentation.

Bis das Disease-Management zur Regelversorgung bei chronischen Erkrankungen wird, bleibt aber noch viel Überzeugungsarbeit zu leisten. Zwar finden die Zweifel an der Wirksamkeit und den Versorgungsstandards im DMP in Fachkreisen wenig Unterstützung. Die Auseinandersetzung um zentrale Fragen wie die nach der Qualität der strukturierten Programme, nach Kosteneffekten oder nach dem Zusammenhang mit dem Risikostrukturausgleich bleiben aber auf der Tagesordnung. Die Zahl der laufenden Programme wächst. Die Verhandlungen zur Umsetzung für das DMP Koronare Herzkrankheit haben bereits begonnen. Auch die Vorbereitungen von Programmen für Typ-1-Diabetiker sind bei einigen AOKs weit fortgeschritten. Jedes in der Praxis verankerte Programm wird die Skeptiker eines Besseren belehren können. ☼

## Der DMP-Fahrplan

<b>1. Mai 2003</b>	Rechtsverordnung zum DMP Koronare Herzkrankheit (7. RSAÄndV)
<b>Januar 2004</b>	DMP Diabetes mellitus Typ 2 in allen Bundesländern gestartet
<b>1. März 2004</b>	Rechtsverordnung zum DMP Diabetes mellitus Typ1 und Vereinfachung der DMP Diabetes mellitus Typ2 und Koronare Herzkrankheit (9. RSAÄndV)
<b>Stand Mitte März 2004</b>	rund 400 zugelassene DMP-Verträge (AOK: elf zugelassene DMP-Verträge; acht Diabetes mellitus Typ 2 und drei Brustkrebs), Diab. mell Typ 2 der AOK flächendeckend gestartet (mit 380.000 eingeschriebenen Versicherten und 32.000 teilnehmenden Ärzten), fünf DMP Brustkrebs der AOK gestartet. Verhandlungen DMP KHK haben begonnen. Vorbereitungen DMP Diab. mell. Typ 1 laufen.
<b>Sommer 2004</b>	Gemeinsamer Bundesausschuss beendet Überarbeitung der DMP Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs
<b>Herbst 2004</b>	Rechtsverordnung zum DMP Asthma/COPD



## NEUE VERSORGUNGSFORMEN

# Die Grenzen überwinden

**Ambulant und stationär – zwei Welten der Gesundheitsversorgung. Nun sollen die Mauern zwischen Arztpraxen und Kliniken fallen. Um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Behandlung vor allem bei chronisch und mehrfach kranken Patienten zu verbessern, setzt die AOK auf die integrierte Versorgung.**

**Die strikte Abschottung** der einzelnen Versorgungsbereiche beeinträchtigt Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen. Obwohl das lange bekannt ist, existieren für ambulante und stationäre Versorgung, Akutversorgung und Rehabilitation, Heilung und Pflege immer noch jeweils eigenständige organisatorische (Zwangs-)Arrangements und Finanzierungsmodalitäten. Deshalb muss der vielfach komplexe Behandlungs- und Betreuungsbedarf von Patienten für die Zuständigkeiten der Leistungsanbieter verschiedener Bereiche künstlich aufgeteilt werden. An den Schnittstellen kommt es zwangsläufig zu Problemen bei der Abstimmung und Zusammenarbeit. Schließlich hat jeder Anbieter ein Interesse, möglichst viele Untersuchungs- und Behandlungsleistungen selbst zu erbringen und dafür vergütet zu werden. Um den Bedürfnissen der zunehmend mehrfach und chronisch kranken Patienten gerecht werden zu können, müssen sich zum einen die Ärzte einer medizinischen Gesamtverantwortung bewusst sein. Zum anderen fehlt auch noch die organisatorische und ökonomische Ausrichtung der Versorgungsstrukturen auf den gesamten Versorgungsbedarf kranker Menschen.

**Die integrierte Versorgung als Hoffnungsträger:** An dieser Problemdiagnose setzt die integrierte Versorgung an. Die Voraussetzungen dafür sind mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) deutlich verbessert worden. Die Krankenkassen können nun sektorübergreifende Versorgungsverträge mit einzelnen Leistungsanbietern schließen. Versicherte, die sich in entsprechende Versorgungsmodelle einschreiben, können dafür einen Bonus erhalten.

Gegenüber der heutigen Situation der Gesundheitsversorgung bedeutet dies einen dreifachen Fortschritt. Erstens reichen die Verträge nun über die Grenzen einzelner Versorgungsbereiche hinaus und können sich somit am ganzheitlichen Bedarf der Patienten orientieren. Zweitens können die Verträge außerhalb des starren Gefüges von Kollektivverträgen und Zulassungsregularien geschlossen

und damit auf konkrete Versorgungsziele ausgerichtet werden. Und drittens können sich ganz neue Typen von Vertragspartnern der Krankenkassen bilden, die schon von ihrer Organisationsstruktur her bessere Voraussetzungen für ein leistungsfähiges Versorgungsmanagement bieten, als in der zersplitterten Versorgungslandschaft bislang möglich. Diese Erwartung wird zusätzlich dadurch gefördert, dass künftig auch so genannte medizinische Versorgungszentren mit angestellten Ärzten ambulante Versorgung anbieten dürfen.

**Anschubfinanzierung gesichert:** Der Gesetzgeber hat der integrierten Versorgung im GMG einen hohen Stellenwert eingeräumt. So können die Kassen im Zeitraum 2004 bis 2006 jeweils bis zu einem Prozent ihrer Vergütungen für die ambulante und stationäre medizinische Versorgung zur Anschubfinanzierung für integrierte Versorgungsmodelle abzweigen. Damit stehen unmittelbar bis zu 700 Millionen Euro zur Verfügung, die in die Entwicklung und Umsetzung integrierter Versorgungsformen investiert werden können. Allerdings ist das Ein-Prozent-Budget kein Ersatz dafür, dass generell eindeutige Bereinigungsvorschriften für die bestehenden sektoralen Vergütungs- und Zulassungsregelungen gefunden werden müssen. Erst dann ist die Vorfahrt für individuelle Integrationsverträge gegenüber sektoralen Kollektivverträgen dauerhaft gesichert.

**TIPP**

**Näheres im Internet auf der Homepage des AOK-Bundesverbandes unter [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) (Gesundheitsversorgung → integrierte Versorgung)**

**Neue Verträge erarbeiten:** Die AOK begrüßt die neuen gesetzlichen Möglichkeiten zur integrierten Versorgung. Sie wird diese Möglichkeiten im Interesse ihrer Versicherten intensiv nutzen. Dabei kann es allerdings nicht darum gehen, möglichst schnell möglichst viele neue Verträge zu schließen, die zwar klangvolle Überschriften tragen, sich aber sonst kaum von der gegenwärtig üblichen Versorgung unterscheiden.

Vielmehr muss das zur Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung bereitstehende Ein-Prozent-Budget dazu genutzt werden, die Entwicklung strukturell wirklich neuer, die verschiedenen Leistungsbereiche überspannender Versorgungsformen zu fördern. Das ist der Weg, auf dem Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung so nachhaltig verbessert werden können, dass die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung davon profitieren. ☼

## VERTRAGSWETTBEWERB

# Frischer Wind am Verhandlungstisch

**Konkurrenz belebt das Geschäft: Die AOK setzt sich deshalb für den Vertragswettbewerb ein. Wenn einzelne Kassen individuelle Verträge mit Leistungsanbietern abschließen, können sich Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung verbessern.**

In der gesetzlichen Krankenversicherung herrscht seit Einführung der freien Kassenwahl für die Versicherten zwischen den Kassen ein lebhafter Wettbewerb. Bei ihrer Wahl orientieren sich die Versicherten hauptsächlich an den Beitragssätzen. Bei den Leistungen haben die Kassen bisher kaum eine Möglichkeit, sich zu profilieren. Das liegt daran, dass die Mehrzahl der Steuerungsstrukturen bei den Anbietern der Gesundheitsleistungen noch aus der Zeit vor Einführung des Kassenwettbewerbs stammt.

Die Vertragsbeziehungen der Krankenkassen mit den niedergelassenen Ärzten und mit den Krankenhäusern werden fast unverändert durch gesetzlich verordnete Kollektivsteuerung und durch planwirtschaftliche Vorgaben bestimmt. Dazu gehören unter anderem die zentrale Bedarfsplanung und Zulassung, sektorale Budgets und einheitliche Vergütungsvorschriften. So müssen zum Beispiel im

Bereich der stationären Versorgung alle Krankenkassen „gemeinsam und einheitlich“ mit den Krankenhäusern verhandeln.

Dadurch gibt es für Kassen und Leistungsanbieter bisher zu wenig Anreize und Handlungsfreiräume, gezielt auf die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung hinzuwirken. Zahlreiche Mängel in Bezug auf Qualität, Wirksamkeit und Schwerpunkte in der Gesundheitsversorgung sind die fast logische Folge von Fehlsteuerungen.

**Vom Kollektivvertrag verabschieden:** Eine Alternative zur Kollektivsteuerung bietet der Vertragswettbewerb. Er setzt auf den gezielten Ausbau wettbewerblicher Anreize und Handlungsfreiräume für die Partner auf der Kassen- und der Leistungsanbieterseite. Da die Kassen dann nur noch mit ausgewählten Leistungsanbietern Versorgungsverträge abschließen, wird unter den Anbietern von Gesundheitsleistungen ein produktiver Wettbewerb ausgelöst: Sie müssen

sich im eigenen Interesse um ein Höchstmaß an Qualität, Wirtschaftlichkeit und Patientenorientierung bemühen, wenn sie die Kassen zum Abschluss von Verträgen bewegen wollen. Die Kassen können ihrerseits den Abschluss von besonders günstigen und leistungsfähigen Versorgungsverträgen im Wettbewerb um Versicherte nutzen.

Die AOK strebt schon seit längerer Zeit die Stärkung des Wettbewerbs in den Vertragsbeziehungen mit den Leistungsanbietern im Gesundheitswesen an. Deshalb hat sie im Vorfeld des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) ein interdisziplinäres Gutachten in Auftrag gegeben, das ein geschlossenes vertragswettbewerbliches Konzept aus ökonomischer, rechtlicher und sozialmedizinischer Sicht entwickelt hat (*siehe Lesetipp im Kasten*). Die Autoren des Gutachtens nennen außerdem konkrete Schritte, über die das bestehende Kollektivvertragssystem in ein wettbewerbliches Vertragssystem umgewandelt werden kann.

**Für den Vertragswettbewerb einsetzen:** Neben einer Erweiterung der einzelwirtschaftlichen Handlungsfreiräume erfordert ein vertragswettbewerbliches System eine Reihe von Anpassungen im bestehenden Rechtsgefüge. So muss der Ordnungsrahmen für den Kassenwettbewerb weiterentwickelt werden, damit die erweiterten Handlungsmöglichkeiten die Kassen nicht zur gezielten Auswahl junger, gesunder Versicherter verleiten. Die bestehenden Kollektivregelungen – sektorale Budgets, aber auch Bedarfsplanungs- und Zulassungsvorschriften – müssen an einzelvertragliche Vereinbarungen angepasst werden. Schließlich muss sich auch die Rolle des Staates vom „Detailregulierer“ in Richtung Ordnungsgeber und Wettbewerbshüter verändern. Andernfalls kann sich das vertragswettbewerbliche Steuerungspotenzial nicht entfalten.

Gemessen an diesem stringenten Konzept aus dem AOK-Auftrag sind die wettbewerbsorientierten Strukturreformen des GMG eher schwach ausgefallen. Die AOK wird aber alle neuen Handlungsfreiräume im Interesse ihrer Versicherten so weit wie möglich nutzen. Darüber hinaus wird der AOK-Bundesverband weiter Einfluss auf die Politik nehmen, damit der Wettbewerbsrhetorik auch entschlossene Taten in Richtung Vertragswettbewerb folgen. ☼

*Lesen Sie zu diesem Thema das Interview mit Professor Jürgen Wasem auf Seite 20.*

## TIPP

Lesetipp: „Vertragswettbewerb in der GKV zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung“ Gutachten von Ingwer Ebsen, Stefan Greß, Klaus Jacobs, Joachim Szecsenyi und Jürgen Wasem. AOK-Bundesverband: AOK im Dialog, Band 13, Bonn 2003.

BONUSMODELL

# Gesundes Leben lohnt sich doppelt

**Motivation zur Prävention: Wer in der AOK versichert ist, kann einen Bonus erhalten, wenn er sich nachweislich um Fitness und Vorsorge kümmert. Mit diesem Bonus verbunden ist eine Eigenbeteiligung an etwaigen Behandlungskosten.**

Wer viel für seine Gesundheit tut, den belohnt die AOK jetzt zusätzlich: AOK-Mitglieder können seit Anfang 2004 einen Bonustarif zu wählen. Der AOK-Bonustarif soll die Bereitschaft der Versicherten zur Eigenleistung, Vorsorge und Früherkennung fördern und sie darüber hinaus für eine gesunde Lebensweise gewinnen. Mit einem gestaffelten Grundbonus und einem Gesundheitsbonus werden je nach Einkommen bis zu 300 Euro im Jahr erstattet. Dafür beteiligen sich die Versicherten an den Kosten für Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte (siehe Abbildung).

AOK-Mitglieder stehen modernen Elementen in der Krankenversicherung positiv gegenüber. Die Versicherten betrachten es einerseits als selbstverständlich, dass die Kasse gesundheitsbewusstes Verhalten honoriert. Andererseits erkennen sie, dass eine Eigenbeteiligung an den Gesundheitsausgaben die Eigenverantwortung unterstützt und die individuelle Inanspruchnahme der Leistungen angemessen beeinflussen kann. Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) räumt der Gesetzgeber den Kassen nun die Möglichkeiten ein, ihren

Versicherten einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten auszus zahlen und den freiwillig Versicherten Selbstbehalttarife und Beitragsrückerstattungen anzubieten.

Das AOK-Angebot fasst die Elemente des Gesundheitsbonus und des Selbstbehaltes zusammen. Auf diese Weise will die AOK ihre Versicherten für die Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten sensibilisieren. Darüber hinaus will die AOK körperliche Fitness belohnen. Damit verfolgt sie einen innovativen Ansatz, der die Ergebnisse und nicht bereits die Teilnahme an Gesundheitsmaßnahmen belohnt. Andererseits soll durch den Selbstbehalt das Kostenbewusstsein der Versicherten geschärft werden.

Die eigentliche Neuerung liegt allerdings in der Kombination dieser beiden Elemente zu einem untrennbaren Gesamtpaket. Aus diesem Grund wurde der AOK-Bonustarif als Modellvorhaben in den Satzungen der beteiligten AOKs verankert. Über die Tarifgestaltung soll außerdem der Nachweis erbracht werden, dass die steuernde Wirkung eines Selbstbehaltes auch im Rahmen des Sachleistungsprinzips Wirkung entfaltet und nicht zwangsweise einen Systemwechsel nach sich ziehen muss. Dem AOK-Bonustarif sollen in diesem Jahr weitere Bonusangebote folgen. Sie werden sich insbesondere an chronisch Kranke und Patienten in strukturierten Behandlungsprogrammen richten, sowie Lösungen für Versicherte vorsehen, die an der getrennten Betrachtung von gesundheits- und kostenbewusstem Verhalten interessiert sind.

## Grundbonus plus Gesundheitsbonus

Einkommen	Eigenbeteiligung		Maximale Eigenbeteiligung	Grundbonus	Gesundheitsbonus
	• Arztbesuch mit Rezept für Medikamente	• Krankenhausaufenthalt			
bis zu 3.862,50 Euro brutto	25 Euro	50 Euro	250 Euro	• Bonus für Eigenbeteiligung 100-130 Euro	• Bonus für Vorsorge/Impfungen oder Fitness 70 Euro
über 3.862,50 Euro brutto	35 Euro	50 Euro	350 Euro	200-230 Euro	70 Euro

Entscheidend für die Höhe des Grundbonus ist das Einkommen. Der Grundbonus beträgt bis zu 230 Euro. Bei der Eigenbeteiligung werden nur Arztbesuche mit Rezepten für Medikamente sowie Krankenhausaufenthalte berücksichtigt. Der Bonus für die Eigenbeteiligung

steigt nach dem ersten leistungsfreien Jahr auf 110 Euro (210 Euro), im zweiten Jahr auf 120 Euro (230 Euro) und ab dem dritten Jahr auf 130 Euro (230 Euro). Der Gesundheitsbonus beträgt für beide Einkommensgruppen einheitlich 70 Euro.

ZUSATZVERSICHERUNGEN

# Gesundheitsschutz aus einer Hand

**Die Grenzen zwischen den Systemen werden durchlässiger: Seit dem 1. Januar 2004 dürfen gesetzliche und private Krankenversicherungen kooperieren. Auch die AOK bietet ihren Versicherten Zusatzversicherungen unter anderem für Brillen und Zahnersatz an.**

Mit dem Angebot von Zusatzversicherungen hat die AOK ein für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) neues Geschäftsfeld erschlossen. Die aktuelle Gesundheitsreform sieht vor, dass die GKV ihren Versicherten von 2004 an private Ergänzungsversicherungen in Kooperation mit privaten Krankenversicherungsunternehmen vermitteln kann.

Die AOK hat die Kundenbedürfnisse analysiert und passende Zusatzversicherungspakete geschnürt. Neben bedürfnisgerechtem Versicherungsschutz sollen AOK-Kunden günstige Konditionen erhalten. Die AOKs haben deshalb ihre Kooperationspartner im Rahmen umfassender Ausschreibungsverfahren ausgewählt. Dabei spielten sowohl der Preis als auch Aspekte wie Beitragsstabilität und Kundenservice eine zentrale Rolle. 13 AOKs haben mit der DKV

Deutsche Krankenversicherung Kooperationsverträge abgeschlossen. Drei AOKs haben sich für eine Zusammenarbeit mit sparkassennahen Institutionen entschieden, einmal fiel die Wahl auf die Alte Oldenburger Versicherung.

Die neuen Zusatzversicherungs-Pakete berücksichtigen spezielle Wünsche von AOK-Versicherten (z.B. Zahnersatz, Sehhilfen, Auslandsreise-Krankenversicherung). Sie bieten aber auch spezielle Sonderkonditionen für bereits im Markt etablierte Einzelversicherungen bzw. Versicherungspakete der jeweiligen Kooperationspartner. So haben im Rahmen der DKV-Kooperation AOK-Mitglieder bei Abschluss einer ambulanten Zusatzversicherung den Vorteil, weitestgehend keine Wartezeiten einhalten zu müssen. Die Risikoprüfungen sind für sie vereinfacht, alle Versicherten haben grundsätzlich Zugang zu den Angeboten. Zudem können auch Versicherte, die das 70. Lebensjahr überschritten haben, Zusatzversicherungen im ambulanten Bereich abschließen. – Selbst das attraktivste Angebot verkauft sich aber nicht von allein. Die AOK hat ihre Mitarbeiter für die qualifizierte Beratung zu Zusatzversicherungen fit gemacht, damit sie den Bedarf jedes Einzelnen berücksichtigen. ◀

INTERVIEW

## Wettbewerbsdruck erhöht die Wirtschaftlichkeit



Jürgen Wasem, Professor für Medizinmanagement an der Universität Essen

Die AOK nutzt die vom Gesetzgeber geschaffenen Möglichkeiten und schließt individuelle Verträge mit Ärzten und Krankenhäusern ab. Jürgen Wasem, Autor eines von der AOK in Auftrag gegebenen Gutachtens zum Thema, erläutert, worum und wohin es beim Vertragswettbewerb geht. (Lesen Sie dazu auch den Beitrag auf Seite 18.)

**Sie setzen sich für mehr Wettbewerb im Vertragsbereich ein. Was versprechen Sie sich davon? Was bringt der Vertragswettbewerb den Versicherten und dem Gesundheitssystem?**

Ich bin davon überzeugt, dass Vertragswettbewerb die Produktivität in der Gesundheitsversorgung verbessern kann. Und zwar insbesondere dadurch, dass die unter Wettbewerbsdruck stehenden Vertragspartner – Krankenkassen und Leistungserbringer – sich um innovative Lösungen bemühen werden. Unter Kollektivverträgen sind die Möglichkeiten, aber auch der Druck, sich um die wirtschaftlichste Versorgung zu bemühen, geringer ausgeprägt.

**Das GMG schafft erste Möglichkeiten für individuelle Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern. Wie schätzen Sie diese Optionen ein?**

Sie sind ein Schritt in die richtige Richtung. Dies gilt insbesondere für die verbesserten Anreize und Möglichkeiten zur integrierten Versorgung. Aber auch die Möglichkeiten, auf einzelvertraglicher Basis mit den Krankenhäusern ambulante Leistungen zu vereinbaren, rechne ich hierzu. Allerdings geht von den Regelungen des GMG kein wirklicher Druck in Richtung individueller Verträge aus.

**Welche Schritte sollten Ihrer Meinung nach folgen?**

Vertragswettbewerb ist ein anspruchsvolles Konzept. Die gemeinsam und einheitlich zu treffenden Regelungen müssen weiter zurückgefahren werden. Sektorspezifische Regelungen, wie sektorale Budgets, sektorale Bedarfsplanung, sektorale Zulassung müssen perspektivisch beseitigt werden. An die Stelle der in Teilbereichen staatlich vorgeschriebenen Monopole muss das Wettbewerbsrecht treten. Mehr Transparenz ist Voraussetzung für informierte Wahlentscheidungen der Versicherten. Damit auch bei Wettbewerb die Kranken geschützt sind, muss der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich eingeführt werden. ◀



Arbeitgeber holen sich Infos im Internet unter [www.aok-business.de](http://www.aok-business.de)

**HOMEPAGE**

**Internet für Chefs**

Arbeitgeber nutzen bei Fragen zur Krankenversicherung auch das Internet. Die AOK hat deshalb eine Homepage für die Arbeitgeber und Mitarbeiter der Personalabteilungen eingerichtet. Das Portal „AOK Service für Unternehmen“ bietet den Usern umfassende, aktuelle Informationen, vermittelt Grundlagen und Details der Sozialversicherung, informiert über Veränderungen im Arbeits- und Steuerrecht und unterstützt die Unternehmen aktiv bei ihrem Engagement für mehr Gesundheit.

Wer erstmals Minijobber anstellt, findet über das AOK-Portal alle Angaben zur Meldung dieser Beschäftigten und kann sich das passende Formular ausdrucken. Die Internetseite soll den persönlichen Kontakt zu den AOK-Mitarbeitern per Telefon oder in der Geschäftsstelle nicht ersetzen, sondern ihn sinnvoll ergänzen. Das AOK-Portal

für Firmenkunden ist unter [www.aok-business.de](http://www.aok-business.de) seit Januar 2004 im Internet zugänglich. ←

**BERLINER GESUNDHEITSPREIS**

**Fehler zugeben**

Behandlungsfehler treten stärker in das Blickfeld der Öffentlichkeit. Deshalb haben AOK und Ärztekammer Berlin für den Berliner Gesundheitspreis 2002 das Thema „Qualitätsoffensive in Medizin und Pflege – Fehlervermeidung und Sicherheitskultur“ ausgewählt. Die Jury hat das Preisgeld von insgesamt 50.000 Euro an sechs Projekte vergeben, die Vorbildcharakter in der Sicherheitskultur haben (siehe Kasten).

Kalkulationen des Robert-Koch-Instituts aus dem Jahre 2001 gehen von landesweit 40.000 Behandlungsfehler-Vorfällen aus. Jährlich lassen sich rund 12.000 Behandlungsfehler nachweisen. Nach Überzeugung der Experten fehlen die Voraussetzungen für eine Kultur des Umgangs mit Fehlern. Während in den Gesundheitssystemen anderer Länder funktionierende Fehlervermeidungsstrategien fest verankert sind, mangelt es in Deutschland an Beispiel gebenden Modellen – wie die, welche mit dem Berliner Gesundheitspreis ausgezeichnet worden sind.

Der Berliner Gesundheitspreis wird alle zwei Jahre ausgeschrieben. Im Jahr 2004 heißt das Thema „Hausarzt-Medi-

zin der Zukunft“. Der Jury des Wettbewerbs gehören unter anderem der Vorsitzende des Gesundheitsausschusses, Klaus Kirschner, und die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel, an. Informationen zum Berliner Gesundheitspreis im Internet unter [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de), dort auch das G+G-Spezial zum Berliner Gesundheitspreis 2002. ←

**HAUSARZTMODELL**

**Doktor ihres Vertrauens**

Der Hausarzt ist für die meisten Patienten der erste Ansprechpartner, wenn sie Fragen zur Gesundheit haben. Deshalb soll seine Stellung im Hausarztmodell aufgewertet werden. Die Teilnahme ist für die Versicherten freiwillig. Wer mitmacht, verpflichtet sich für mindestens ein Jahr, bei Krankheit erst zu seinem Hausarzt zu gehen. Für die Behandlung beim Facharzt stellt der Hausarzt eine Überweisung aus. Seit Ende 2003 testet die AOK Baden-Württemberg im Raum Mannheim ein Hausarztmodell. An dem Probelauf für ein landesweites Hausarzt-Programm sind 111 Ärzte und bislang über 3.500 Versicherte beteiligt. Auch die AOKs in Bayern, in Schleswig-Holstein und Thüringen wollen hausarztorientierte Versorgungsmodelle erproben. In Bayern kann die AOK auf dem Fundament des Praxisnetzes in Nürnberg aufbauen. ←

**Berliner Gesundheitspreis: Die Preisträger**

Preis	Ansprechpartner	Institution	Thema des Wettbewerbsbeitrages	Kontakt
1.Preis	Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH	Institut für Allgemeinmedizin Christian-Albrechts-Universität zu Kiel	Fehlerprävention und Risikomanagement in der allgemeinmedizinischen Praxis	gerlach@allgemeinmedizin.uni-kiel.de
1. Preis	Prof. Dr. Daniel Scheidegger	Departement Anästhesie der Universitätskliniken Basel	Computerbasiertes Anonymes Critical Incident Reporting: Ein Beitrag zur Patientensicherheit	dscheidegger@uhbs.ch
3. Preis	Stefan Palm	Klinikum der Universität Köln, Zentrale Dienstleistungseinrichtung für Qualitätsmanagement	Patientenstürze im Krankenhaus vermeiden	stefan.palm@medizin.uni-koeln.de
3. Preis	Simone Sturm	St. Josefs Hospital Wiesbaden	Dekubitusmanagement	HYPERLINKstv.pdl@joho.de
3. Preis	Dr. Clemens Becker	Geriatrisches Zentrum Ulm/Alb-Donau	Stürze in Pflegeheimen, aus Fehlern lernen – Sicherheit und Mobilität fördern	clemens.becker@medizin.uni-ulm.de
3. Preis	Schwester Werna Säckler	Berufsfachschule für Krankenpflege am Krankenhaus St. Josef in Buchloe	Den Keimen auf der Spur	schulleitung@pflegeschueler.de

Foto: privat, STOCK

## GESETZGEBUNG

# Prävention auf breiten Schultern

**Finanzielle Beteiligung aller Verantwortlichen und Freiräume für die eigene Kompetenz: Das erhofft sich die AOK vom Präventionsgesetz. Die Gesundheitskasse will ihre erfolgreichen Bemühungen um die Prävention fortsetzen und wünscht sich Unterstützung vom Gesetzgeber.**

**Prävention ist prima:** So lauten, salopp zusammengefasst, die offiziellen Äußerungen der Gesundheitspolitiker aller Parteien. Um den überzeugten Worten auch Taten folgen zu lassen, hat Rot-Grün in den Koalitionsvereinbarungen vom Oktober 2002 beschlossen, die gesetzlichen Vorschriften zur Prävention zu bündeln und zu ergänzen. Dadurch sollen sich Effektivität und Effizienz der Prävention erhöhen.

fünf Prozent der jährlichen Gesamtausgaben für Gesundheit in die Prävention investiert. Davon tragen die Krankenkassen bereits heute mit fast 40 Prozent die Hauptlast. Der Anteil der öffentlichen Haushalte und der Arbeitgeber an der Finanzierung der Prävention geht dagegen deutlich zurück.

## TIPP

**Präventionsleitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen im Internet unter [www.g-k-v.com](http://www.g-k-v.com), Stichwort Versicherten-Info/Prävention**

Folgerichtig hat sich die Politik darauf verständigt, im Rahmen des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) auf eine Änderung des Paragraphen 20 Sozialgesetzbuch (SGB) V zu verzichten. Stattdessen soll ein eigenes Gesetz sämtliche notwendigen Reformen zur Stärkung der Prävention neu regeln. Die AOK begrüßt

diese politische Initiative ausdrücklich und hat dazu klare Vorstellungen entwickelt.

## Länder und Kommunen an der Prävention beteiligen:

Die Gesundheitskasse verfolgt ein integriertes Konzept mit dem Ziel, das individuelle Gesundheitsverhalten zu stärken und zugleich die gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen auszubauen. Dafür müssen über das Gesundheitswesen hinaus auch andere Politikbereiche wie zum Beispiel Wirtschaft und Arbeit, Bildung, Umwelt, Verkehr und Verbraucherschutz einbezogen werden.

Dies erfordert ein Rahmengesetz, das die Vernetzung von Akteuren unterschiedlicher Ressorts und Ebenen (Bund, Länder und Gemeinden) vorsieht und deren Verantwortlichkeiten klar umreißt. Die Krankenkassen geben wichtige Impulse für die Prävention und Gesundheitsförderung und sie setzen ihre Pläne erfolgreich um. Allerdings können die Krankenkassen allein nicht die gewünschte und notwendige Flächendeckung erreichen. Deshalb müssen auch die Länder und Kommunen ihre Finanzverantwortung wahrnehmen. Nur dann lässt sich die finanzielle und damit operative Basis für gesundheitsförderliche Aktivitäten in Deutschland tatsächlich ausweiten. Ein Blick in die Statistik zeigt, dass dies bitter nötig ist: Derzeit werden nicht einmal

**Beitragszahler müssen Nutznießer sein:** Beim Präventionsgesetz muss beherzigt werden, dass Beitragsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung nur in Projekte fließen, die den Versicherten zugute kommen. Geld aus GKV-Beiträgen darf nicht als Ersatz für die staatliche Finanzierung der Prävention erhalten. Wo sich Aktionsfelder dem Wettbewerb entziehen, wie bei der Gesundheitsförderung von sozial Benachteiligten, sollten gesamtgesellschaftliche Prozesse eingeleitet und gefördert, vor allem neue Finanzierungsquellen erschlossen werden (zum Beispiel Unternehmen und ihre Verbände, private Krankenversicherungen, privates Sponsoring).

In ihrem Empfehlungspapier stellen die Teilnehmer des von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt einberufenen „Runden Tisches“ im Jahr 2001 fest, dass effiziente Prävention ein koordiniertes gemeinsames Vorgehen erfordert. Dabei sollen jedoch die bisherigen Eigenaktivitäten der Krankenkassen erhalten bleiben. Sowohl individuelle Verhaltensprävention als auch betriebliche Gesundheitsförderung werden von der AOK wie auch von anderen Krankenkassen seit Jahren in eigener Initiative und Finanzverantwortung nach einheitlichen Qualitätskriterien erfolgreich umgesetzt und transparent gemacht. Viele Unternehmen, aber auch der Sachverständigenrat zur Beobachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, haben bestätigt, dass die Kassen erfolgreiche Strukturen aufgebaut und unverzichtbare Praxiserfahrungen gesammelt haben. Ein künftiges Präventionsgesetz darf nichts beeinträchtigen oder zerstören, was in der Prävention bereits gut funktioniert und den Kassenwettbewerb günstig beeinflusst hat. Vor allem muss die Gestaltungsfreiheit der Kassen in Bereichen wie der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Individualprävention weiterhin erhalten bleiben.

**Erfahrungen in der Prävention nutzen:** Die Angebote der Gesundheitskasse zur Prävention setzen im Kindesalter an und erreichen auch noch alte Menschen, zum Beispiel wenn es um die Vorbeugung vor Stürzen geht. Die AOK beschäftigt rund 700 Präventionsfachkräfte der Ernährungs- und Sportwissenschaft, Psychologie und Sozialpädagogik und verfügt so über wertvolle Kompetenz in der Prävention vor Ort. Nahezu 200.000 AOK-Versicherte haben im Jahr 2002 die Angebote zur Individualprävention angenommen. 200 AOK-Spezialisten für betriebliche Gesundheitsförderung unterstützen bundesweit 2.750 Betriebe im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Dieses Engagement führte nachweislich zu einer höheren Leistungsfähigkeit und Produktivität der Beschäftigten. Für ein gesundheitsförderndes Umfeld in der Schule kooperiert die AOK bundesweit in 160 Projekten. Sie umfassen zum Teil Netzwerke mit bis zu 200 Schulen.

Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung gibt die AOK mit durchschnittlich 2,15 Euro je Versichertem mit am meisten für den vorbeugenden Gesundheitsschutz aus. In der so genannten behandlungsbegleitenden Prävention nach Paragraph 43 Sozialgesetzbuch V hat die Gesundheitskasse mit Modellversuchen zu Diabetes und Herz-Kreislaufkrankungen zum Teil beachtliche Gesundheitseffekte erzielt und Kosten gespart. Diese Angebote sollen deshalb in Disease-Management-Programme für chronisch Kranke integriert werden.

**Gesamtgesellschaftliche Aufgabe:** Um die Vorstellungen der AOK von breitenwirksamer Prävention zu erläutern, hatte der AOK-Bundesverband Ende 2003 Fachleute aus Politik, Wissenschaft, Verbänden und Medien zu der Veranstaltung „AOK im Dialog“ nach Berlin eingeladen, Motto: „Mehr Gesundheit in der Zukunft – Forderungen an ein Präventionsgesetz“. Im Mittelpunkt des politischen Teils diskutierten Theo Schröder, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit und Soziales, Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU) und Rolf Rosenbrock vom Sachverständigenrat zur Beobachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen über die Perspektiven für eine erfolgreiche Prävention. Anschließend betonte Dieter Spath vom Fraunhofer-Institut für Arbeitswissenschaft und Organisation die Notwendigkeit eines grundsätzlichen Paradigmenwechsels im Gesundheitswesen, damit die sozialen Sicherungssysteme dauerhaft stabil bleiben. Er machte deutlich, dass wesentliche Ansatzpunkte der Prävention außerhalb einer eng verstandenen Gesundheitspolitik liegen. Daher kann Prävention nur als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden. Die Teilnehmer von „AOK im Dialog“ konnten sich am Beispiel gelungener Projekte in Betrieben und Schulen aus verschiedenen Bundesländern von der erfolgreichen Präventionspraxis der AOK überzeugen. ❖



QUALITÄTSSICHERUNG

# Gesundheit fördern mit Methode

**Auf Herz und Nieren geprüft: Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung müssen Qualitätskriterien genügen. Die AOK definiert diese Anforderungen gemeinsam mit den anderen Kassen und passt sie fortlaufend aktuellen Erkenntnissen an.**

Die AOK-Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention müssen sich einer strengen Prüfung unterziehen. Alle Angebote entsprechen den Qualitätsanforderungen, die auf der Basis des Paragraphen 20 Sozialgesetzbuch V unter Hinzuziehung unabhängigen Sachverständigen im GKV-Leitfaden definiert und mit Unterstützung der Beratenden Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung stetig weiterentwickelt wird.

**TIPP**

Die GKV-Dokumentation im Internet unter [www.aok.de](http://www.aok.de) und [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)  
 Lesetipp: G+G Spezial 11/02 „Betriebliche Gesundheitsförderung“ und 4/03 „Gesundheitsförderung in der Schule“ als pdf-Datei zum Herunterladen auf der Homepage [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)

Die aktuell gültige Fassung des Leitfadens vom September 2003 berücksichtigt die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Wirkung gezielter Präventionsangebote im Bereich der Bewegungsgewohnheiten. Wesentliches Ziel dabei ist, dass die Versicherten die Bewegung über einen Kurs hinaus in ihren Alltag aufnehmen.

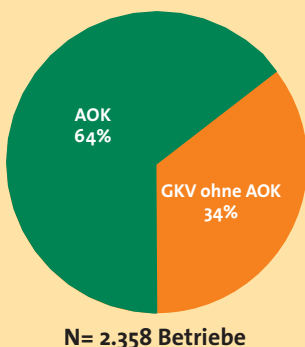
Bei allen Kursen für AOK-Versicherte ist die Wirksamkeit des Präventionsprinzips und der Zielgruppenbezug geprüft. Die Inhalte, die Methodik und die Vorgaben zur Anbieterqualifikation müssen den Anforderungen des GKV-Leitfadens entsprechen. So ist gewährleistet, dass die AOK-Versi-

cherten von den Programmen dauerhaft profitieren. Am häufigsten machen die Versicherten von Angeboten zur Bewegung Gebrauch. Auf Platz zwei der Nachfrage stehen Kurse zur gesunden Ernährung, insbesondere für Übergewichtige, auf Platz drei das Thema Stressbewältigung/Entspannung. In der betrieblichen Gesundheitsförderung hilft die AOK vor allem mittelgroßen Unternehmen, die körperlichen Belastungen der Mitarbeiter zu verringern. Damit Schüler und Lehrer in einem gesunden Umfeld lernen und arbeiten, unterstützt die AOK auch die schulische Gesundheitsförderung.

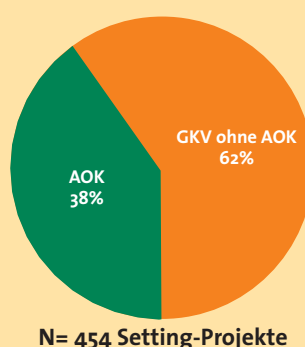
**Die Kassen berichten über ihr Engagement:** Im Jahr 2003 wurde erstmalig eine die gesamte gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erfassende Dokumentation der Kassenleistungen in der Prävention und Gesundheitsförderung vorgelegt. Dabei handelt es sich um den Auftakt zu einem künftig jährlich erscheinenden Bericht, zu dem sich die Kassen freiwillig verpflichtet haben. Zwischenzeitlich liegt der zweite Bericht vor, der die Kassenaktivitäten sowohl für den individuellen Ansatz (Kursprogramme), als auch für die Gesundheitsförderung im Lebensumfeld (insbesondere in der Schule) und in der betrieblichen Gesundheitsförderung darstellt. In allen drei Feldern liegt die AOK mit ihrem Engagement vorn (siehe Abbildung). Nachdem die freiwillige Dokumentation in ein Routineverfahren übergegangen ist, entwickelt die GKV als nächste Stufe der Qualitätssicherung mit wissenschaftlicher Unterstützung einheitliche Evaluationsinstrumente sowie Verfahren der Erfolgskontrolle. Sie sollen in den nächsten Jahren in Stichproben eingesetzt werden.

## Die AOK macht die meisten Präventions-Angebote

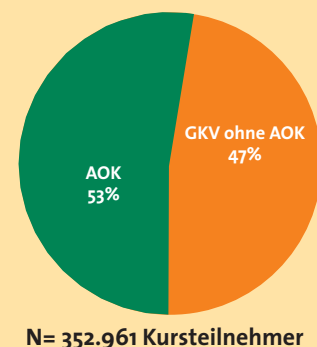
Betriebliche Gesundheitsförderung



Nichtbetriebliche Settings



Individueller Ansatz



Quelle: GKV-Dokumentation 2002 und AOK-interne Auswertungen



## ÜBERGEWICHT

# Dicke Kinder haben's schwer

**Die Gene, das Essen, die Eltern, die Freunde, das Fernsehen, die Langeweile: Es gibt viele Gründe für das Übergewicht von Kindern und Jugendlichen. Die AOK sucht nach Wegen für unseren schwergewichtigen Nachwuchs, den Ballast fürs Leben loszuwerden.**

Jedes fünfte Kind und jeder dritte Jugendliche in Deutschland sind zu dick. Unser Nachwuchs tritt damit in die Fußstapfen der Erwachsenen. Mit schlimmen Folgen: Denn dicke Kinder laufen Gefahr, typische Alterskrankheiten wie zum Beispiel Diabetes Typ 2, den so genannten Alterszucker und Bluthochdruck zu bekommen. Außerdem leidet häufig ihr Selbstwertgefühl, weil sie von ihren Altersgenossen in Schule und Kindergarten gehänselt und ausgegrenzt werden.

**Gar nicht erst dick werden:** Zu den Gesundheitszielen der AOK gehört unter anderem das gesunde Körpergewicht. Deshalb entwickelt die AOK Strategien zur Vermeidung und Behandlung des Übergewichts, besonders bei Kindern und Jugendlichen. In Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen haben Experten auf Grundlage der dazu weltweit vorhandenen Studienergebnisse Qualitätskriterien für Abnehm-Programme entwickelt. Sie werden derzeit im Rahmen eines Evaluationsvorhabens des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung empirisch überprüft.

Angesichts der mangelhaften Qualität der meisten Angebote zur Behandlung des Übergewichts im Kindes- und Jugendalter steigt die Bedeutung von Initiativen, die sich der Vorbeugung verschrieben haben. Neben eigenen Programmen zur Förderung der Bewegung und der frühzeitigen Steuerung des Essverhaltens beteiligt sich die AOK an der 2003 gestarteten Kampagne des Bundesministeriums für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (BMVEL) „Kinder leicht“. Auf dem Eröffnungskongress hat die Gesundheitskasse ihre Ernährungs- und Bewegungsangebote für Kinder vorgestellt. Seither wirkt die AOK in den Arbeitsgruppen der Kampagne mit, insbesondere in Richtung auf Programme für Familien, Kindertagesstätten und Schulen. Die AOK unterstützt die bundesweiten Projekte der Deutschen Gesellschaft für Ernährung „FIT KID“ und „Verpflegung in Ganztagschulen“.

Die AOK begrüßt die Kampagne des BMVEL, weil sie nicht allein auf Aufklärung und individuelle Verhaltensänderungen zielt. Vielmehr sollen die Rahmenbedingungen der Ernährung für Kinder zum Beispiel in den Bildungseinrichtungen verändert werden, sowie das allgemeine Lebensmittelangebot und die Werbung im Sinne der Prävention beeinflusst werden. Einen Überblick über den derzeitigen Diskussionsstand zum Thema gibt ein G+G-Spezialheft, das der AOK-Bundesverband im November 2003 herausgegeben hat (*siehe oben*). ↩

## TIPP

**G+G Spezial 11/03: „Schwerer Start ins Leben“, zu beziehen über die Abteilung Prävention und den Stabsbereich Medizin im AOK-Bundesverband.**

## Deutsches Forum Prävention

Die AOK gehört zu den 45 Gründungsmitgliedern des „Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung“. Das Forum wurde als Ergebnis der Gespräche am „Runden Tisch“ der Gesundheitsministerin Ulla Schmidt im Juli 2002 ins Leben gerufen. Im Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung, das die **Weiterentwicklung der Prävention in Deutschland verantwortlich steuert**, arbeitet der AOK-Bundesverband in allen vier Arbeitsgruppen mit. Mit den Vertretern anderer Verbände und Organisationen des Gesundheitswesens einigt sich der AOK-Bundesverband in den fachbezogenen Arbeitsgruppen „Gesunde Kindergärten und Schulen“, „Betriebliche Gesundheitsförderung“ und „Gesund altern“ auf gemeinsame Ziele,

Inhalte und Maßnahmen und deren Umsetzung. Die Arbeitsgruppe „Organisation und Recht“ erörtert aktuelle Gesetzesvorhaben im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. So gehört es zu den Aufgaben des Forums, Vorschläge für das erwartete Präventionsgesetz zu machen.

Die Arbeit im Deutschen Forum Prävention ist ein Schritt in Richtung gemeinsamer Verantwortung für die gesamtgesellschaftliche Aufgabe, gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen und Lebensmöglichkeiten zu schaffen. Die Rahmenvereinbarung des Deutschen Forums Prävention steht als pdf-Datei im Internet: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) (Gesundheitsversorgung → Themen → Prävention). ↩

SELBSTHILFE

# Fördern nach Bedarf

**Geld geben mit Verstand: Die AOK weiß aus langjähriger persönlicher Zusammenarbeit, wo die Selbsthilfe wie viel finanzielle Unterstützung benötigt. Deshalb entscheidet sie auch weiterhin mit über die Förderschwerpunkte.**

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Vertreter der Selbsthilfe begrüßen die durch die Gesundheitsreform 2000 eingeleitete Stärkung der Selbsthilfe durch die Festlegung eines Sollbetrages für die Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen. Der

gesetzlich vorgesehene Förderbetrag lag im Jahr 2003 bei 53 Cent pro Versichertem, für 2004 sind 54 Cent festgelegt worden. In der Anfangsphase hat jedoch keine der Krankenkassen diesen Betrag ausgeschöpft. Die Gründe sind vielschichtig: Beispielsweise musste geklärt werden, wie die Mittel aufgeteilt werden

sollen. Die Beteiligten haben Förderkriterien entwickelt und Strukturen für die Vergabe der Fördermittel aufgebaut.

Nach intensiven Diskussionen haben sich die Bundesverbände der gesetzlichen Krankenversicherung mit den Vertretern der Selbsthilfe am 9. Mai 2003 auf „Empfehlungen [...] zur Weiterentwicklung der Umsetzung von Paragraph 20 Absatz 4 Sozialgesetzbuch (SGB) V“ geeinigt. Die Empfehlungen enthalten einvernehmliche und praxisnahe Lösungen für die Förderung der Selbsthilfe, damit der Förderbetrag in Zukunft voll ausgeschöpft werden kann.

**TIPP**

G+G-Spezial 4/2004 zum Thema Selbsthilfeförderung: „In der Gruppe liegt die Kraft“

Beide Seiten haben dabei Zugeständnisse gemacht. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat einer verstärkt pauschalen Förderung der regionalen/örtlichen Selbsthilfegruppen zugestimmt und die Vorstellungen der Selbsthilfe zur Aufteilung der Fördermittel auf die verschiedenen Förderebenen in die Empfehlungen aufgenommen. Die Vertreter der Selbsthilfe fordern für die Verteilung der insgesamt zur Verfügung stehenden Fördermittel der Kassen eine Viertelung: Jeweils 25 Prozent der Mittel sollen in die Förderung der Selbsthilfeorganisationen auf Bundesebene, der Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene, der Selbsthilfegruppen vor Ort und der Selbsthilfekontaktstellen fließen.

Nach Auffassung der GKV fehlt für eine solche Aufteilung aber jede empirische Basis. Der Bedarf der verschiedenen Ebenen ergibt sich vielmehr aus den selbsthilfespezifischen Organisationsstrukturen. Sie sind gekennzeichnet vom unterschiedlichen Verbreitungsgrad einer Behinderung oder chronischen Erkrankung, der Mitgliederzahl, dem Aktivitätsspektrum oder dem jeweiligen Selbstverständnis der Organisation. Solange die Grundsatzfragen offen bleiben, behalten sich die Kassen die Entscheidung über unterschiedliche Förderschwerpunkte vor. Die AOK legt weiterhin den Schwerpunkt ihres Engagements auf die Selbsthilfegruppen vor Ort.

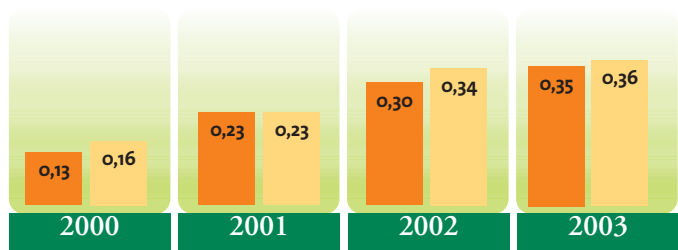
**Gemeinsam über Förderung entscheiden:** Die Empfehlungen der Spitzenverbände sehen vor, auf den jeweiligen Förderebenen Arbeitskreise zu bilden. In ihnen setzen sich Vertreter der verschiedenen Kassen und deren Verbände und Vertreter der Selbsthilfe zusammen. In diesen Arbeitskreisen soll über die bedarfsbezogene und angemessene Förderung, die Vereinfachung des Verfahrens, die Reduzierung von aufwändigen Verwaltungsverfahren zur möglichst unbürokratischen Bearbeitung der Anträge insbesondere auf der regionalen und Landesebene entschieden werden.

Eine solche Umsetzung hat ansatzweise begonnen: Um die Transparenz des Fördergeschehens zu erhöhen und die Förderbedingungen insbesondere im Umgang mit den Selbsthilfekontaktstellen abzustimmen, hat sich die AOK bemüht, die verantwortlichen Partner der GKV und der Selbsthilfe zu Gesprächen an einen Tisch zu holen. In Arbeits- und Gesprächskreisen mit Vertretern der Krankenkassen, Verbände, Selbsthilfevertretern und Vertretern der öffentlichen Hand werden zur Zeit die Voraussetzungen und Möglichkeiten für eine transparente Förderung diskutiert, die allen Beteiligten gerecht wird. ←

## Die AOK fördert stärker

### Das geben die Kassen für die Selbsthilfe

■ Fördermittel der GKV in Euro ■ Fördermittel der AOK in Euro



Quelle: 2000-2002 KJ 1; 2003 KV 45

## INTERVIEW

# Gemeinsam motivieren

Krankenkassen und Unfallversicherung arbeiten bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren seit gut 15 Jahren zusammen. Dabei haben sowohl die Zahl der Kooperationen als auch deren Qualität kontinuierlich zugenommen. Als Meilenstein in dieser Entwicklung unterzeichneten alle Spitzenverbände eine Rahmenvereinbarung. Sie wird von der Politik und der Fachöffentlichkeit als positives Beispiel für die Zusammenarbeit verschiedener Sozialversicherungszeige in der Prävention wahrgenommen.



**Herr Dr. Eichendorf, welche Vorteile hat die Zusammenarbeit der Berufsgenossenschaften mit den Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung gegenüber einem voneinander unabhängigen Engagement?**

**Dr. Walter Eichendorf,** Stellvertretender Hauptgeschäftsführer des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Beide Sozialversicherungszweige haben in der Prävention ausgewiesene Stärken auf unterschiedlichen Feldern. Die Krankenkassen besitzen Informationen über den Gesundheitszustand ihrer Versicherten. Die Berufsgenossenschaften haben ein umfangreiches Wissen über die Arbeitsbedingungen. Wird das zusammengelegt, können Hypothesen über Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Erkrankungen abgeleitet werden. Die Berufsgenossenschaften haben viel Know-how bei der Optimierung von Arbeitsbedingungen angesammelt. Die Krankenkassen wiederum sind sehr erfahren in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Beides zusammen ergibt ein umfassendes betriebliches Gesundheitsmanagement.

Wird das zusammengelegt, können Hypothesen über Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Erkrankungen abgeleitet werden. Die Berufsgenossenschaften haben viel Know-how bei der Optimierung von Arbeitsbedingungen angesammelt. Die Krankenkassen wiederum sind sehr erfahren in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Beides zusammen ergibt ein umfassendes betriebliches Gesundheitsmanagement.

**Welche Rollen übernehmen Krankenkasse und Berufsgenossenschaft in der gemeinsamen betrieblichen Gesundheitsförderung, damit die Zusammenarbeit gelingt?**

Berufsgenossenschaften und Krankenkassen verstehen sich beide als Dienstleister für gesunde Arbeitsbedingungen. Für eine gute Zusammenarbeit ist es deshalb von entscheidender Bedeutung, dass die

Eine gemeinsame Veranstaltung „Erfolgreiche Prävention durch Zusammenarbeit“ Ende 2003 Berlin konnte dies belegen (im Internet unter [www.hvbg.de](http://www.hvbg.de)). Häufiger als andere Kassen beteiligt sich die AOK an der gemeinsamen betrieblichen Gesundheitsförderung. Das Know-how der AOK-Fachkräfte, kombiniert mit dem Fachwissen der Experten aus den Berufsgenossenschaften, bringt wertvolle Synergieeffekte für Gesundheitsprogramme im Betrieb. Von den Erfahrungen mit der Zusammenarbeit berichtet Walter Eichendorf.

jeweiligen Funktionen vorab definiert werden. Wer übernimmt bei welchem Projekt die Federführung? Wer moderiert die betrieblichen oder überbetrieblichen Gremien? Wer ist primärer Ansprechpartner für den Betrieb?

**Wie nehmen Betriebe die Kooperation der beiden Partner wahr?**

Betriebe nehmen die Kooperation, die ihnen ja einen Service bietet, immer dann positiv wahr, wenn sie koordiniert und als Dienstleistung aus einem Guss erfolgt.

**Welche Form der Unterstützung ist für die Betriebe besonders interessant?**

Ganz konkrete Angebote zum Beispiel zu Fragen der ergonomischen Gestaltung der Arbeitsbedingungen, zur Verminderung psychischer Belastungen bei der Arbeit, zur Verbesserung der Arbeitsorganisation oder auch Trainingsmaßnahmen für ein gesünderes Verhalten der Beschäftigten.

**Wie wirkt die gemeinsame betriebliche Gesundheitsförderung auf die Wettbewerbsfähigkeit der Betriebe?**

Ein Ziel der Zusammenarbeit ist es, dass sich die Beschäftigten während der Arbeit wohl fühlen. Das hat einen positiven Einfluss auf die Motivation und damit auch auf die Wettbewerbsfähigkeit, denn motivierte Beschäftigte tragen nachweislich mehr zur Produktivität eines Unternehmens bei. <img alt="arrow icon" data-bbox="660 895 680 907"/>

## FEHLZEITEN-REPORT

## Beruf und Privatleben im Einklang

*Der Fehlzeiten-Report 2003 beschäftigt sich mit der Frage der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Wachsende Anforderungen an die Mitarbeiter in einer veränderten Arbeitswelt und ein steigender Anteil erwerbstätiger Frauen machen personalpolitische Maßnahmen zur Unterstützung einer besseren „Work-Life-Balance“, dem Gleichgewicht zwischen Arbeit und (Familien-)Leben immer wichtiger. Der Report zeigt, wie die Betriebe ihren Mitarbeitern dabei helfen können, Beruf und Privatleben besser miteinander in Einklang zu bringen. Neben den Beiträgen zum Schwerpunktthema enthält der Fehlzeiten-Report aktuelle Daten und Analysen zur Krankenstandsentwicklung in Deutschland.*

**Bernhard Badura, Henner Schellschmidt, Christian Vetter (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2003 Wettbewerbsfaktor Work-Life-Balance. Betriebliche Strategien zur Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Privatleben. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, Berlin, Springer-Verlag 2003.**

### AOK-LAUFSTUDIE

## Deutschland bewegt sich falsch

Deutschlands Freizeitsportler neigen dazu, sich beim Joggen zu überfordern. Das ist das Ergebnis einer breit angelegten Studie der AOK, für die Wissenschaftler der Deutschen Sporthochschule Köln 320 Freizeitläuferinnen und -läufer im Alter zwischen 11 und 85 Jahren beim Training begleitet haben. Erstmals wurden dabei nicht nur medizinische Daten analysiert, sondern auch individuelle Trainingskonzepte, Laufmotivation und Körperwahrnehmung untersucht. Fast die Hälfte aller Jogger fordert ihren Körper so stark, dass das Laufen nicht der Gesundheit nützt. Die AOK sieht sich durch diese Ergebnisse darin bestätigt, ihren Versi-



Fast die Hälfte aller Jogger überfordert sich.

cherten individuelle Gesundheitsprogramme anzubieten. Speziell für Läufer und Walker hat die Gesundheitskasse das Internetprogramm „Laufend in Form“ entwickelt. ☞

### GRÜNDUNG

## Aktivitäten vernetzen

Auf Initiative des Europäischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung hat sich das Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung gegründet. Das deutsche Netzwerk startete seine Arbeit im Oktober 2003. Alle

Aktivitäten des Netzwerkes dienen der stärkeren Verbreitung der betrieblichen Gesundheitsförderung. Der AOK-Bundesverband arbeitet im Forum für kleinere und mittlere Unternehmen mit. Gerade in diesem Bereich ist es von großer Bedeutung, gute Projekte zu erkennen, nach den Kosten-Nutzen-Effekten zu fragen und Empfehlungen zur Bearbeitung der in Frage stehenden Themen auszusprechen. ☞

### UMFRAGE

## Ein klares Ja zur Gesundheitsförderung

Im Sommer 2003 hat der AOK-Bundesverband 46 Unternehmen gefragt, wie sie den unternehmerischen Nutzen von AOK-Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung bewerten. Die Ergebnisse zeigen: Unternehmen profitieren durch positive Veränderungen ihrer internen Struktur (bessere Kommunikation) und ihrer Organisations- und Arbeitsabläufe sowie der Arbeitsplatzgestaltung. Am Ende dieser Nutzenkette stellen die befragten Unternehmen Kostensenkungen, Produktivitätssteigerungen und eine größere Kundenzufriedenheit fest. Die Ergebnisse sind veröffentlicht, eine jährliche Fortschreibung der Untersuchung ist geplant. Eine Broschüre ist erhältlich per E-Mail: [roland.kraemer@bv.aok.de](mailto:roland.kraemer@bv.aok.de) oder unter [www.aok-gesunde-unternehmen.de](http://www.aok-gesunde-unternehmen.de) ☞

### UNTERNEHMEN

## Gesund und wettbewerbsfähig

Die Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) geht 2004 ins dritte Jahr ihres Bestehens. Mit INQA wollen die Sozialpartner, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen und Bundesländer gesundheits- und persönlichkeitsförderliche Arbeitsbedingungen mit der Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen verbinden. Der Leitgedanke lautet:

„Gemeinsam handeln – jeder in seiner Verantwortung“. Für geeignete Themenbereiche zur Gestaltung der Arbeit, wie Bauwirtschaft, Pflege, lebenslanges Lernen, physische und psychische Fehlbelastungen wollen die Initiativpartner Verfahren und Instrumente sowie Beispiele „guter Praxis“ entwickeln oder vorhandene sammeln und verbreiten. AOK-Projekte sind in den Katalog der Beispiele aufgenommen. Ein Projekt der AOK Westfalen-Lippe zur Vermeidung psychischer und physischer Fehlbelastungen für die Musiktheater im Revier GmbH wird durch INQA gefördert. Infos unter [www.inqa.de](http://www.inqa.de) ☞

### VERBUNDPROJEKT

## Psychische Belastungen abbauen

Ein vom Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit gefördertes Verbundprojekt „Nachhaltige Gesundheits- und Sozialpolitik im Unternehmen“ (NAGU) soll helfen, psychische Belastungen in Betrieben zu erkennen und abzubauen. Das Projekt ist auf drei Jahre angelegt und wird Erkenntnisse aus drei branchenspezifischen Teilprojekten zusammenfassen. Die Verbundleitung liegt beim Institut für betriebliche Gesundheitsförderung der AOK Rheinland. Das BGF-Institut betreut außerdem das Teilprojekt in der Süßwarenindustrie des Rheinlandes. Weitere Partner sind die AOK Niedersachsen (Projekt in der Automobilbranche) und das Institut für gesundheitliche Prävention aus Münster (Projekt für Kommunalverwaltungen). Der AOK-Bundesverband ist im NAGU-Projektbeirat vertreten. ☞

### TIPP

In der Reihe „Produktionsfaktor Gesundheit“ ist eine weitere Broschüre erschienen. Sie beschreibt Praxis-Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung aus dem Verkehrs- und Transportwesen. Kostenfrei bei [renate.klein@bv.aok.de](mailto:renate.klein@bv.aok.de)

## EMPFEHLUNGEN

**Modell für Müllmänner**

Das vom Bundesverband der Unfallkassen in Kooperation mit AOK und BKK durchgeführte Modellprojekt Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren im Entsorgungsbereich (VERENA) ermittelt das Gefährdungspotenzial an zentralen Arbeitsplätzen der Straßenreinigung, der Abfallwirtschaft und dem Abwasserbereich der kommunalen Entsorgungsbranche. Daraus werden konkrete Präventionsempfehlungen abgeleitet. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) ist im Bereich der Datenauswertung, die AOK in der Projektkoordination in Betrieben und der AOK-Bundesverband im Projektbeirat von VERENA vertreten. ↵

## AUSSTELLUNGEN

**AOK auf der Messe**

Auf dem internationalen Arbeitsschutzkongress „Neue Qualität der Arbeit – menschengerecht und wirtschaftlich“ mit angeschlossener Messe Ende Oktober 2003 hat der AOK-Stand große Beachtung gefunden. Auf 80 Quadratmetern stellte sich der AOK-Service Gesunde Unternehmen den Fachbesuchern vor. Die AOK trug auf dem Kongress unter anderem über das betriebliche Gesundheitsmanagement und betriebliche Gesundheitsnetzwerke vor. Auch auf der Messe der Deutschen Gesellschaft für Personalführung ist die AOK wie bereits im Vorjahr am 17. und 18. Juni 2004 in Wiesbaden mit dem Thema betriebliche Gesundheitsförderung vertreten. ↵

## BERTELSMANN-STIFTUNG

**Zeitgemäße Politik**

Als wirtschaftliche Hochleistungsgesellschaft braucht Deutschland ein hohes Leistungsniveau und internationale



**Schwere Tonnen, hektischer Alltag: Was Müllmänner belastet, ermittelt VERENA.**

Wettbewerbsfähigkeit, um Wohlstand und Lebensqualität zu erhalten. Globalisierung und Strukturwandel, erhöhte Arbeitsintensität und Komplexität sowie verstärkte Unsicherheit und Ängste bei Beschäftigten erfordern eine neue Politik der Investition in Gesundheit. Dies war der Tenor der Experten, die im Auftrag der Bertelsmann- und Hans Böckler Stiftung seit Herbst 2001 Visionen, Leitbild und Ziele einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik beschrieben, fördernde und hemmende Faktoren ermittelt und Empfehlungen z.B. an Sozialpartner und überbetriebliche Akteure formuliert haben. Am 21. April 2004 hat die Kommission, der unter anderem der AOK-Bundesverband angehört, in Berlin ihren Schlussbericht vorgelegt. ↵

## THEMENKAMPAGNEN

**Image pflegen**

Die AOK hat ihre Positionierung als Gesundheitskasse mit zwei öffentlichkeitswirksamen Themenkampagnen im Jahr 2003 weiter ausgebaut. Unter dem Motto „Gesünder Essen mit weniger Fett“ sind im Mai für zwei Wochen die hundert besten Fettspartipps als „AOK-Fettcheck“ in den Medien beworben worden. Im Herbst lautete die Botschaft dann „AOK – Aktiv & Fit“. 66 Motivations-Tipps haben vermittelt, wie Bewegung richtig Spaß macht und was Ein-

steiger beim Laufen, Walken, Radfahren, Inlineskaten und Schwimmen beachten sollten. Durch die Einbindung von TV, Print- und Online-Medien sowie begleitende wissenschaftliche Studien wurde eine breite Öffentlichkeit angesprochen. ↵

## STUDIE

**Auf dem Prüfstand**

Das Wissenschaftliche Institut der AOK hat das sekundär-/tertiärpräventive Beratungsangebot der AOK Schleswig-Holstein evaluiert. Die einjährige Beratung wendet sich an Patienten mit Rücken-, Stoffwechsel- und Herz-Kreislaufkrankheiten. Bewertet wurden sowohl die gesundheitlichen und ökonomischen Effekte als auch die Prozess- und Servicequalität. Das Programm hat wichtige Qualitätsziele erreicht: So hat sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Teilnehmer deutlich verbessert. Die Versicherten haben die Angebote positiv aufgenommen und beurteilt. Neben den Fehlzeiten am Arbeitsplatz sanken die AOK-Leistungsausgaben, sodass Kosten für die Beratung kompensiert wurden. Einige dieser Wirkungen haben allerdings zwei Jahre nach der Beratung deutlich abgenommen.

*Christian Günster, Joachim Klose und Andrea Waltersbacher: Prävention auf dem Prüfstand, WiDO-Materialienband 49, Bonn 2004* ↵

## GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS

# Am Schalthebel der Macht

**Die Fäden neu sortiert: Die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Krankenhäuser und Kassen haben sich zusammengeschlossen. Sie entscheiden nun im neuen Gemeinsamen Bundesausschuss, welche Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung gehen dürfen.**

**Die gemeinsame Selbstverwaltung** der Ärzte und Krankenkassen hat sich neu organisiert: Am 13. Januar 2004 ist der Gemeinsame Bundesausschuss erstmals zusammengetreten. Er ersetzt nach dem Willen des Gesetzgebers die bisherigen Bundesausschüsse im vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Bereich, den Ausschuss Krankenhaus und den Koordinierungsausschuss. Die Träger sind die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Die AOK begrüßt es, dass zukünftig auch Vertreter von Patientenorganisationen in diesem wichtigen Gremium mitarbeiten werden. Ihre Erfahrungen sollen wesentlich dazu beitragen, die Medizin patientenfreundlich zu gestalten.

Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) hat den Gemeinsamen Bundesausschuss aufgewertet. Er fasst jetzt nicht nur die Aufgaben seiner Vorläufer zusammen, sein Aufgabenspektrum hat sich gewandelt. Früher stand das Verhältnis der Krankenkassen zu den Ärzten (und Zahnärzten) im Vordergrund. Heute regelt der Gemeinsame Bundesausschuss auch unmittelbar das Leistungsrecht, indem er die Ansprüche der Versicherten gegenüber ihren Krankenkassen konkretisiert. Er bewertet neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im ambulanten und stationären Bereich und entscheidet, ob sie den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Verfügung stehen sollen. Diese fachliche Bewertung erfolgt in Zukunft gemeinsam und nicht mehr wie bisher mit unterschiedlichen Prüfverfahren.

Die entsprechenden Kompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschusses sind vom Gesetzgeber so gestärkt worden, dass die (ursprünglich vielleicht spöttisch gemeinte) Bezeichnung „Kleiner Gesetzgeber“ ein zentrales Aufgabenfeld treffend beschreibt. Zu den neuen Aufgaben gehören Strukturfragen der Qualität und die Patientenfürsorge. Der Gemeinsame Bundesausschuss tagt themenbezogen in verschiedener Zusammensetzung (siehe Abbildung „Der Gemeinsame Bundesausschuss“ auf Seite 9).

**Neuer Ausschuss fasst erste Beschlüsse:** In einer der ersten Richtlinien, die der Gemeinsame Bundesausschuss verabschiedet hat, wird definiert, was unter „schwerwiegend chronisch krank“ zu verstehen ist. Das GMG sieht für Patienten, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, eine Absenkung der Belastungsgrenze von zwei Prozent auf ein Prozent vor. Neu an der Regelung ist der Begriff „schwerwiegend“. Der scheinbar naheliegende Lösungsansatz, eine Liste von Krankheiten zu erstellen, bewährt sich nicht: Die Schwere einer Erkrankung ist durch die Diagnose nicht hinreichend beschrieben. Bei den meisten Krankheiten gibt es leichte und auch schwere Verlaufsformen. Zudem kann das Wort „schwerwiegend“ unterschiedlich interpretiert werden. Im medizinischen Sinne kann der Begriff als prognostisch ungünstig, als die Lebensqualität schwer beeinträchtigend oder als intensiv behandlungsbedürftig gedeutet werden. Aus ökonomischer Sicht könnte eine schwerwiegende Krankheit vorliegen, wenn bei ihrer Behandlung hohe Zuzahlungen anfallen.

**Neue Kriterien hinzugenommen:** Der Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen hatte sich dafür ausgesprochen, die Entscheidung primär auf Basis von nachvollziehbaren formalen Kriterien zu treffen. Nach der Ende 2003 beschlossenen Regelung sollten Pflegestufe, Grad der Behinderung und Zahl der Krankenhausaufenthalte ausschlaggebend sein. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (BMGS) erachtete diesen Vorschlag als nicht ausreichend. Außerdem wurde das Kriterium der stationären Behandlungsbedürftigkeit als falscher Anreiz kritisiert. Aufgrund des Zeitdrucks hat das BMGS den Beschluss formell nicht beanstandet. Am 22. Januar 2004 hat dann der neue Gemeinsame Bundesausschuss die Richtlinie verabschiedet, nach der als schwerwiegend chronisch krank gilt, wer wegen einer Erkrankung bereits ein Jahr lang in Dauerbehandlung ist (mindestens einmal ärztliche Behandlung pro Quartal). Zusätzlich muss mindestens eines von drei Kriterien vorliegen: Pflegestufe II oder III, ein Grad der Behinderung von mindestens 60 Prozent (analog eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 Prozent) oder eine dauerhafte medizinische Versorgung,

**TIPP**

**Der Gemeinsame Bundesausschuss im Internet: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)**



ohne die eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten wäre.

**Einheitliches Bewertungsverfahren beschlossen:** Bis zum 31. Dezember 2003 war der Bundesausschuss in alter Zusammensetzung im Dienst und hat noch einige wichtige Neuerungen beschlossen. Dazu gehört die Richtlinie für ein einheitliches Verfahren zur Bewertung medizinischer Methoden und Leistungen auch im Bereich der Prävention, Familienplanung, Heil- und Hilfsmittel auf Basis der bereits seit 1997 geltenden Richtlinie zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden des Arbeitsausschusses Ärztliche Behandlung. Damit wird eine Verfahrenstreue für die Bewertungen des Bundesausschusses gesichert und die Transparenz seiner Beschlussfassungen erhöht. Die Neufassung dient als Basis für die Verfahrensordnung des neuen Gemeinsamen Bundesausschusses.

Auch über die **Richtlinien für ambulante Blutreinigungsverfahren** hat noch der alte Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 2003 entschieden. Der Arzt darf jetzt die so genannte Immunapherese (Entfernung von Antikörpern aus dem Blut) bei Patienten mit aktiver rheumäoider Gelenkentzündung verordnen, wenn die medikamen-

töse Therapie nicht gewirkt hat oder wegen Unverträglichkeit der Arzneimittel nicht angezeigt ist. Die Entscheidung von 1991, LDL-Apheresen (Entfernung einer Fett-Eiweiß-Verbindung aus dem Blut) in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen, wurde bestätigt. Für alle anderen Anwendungen der ambulanten Blutreinigung ist nach dem gegenwärtigen Stand der Wissenschaft der Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit auch im Vergleich zu anderen, erstattungsfähigen Methoden nicht hinreichend belegt.

Außerdem hat der alte Bundesausschuss entschieden, die **genotypische HIV-Resistenztestung in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen**. Diese Methode soll helfen, die Medikamentenauswahl für die Versorgung von Patienten mit der Immunschwächekrankheit HIV zu verbessern.

Auch für die **künstliche Befruchtung** gelten neue Vorgaben. Die Änderung des Paragraphen 27a Sozialgesetzbuch V hat dazu geführt, dass ab Januar 2004 nur noch drei Therapieversuche zu Lasten der GKV gehen. Für beide Partner sind Altersgrenzen gesetzt. Künftig muss die Krankenkasse vor Beginn der Fruchtbarkeits-Therapie einen Behandlungsplan genehmigen. An den dort aufgelisteten Kosten darf sie sich nur zu 50 Prozent beteiligen. Dazu zählen auch Aufwendungen für Medikamente, die im Rahmen der künstlichen Befruchtung verordnet werden. ❖

## HORMONTHERAPIE

# Die Fakten auf den Tisch packen

**Hormonpräparate können zahlreiche Versprechungen nicht halten. Im Gegenteil: Sie können bei Frauen in und nach den Wechseljahren sogar Schaden anrichten.**

Mehrere wissenschaftliche Studien haben nachgewiesen, dass Hormonpräparate bei Frauen in und nach den Wechseljahren häufig mehr Schaden anrichten, als dass sie Nutzen bringen.

Mehr als drei Millionen Frauen in Deutschland nehmen während der und nach den Wechseljahren Hormone ein – im Vertrauen darauf, dass sie so besser vor Herzinfarkt, Demenz, Schlaganfällen und Knochenbrüchen geschützt sind. Als im Jahr 2000 das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin gemeinsam mit dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) die Bilanz zog, dass der Schaden bei langfristiger Einnahme weiblicher Hormone in und nach der Menopause vermutlich den Nutzen übersteige, äußerten sich Meinungsführer aus der Ärzteschaft, so der Berufsverband der Frauenärzte, abschätzig. Zwei große Studien aus den USA und Großbritannien liefern aber weitere Argumente gegen die langfristige Hormonersatz-Therapie. Die Ergebnisse zei-

gen, dass Frauen, die dauerhaft eine Kombination von Gestagenen und Östrogenen einnehmen, ein erhöhtes Risiko für Thrombosen, Brustkrebs, Herzinfarkte und Schlaganfälle haben.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft sagen deshalb heute: Die Hormontherapie sollte nur noch im Einzelfall, z.B. zur Linderung ausgeprägter Wechseljahresbeschwerden, nach ausführlicher Erläuterung der Risiken und mit der niedrigsten wirksamen Dosis so kurz wie möglich verordnet werden. Diese generelle Empfehlung gilt auch für die so genannte Monotherapie (nur mit Östrogenen).

Das WiDO hat belegt, dass die Verordnungszahlen in Deutschland aber wesentlich langsamer zurückgehen, als es aufgrund dieser klaren Empfehlung zu erwarten ist. Verglichen mit anderen Ländern wie z.B. Kanada werden die wissenschaftlichen Erkenntnisse hier nur zögerlich umgesetzt. Um möglichen Schaden von den Frauen abzuwenden, müssen die niedergelassenen Ärzte schnellst möglich ihre einstigen Empfehlungen zurücknehmen und die wissenschaftlichen Ergebnisse im Praxisalltag beachten. **Informationen im Internet unter [www.wido.de/hormone/index.html](http://www.wido.de/hormone/index.html)** ☞

## INTERVIEW

## In einigen Bereichen besser als die anderen sein



**Dr. med. Joachim Wunderlich**, Facharzt für Innere Krankheiten, führt eine internistische Praxis für kardiologische Diagnostik in Berlin

**Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung fördert neue Versorgungsformen. Der Kardiologe Joachim Wunderlich, in Berlin an der Planung eines Modells zur integrierten Versorgung beteiligt, erläutert im Gespräch, was die Neuerungen für Ärzte und Patienten bedeuten.**

**Sehen Sie als niedergelassener Facharzt die Notwendigkeit, die medizinischen Versorgungsstrukturen – wie von der Politik gewünscht – zu verändern?**

Bisher haben manche Patienten kurz hintereinander beispielsweise fünf bis sechs Kardiologen aufgesucht. Wenn mit dem Hausarztmodell Patienten gezwungen wären, nur noch mit der gezielten Überweisung des Hausarztes zum Facharzt zu gehen, wäre das Optimum erreicht. Schon die Praxisgebühr hat sich entsprechend ausgewirkt: Patienten mit Bagatell-Erkrankungen sind weggeblieben. Ich kann meinen Sachverstand wesentlich effektiver einsetzen, nämlich für die Patienten, die wirklich Hilfe brauchen.

**Welche Vorteile haben die Patienten von Hausarztmodellen, DMPs und/oder integrierter Versorgung zu erwarten?**

Wenn sich Patienten in Hausarztmodelle einschreiben, wird sich das finanziell auswirken. Es wäre wünschenswert, dass die Versicherten das spüren, indem sie niedrigere Kassenbeiträge zahlen. Auch durch die strukturierte Behandlung in Disease-Management-Programmen sind Einsparungen zu erwarten, die sich auf die Beiträge auswirken werden. Die DMPs standardisieren die Behandlung, die Patienten werden auf dem höheren Niveau der evidenzbasierten Medizin versorgt.

**Was erwarten Sie für Ihre Arbeit?**

Ich habe keine Befürchtung, dass ich als Facharzt im ambulanten Bereich verschwinden werde. Die Kliniken werden ihre Hightech-Geräte dem ambulanten Bereich zur Verfügung stellen. Für viele Ärzte bedeuten die neuen Versorgungsformen allerdings, dass sie sich intensiver fortbilden müssen. Ärzte werden ein Qualitätsmanagement einführen. Wir Fachärzte werden eine neue Form von Konkurrenz untereinander erleben. Ich selbst werde mich in einigen Bereichen noch stärker spezialisieren, um dort besser als die anderen zu sein. ☞



## AMBULANTE OPERATIONEN

### Klarheit im Vertrag

Die AOK konnte bei den Neuverhandlungen zum Vertrag nach Paragraph 115 b Sozialgesetzbuch (SGB) V wichtige Forderungen durchsetzen. Der Katalog ambulanter Operationen enthält nun Kennzeichen für grundsätzlich ambulant zu leistende chirurgische Eingriffe. Vom Krankenhaus müssen gewichtige, im Vertrag genannte, Gründe vorgebracht werden, wenn es solche Eingriffe stationär erbringt. Ebenfalls auf Initiative der AOK wurde eine einheitliche Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren vertraglich festgelegt. Dadurch soll die Vergleichbarkeit zwischen ambulanten und stationären Eingriffen gewährleistet werden. Außerdem steht die Qualitätssicherung auf einem neuen Fundament. Es werden nur noch Tracer-Eingriffe erfasst (da es unmöglich ist, die Gesamtheit der Leistungen eines Krankenhauses abzubilden, werden üblicherweise bestimmte Krankheitsbilder betrachtet, die „Tracer“). Zugleich wird eine Infrastruktur geschaffen, die nicht nur Auswertungen, sondern auch Interventionen erlauben soll. ◀

## ZAHNARZT-HONORARE

### Prophylaxe aufgewertet

Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen und der Erweiterte Bewertungsausschuss haben am 4. Juni 2003 die Richtlinien zur vertragszahnärztlichen Versorgung und den Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (Bema) neu gefasst. Sie gelten seit 1. Januar 2004. Auf die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung hat die Neubewertung keinen Einfluss, da für höher bewertete Leistungen andere herabgestuft worden sind. Mit der Neubewertung folgten Kassen und Zahnärzte dem Auftrag, eine ursachengerechte, zahnschonende und präventionsorientierte Versorgung zu unterstützen. Jetzt werden Untersuchungen, Beratungen, Füllungen und Zahnwurzelbehandlungen höher



Frauen über 50 haben Anspruch auf die Mammographie zur Brustkrebs-Früherkennung.

bewertet, während kieferorthopädische und prothetische Leistungen wie Brücke und Kronen geringer vergütet werden.

Grundlage des neuen Bema sind zwei Zeitmess-Studien. Der Bereich der Füllungs- und chirurgischen Therapie einschließlich Prophylaxe ist um 10,8 Prozent aufgewertet worden. Der Bereich Zahnersatz ist dagegen um 7,5 Prozent und der Bereich Kieferorthopädie um 18,7 Prozent abgewertet worden. Die Zeitmess-Studien ergaben für den Bereich der parodontologischen Leistungen einen Abwertungsbedarf von circa 40 Prozent. Damit Parodontalerkrankungen frühzeitig erkannt werden, gibt es im Bema nun einen von der zahnmedizinischen Wissenschaft empfohlenen PSI-Index als neue Leistung, der mit zehn Punkten relativ hoch bewertet wird. Außerdem wurde die PAR-Behandlung neu strukturiert und die Bema Leistungen angepasst, sodass die neuen PAR-Leistungen nur zu einer geringeren Abwertung um circa 32 Prozent gegenüber den bisherigen PAR-Leistungen führen. ◀

## MAMMOGRAPHIE-SCREENING

### Brustkrebs erkennen

Im Jahr 2003 wurden die Grundlagen für ein flächendeckendes Mammographie-Screening gelegt. Die anspruchsberechtigten Frauen werden nun unter Beachtung des Datenschutzes regelmäßig zur Unter-

suchung eingeladen. Anforderungen an die Qualifikation der beteiligten Berufsgruppen und die räumliche und apparative Ausstattung sowie ein Qualitätssicherungssystem für alle Berufsgruppen und alle Einzelmaßnahmen sollen Qualität und Wirtschaftlichkeit des Mammographie-Screenings sichern. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Kassen haben Anfang 2004 den Beirat der Kooperationsgemeinschaft Mammographie konstituiert. Er überführt die noch laufenden Modellprojekte in die Regelversorgung. Die Kooperationsgemeinschaft organisiert, koordiniert und überwacht mit den Referenzzentren das Screening-Programm. Weitere Aufgaben der Kooperationsgemeinschaft sind die Zertifizierung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und die Evaluation des ganzen Programmes. ◀

## ÄRZTEZAHLEN

### Kaum Engpässe

Die These eines im Osten generell drohenden Ärztemangels ist nicht haltbar. Das hat das Wissenschaftliche Institut der AOK in einer Analyse der Versorgung in den fünf neuen Bundesländern festgestellt. Die Wissenschaftler haben die Auswirkungen der Altersabgänge bei Vertragsärzten regional und arztgruppenspezifisch untersucht und verschiedene Szenarien durchgerechnet. In vielen Facharztgruppen bleibt die Situation auch nach dem altersbedingten Ausscheiden von Ärzten eher von einer Überversorgung geprägt. Auch bei Hausärzten herrscht derzeit in einigen Gebieten Überversorgung. Allerdings geht ein erheblicher Teil der Hausärzte – in regional unterschiedlichem Ausmaß – in nächster Zeit in den Ruhestand. Daher müsste ein Teil der frei werdenden Hausarztstühle gezielt wieder besetzt werden. ◀

**Joachim Klose, Thomas Uhlemann und Swen Gutschmidt: Ärztemangel – Ärzteschwemme? Auswirkungen der Alterstruktur von Ärzten auf die vertragsärztliche Versorgung, WiDO-Materialienband 48**

## ABRECHNUNG

# Ein Umstieg nach Maß

**Viele mäkeln an der Gesundheitsreform herum. Die deutschen Krankenhäuser nutzen dagegen ihre Chancen. Mehr als die Hälfte ist freiwillig vor der Frist auf das neue Abrechnungssystem umgestiegen. Für diese Häuser gehören die Diagnosis Related Groups heute bereits zur Routine.**

Mit dem Beginn des Jahres 2003 wurde im Krankenhausbereich das DRG-Zeitalter eingeläutet: Künftig sollen die Krankenhäuser über das pauschalierte Vergütungssystem mit den Diagnosis Related Groups (DRG) leistungsgerecht finanziert werden. Der Umstieg auf das neue Vergütungssystem war für die Krankenhäuser 2003 noch freiwillig.

Krankenhäuser, die wahlweise auf das deutsche DRG-System umsteigen wollten, mussten sich ursprünglich bis zum 31. Oktober 2002 mit einer entsprechenden Erklärung bei ihren Vertragspartnern melden. Diese Frist nutzten 526

Krankenhäuser. Im Zuge des 12. Sozialgesetzbuch (SGB) V Änderungsgesetzes wurden die Umsteiger von der Nullrunde in der Vergütung ausgenommen. Damit wurde ein finanzieller Anreiz für die Krankenhäuser gesetzt und die Erklärungsfrist für den Umstieg auf DRGs wurde verlängert. Weitere 750 Häuser nutzen die Möglichkeit der Nachmeldung. Zusammen mit den fristgerecht gemeldeten Umsteigern haben sich fast

zwei Drittel der deutschen Krankenhäuser für das DRG-System entschieden und wollen schon vor dem obligatorischen Umstieg mit den neuen Fallpauschalen abrechnen.

**Bewertung muss stärker differenziert werden:** Trotz des finanziellen Anreizes verlief die Umstellung auf das DRG-System anfänglich sehr zögerlich. Von den 1.284 Krankenhäusern, die im Jahr 2002 erklärt hatten, im Optionsjahr 2003 nach dem neuen Vergütungssystem abrechnen zu wollen, benutzten zum Januar 2003 erst 291 Häuser die DRGs. Bis August 2003 war ihre Zahl auf insgesamt 526 angestiegen. Ab Oktober 2003 stiegen dann deutlich mehr Krankenhäuser auf DRGs um (*siehe Abbildung*): Ende Dezember 2003 waren es 1.036 Häuser.

Insgesamt ist der Umstieg routiniert und in aller Stille abgelaufen. Das vorausgesagte Abrechnungschaos ist ausgeblieben. Bei den Krankenhäusern funktioniert die Rechnungslegung und -begleichung trotz der kurzen Vorbereitungszeit fast ohne Umstellungsprobleme.

Parallel zur Änderung des Abrechnungssystems liefen die Arbeiten an der Weiterentwicklung des DRG-Systems. Im Optionsjahr 2003 arbeiteten die Kliniken mit dem fast unverändert übernommenen australischen System. Nur die ökonomische Bewertung beruhte auf deutschen Kalkulationsdaten. Diese Bewertungsrelationen waren zunächst noch stark „gestaucht“: Aufwändige Fälle waren nicht hoch genug bewertet, einfache Fälle wurden dagegen zu hoch vergütet. Die Aussagekraft der ersten Basisfallwerte (Bundesdurchschnitt: 2.600 Euro) ist also noch eingeschränkt.

**Dignosis Related Groups überarbeitet:** Für 2004 ist der DRG-Katalog vollständig überarbeitet worden. Der neue Katalog umfasst 824 Fallgruppen. Gegenüber der Version von 2003 wurden über 400 Gruppen neu definiert und netto rund 160 zusätzliche Gruppen eingeführt. Die Relativgewichte, entscheidend für den Zahlbetrag, sind deutlich weiter auseinander gezogen. Außerdem wurden einige Fallgruppen definiert, die nicht über den Fallpauschalenkatalog vergütet werden können. Die teilstationären Leistungen werden weiterhin außerhalb des DRG-Systems abgerechnet. Damit wird es auch keine allgemeine Zulassung von Krankenhäusern für die teilstationäre beziehungsweise ambulante Versorgung geben. Insgesamt werden mit der Krankenhaus-Fallpauschalen-Verordnung 2004 erstmals deutsche Versorgungsstrukturen im Krankenhausbereich abgebildet. Es zeigt sich, dass auch in Deutschland fast alle Krankenhausleistungen über DRGs vergütet werden können.

**100 Häuser herausgenommen:** Die Weiterentwicklung des DRG-Systems hatte das DRG-Institut (InEK) übernommen – zunächst unter der Leitung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Da es in wichtigen Fragen keine Einigung gab (so zum Beispiel bei den Zusatzentgelten und den teilstationären Leistungen), hat erneut das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) entschieden und eine Verordnung verabschiedet. Am 15. Oktober 2003 hat das BMGS die für 2004 gültige Krankenhaus-Fallpau-

## TIPP

**Umfangreiche, regelmäßig aktualisierte Informationen im Internet unter [www.krankenhaus-aok.de](http://www.krankenhaus-aok.de)**  
**Lesetipp: Die neuen Preise im Echtheinsatz, Beitrag von Wulf-Dietrich Leber und Jürgen Malzahn in G+G 7-8/2003**



schalen-Verordnung (KFPV 2004) veröffentlicht. Gegen Ende des Jahres 2003 ist eine weitere Verordnung gefolgt.

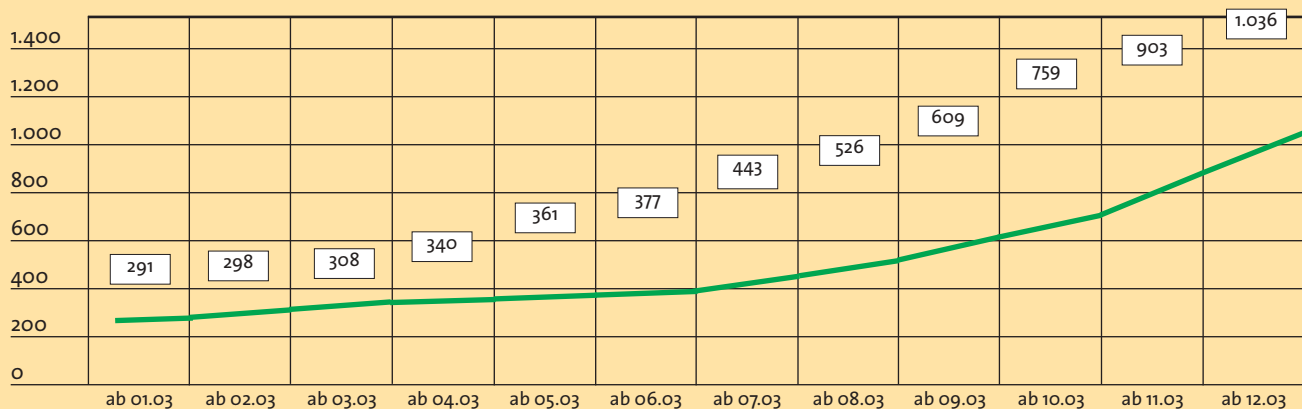
Der Gesetzgeber hat bestimmte Bereiche, wie zum Beispiel teilstationäre Fälle, ausgeklammert. Daneben hat er aber auch die Möglichkeit geschaffen, so genannte „Besondere Einrichtungen“ vom DRG-System auszunehmen. Zu solchen besonderen Einrichtungen gehören Tumorzentren und geriatrische Zentren. Aus Sicht der AOK sind die Auswahlkriterien in der Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales allerdings zu weich und teil-

weise nicht nachvollziehbar. Die Herausnahme einer ganzen Einrichtung wird an der Verweildauer und nicht am Basisfallwert festgemacht, die einzelner Abteilungen an den Vorhaltekosten. Insgesamt sind jedoch nur rund 100 Häuser betroffen.

Der Start ins DRG-Zeitalter ist geglückt. Vorläufig hat sich allerdings an der Mittelzuweisung für die Krankenhäuser nichts geändert. Erst ab 2005 wird Schritt für Schritt das jetzige, an den Kosten orientierte System durch eine leistungsgerechte Vergütung abgelöst. ☼

### Option DRGs: Die Zahl der Freiwilligen

Zahl der Krankenhäuser, die bis Ende 2003 auf DRGs umgestiegen sind



## REHABILITATION

# Ein Maßstab für die Qualität

Die Krankenkassen haben ein Verfahren entwickelt, mit dem sie den Wert der stationären Rehabilitation messen können. Damit wird die Wahl der passenden Einrichtung für Kassen und Patienten in Zukunft leichter sein.

Nach schweren Krankheiten wie Krebs, nach Operationen oder in der Entwöhnung von Suchtstoffen sollen Einrichtungen der Rehabilitation die Leistungsfähigkeit der Patienten im Alltag wiederherstellen. Die Rehabilitation kostet die Betroffenen viel Zeit und Energie. Kranken- und Rentenkassen geben viel Geld für die Rehabilitation aus – häufig ohne genau zu wissen, mit welcher Wirkung.

Der AOK-Bundesverband treibt deshalb die Qualitätssicherung in der Rehabilitation seit 2002 aktiv voran. Alle Indikationen der stationären Rehabilitation sind inzwischen in die Qualitätssicherung einbezogen. Über 100 Reha-Kliniken nehmen bereits am Qualitätssicherungsverfahren der Spitzenverbände der Krankenkassen teil und stellen sich einem bundesweiten Vergleich.

Jede Klinik erhält einen detaillierten Bericht über ihre Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Patientenzufriedenheit. Sie erfährt auch, wie sie im Vergleich mit anderen Kliniken abschneidet. In einer Qualitätsübersicht werden die Bewertungen prägnant zusammengefasst (*siehe Kasten*). Die Krankenkassen erhalten die Berichte, damit sie bei der Auswahl der für einen Patienten geeigneten Klinik die Qualität berücksichtigen können.

**Ambulante Einrichtungen einbeziehen:** Die Krankenkassen werden die Qualitätssicherung auf die ambulante Rehabilitation und die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ausdehnen. Die Instrumente und Verfahren werden gemeinsam mit der Rentenversicherung entwickelt, denn die Rentenversicherung trägt ebenso wie die Krankenkassen Kosten für die Reha-Behandlungen. Anschließend wird es in Deutschland einen einheitlichen Qualitätsmaßstab für die Rehabilitation geben. Über das Qualitätssicherungsverfahren und die geprüften Einrichtungen informiert im Internet die Homepage [www.qs-reha.de](http://www.qs-reha.de).

Zeugnis für eine Reha-Klinik										
Strukturqualität		Prozessqualität		Ergebnisqualität		Patientenzufriedenheit		Mitarbeiterzufriedenheit		
Räumliche Ausstattung	90% der BKs erfüllt	Gesamt	0% gravierende Mängel	▲	Somatischer Status (kurzfristig)	●	Gesamt	●	Betriebsklima	▼
Medizinisch-technische Ausstattung	100% der BKs erfüllt	Anamnese	0% gravierende Mängel	▲	Funktionaler Status (kurzfristig)	●	Ärztliche Betreuung	●	Führungsstil des Vorgesetzten	●
Therapeutische Behandlung, Schulungen, Patientenbetreuung	100% der BKs erfüllt	Diagnostik	0% gravierende Mängel	●	Psychosozialer Status (kurzfristig)	▲	Pflegerische Betreuung	●	Interne Organisation und Kommunikation	▲
Personelle Ausstattung	93% der BKs erfüllt	Therapie/Ziele	0% gravierende Mängel	●	Somatischer Status (mittelfristig)	●	Psychologische Betreuung	●	Erläuterung ▲ = statistisch signifikant über dem Durchschnitt aller Referenzkliniken ▼ = statistisch signifikant unter dem Durchschnitt aller Referenzkliniken ● = durchschnittlich in Bezug auf die Referenzkliniken <sup>1</sup> BK = Basiskriterien der Strukturqualität	
Konzeptionelle Grundlagen	20% der BKs erfüllt	Klinische Epikrise	5,6% gravierende Mängel	●	Funktionaler Status (mittelfristig)	●	Behandlungen	●		
Internes Qualitätsmanagement	67% der BKs erfüllt	Sozialmed. Epikrise	0% gravierende Mängel	▲	Psychosozialer Status (mittelfristig)	▲	Gesundheitsprogramm	●		
Interne Kommunikation/Personalentwicklung	80% der BKs erfüllt	Weiterführende Maßnahmen	0% gravierende Mängel	●			Nichtmedizinische Dienstleistungen	●		
							Freizeitaktivitäten	▲		

Quelle: AQMS/HRI

## AOK-HOMEPAGE

## Immer gut informiert

200.000 Besuche: Das ist die Bilanz des Internetportals „AOK – Partner Krankenhaus“ seit dessen Start im Dezember 2002. Unter [www.krankenhaus-aok.de](http://www.krankenhaus-aok.de) finden Mitarbeiter der Kliniken und die Fachöffentlichkeit rund 400 Dokumente auf 80 Seiten. Übersichtlich, umfassend und stets aktuell bündelt das Portal unter anderem Informationen über das neue Abrechnungssystem mit den German Diagnosis Related Groups (G-DRG), über Budgetverhandlungen, die Qualitätssicherung und Arbeitszeitmodelle. Für diejenigen, die mit ihrer Zeit besonders knapp kalkulieren müssen, fasst der Newsletter „akut“ zudem die wichtigsten Neuigkeiten monatlich zusammen. Inzwischen erhalten ihn über 600 Abonnenten per E-mail. ←

## QUALITÄTSSICHERUNG

## Vergleich anhand von Routinedaten

Gemeinsam mit den Helios-Kliniken, der Universität Magdeburg und dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) bewertet der AOK-Bundesverband die Qualität von Krankenhäusern anhand von Abrechnungsdaten. Im Projekt „Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)“ wurden zunächst für die Diagnosen elektive Hüft-TEP (geplanter Einsatz eines künstlichen Hüftgelenkes), Darmkrebs und Herzinsuffizienz bundesweite Analysen durchgeführt. Ein Vergleich von Kassen- und Klinikdaten hat gezeigt, dass sich die Abrechnungsdaten für Qualitätsanalysen eignen. Qualitätsbewertungen zum Beispiel mit den Indikatoren Sterblichkeit, Wiederaufnahmen, Verlegungen und Revisionen machen Unterschiede in der Versorgungsqualität deutlich. Derzeit wird daran gearbeitet, unter anderem die Diagnose Schlaganfall und Blinddarmoperationen auf der Basis von QSR zu analysieren. ←



Ob ein Patient die Klinik gesund verlässt, hängt davon ab, wie routiniert die Ärzte sind.

## MINDESTMENGEN

## Kleines Haus – hohe Sterblichkeit?

Der Zusammenhang von Menge und Qualität in der Krankenhausversorgung ist international in der Diskussion. Die Frage lautet: Hängt das Gelingen einer Operation oder Behandlung davon ab, wie oft sie die Ärzte eines Hauses durchführen? Vor dem Hintergrund der Mindestmengenregelungen nach Paragraph 137 Sozialgesetzbuch (SGB) V werden zuverlässige wissenschaftliche Studien, die den Zusammenhang von Häufigkeit einer medizinischen Maßnahme und deren Ergebnis untersuchen (so genannte valide Volume-Outcome-Analysen) auch für Deutschland dringend benötigt. Derzeit gibt es dazu nur wenige empirische Arbeiten. Das Wissenschaftliche Institut der AOK

(WIdO) hat daher anhand von AOK-Abrechnungsdaten entsprechende Zusammenhänge bundesweit untersucht. Analysiert wurden unter anderem die Operationen zum Hüftgelenks- und Kniegelenksersatz sowie Operationen bei Darm- und Brustkrebs. Methodisch wichtig: Eine Risikoadjustierung nach Alter, Geschlecht, Schweregrad und Nebendiagnosen. Für alle untersuchten Operationen fanden sich erhöhte Sterblichkeitsraten in den Kliniken mit niedrigeren Operationszahlen. ←

## KRANKENHAUS-REPORT 2003

## Vergütungssystem im Mittelpunkt

Im Jahr 2003 war der Einstieg freiwillig, ab 2004 müssen alle Krankenhäuser auf das neue Fallpauschalensystem (Diagnosis Related Groups, DRGs) umstellen. Das bedeutet, dass die Krankenhäuser in Zukunft nicht mehr kosten-, sondern leistungsorientiert vergütet werden. Der Krankenhaus-Report 2003 begleitet mit seinem Schwerpunktthema „G-DRGs im Jahre 1“ den Einführungsprozess und untersucht, welche Konsequenzen das neue Entgeltsystem unter medizinischen und ökonomischen Gesichtspunkten haben wird. ←

Jürgen Klauber, Bernt-Peter Robra, Henner Schellschmidt (Hrsg.):

Krankenhaus-Report 2003.

Schattauer-Verlag Stuttgart, New York.



## REFORM

# Apotheken im Umbau

**Mehr Freiheit für den Vertrieb, mehr Zwänge für die Preise: Ergebnis der Gesundheitsreform im Arzneimittelbereich. Zu den wichtigsten Neuerungen gehören die Erlaubnis für Apotheken, in den Versandhandel einzusteigen und die Festbeträge für patentgeschützte Arzneimittel.**

**Das Gesetz zur Modernisierung** der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) hat für die Arzneimittelversorgung eine Vielzahl von Änderungen mit sich gebracht. Neu geregelt sind zum Beispiel die Preisbildung, der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Vertrieb von Arzneimitteln. Die meisten Änderungen wurden dabei in ihrer Wirkung und Ausgestaltung schon im Frühjahr 2003 im Gutachten „Stärkung des Wettbewerbs in der Arzneimittelversorgung zur Steigerung von Konsumentennutzen, Effizienz und Qualität“ für das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) analysiert. Dieses Gutachten wurde vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) im Auftrag des Ministeriums erstellt und bildete einen wesentlichen Orientierungspunkt in der Reformdiskussion und im Gesetzgebungsverfahren.

**Arzneimittelversand gestattet:** Mit dem GMG wird der Versand von Arzneimitteln zugelassen. Voraussetzung ist, dass der Versand über eine Apotheke erfolgt. Das Gesetz enthält klare Vorgaben für den Versand von Medikamenten. Sie sollen dem Verbraucherschutz Rechnung tragen. Soweit Apotheken diese Auflagen erfüllen, können sie Arzneimittel bundesweit an Patienten verschicken. Mit der Regelung hat der Gesetzgeber vielen Patientenfragen entsprochen. Mehrere deutsche Apotheker haben im ersten Quartal 2004 die Erlaubnis zum Versand erhalten. Es bleibt abzuwarten, wie Versandapotheker aus dem europäischen Umland, zum Beispiel die Europa-Apotheke Venlo oder DocMorris aus Holland mit der Liberalisierung umgehen. Diese europäischen Anbieter werden vermutlich wettbewerbsrechtlich die Belieferung von deutschen Patienten durchsetzen.

Spürbare Einschnitte für die Versicherten bringt das GMG bei den Arzneimitteln, die rezeptfrei in einer Apotheke erworben werden können. Statt der von der AOK geforderten differenzierten Lösung zur Beschränkung der Versorgung mit nützlichen Arzneimitteln über eine Positivliste, hat sich der Gesetzgeber für einen kurzfristig wirkenden Einschnitt bei den OTC-Arzneimitteln (OTC: Over the counter, in der Apotheke ohne Rezept erhältliche Medikamente) entschie-

den. OTC-Präparate dürfen nur noch bei schwerwiegenden Erkrankungen zu Lasten der GKV verordnet werden. Über eine Auswahl dieser Präparate hat der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen im März 2004 entschieden. Zu den rezeptfreien Medikamenten, deren Kosten die Kassen weiterhin übernehmen dürfen, gehören zum Beispiel Acetylsalicylsäure (Aspirin) zur Nachsorge nach Herzinfarkt und Schlaganfall und Mistelpräparate für die lindernde Therapie bei bösartigen Tumoren.

**Ein Apotheker – vier Apotheken:** Nach der Gesundheitsreform besteht nun die Möglichkeit, dass ein Apotheker nicht mehr nur eine, sondern bis zu vier Apotheken betreibt. Die so genannte Hauptapotheke muss er selbst führen. Für jede Filialapotheke muss er jeweils einen verantwortlichen Apotheker anstellen. Diesem ersten Schritt zur Liberalisierung der überkommenen Apothekenstruktur können weitere Schritte folgen, die langfristig für Einsparungen über Rationalisierungseffekte genutzt werden können. Gleichzeitig steigt die Qualität der Apothekenleistung.

Genauso reformbedürftig war die Apotheken-Vergütung, die sich bisher ausnahmslos am Preis des Arzneimittels orientierte: Je höher der Preis, desto höher die Vergütung des Apothekers. Diese Regelung stammt noch aus der Zeit, als die Apotheker einen Großteil der Arzneimittel selbst herstellten. Dies hat sich im letzten Jahrhundert durch die industrielle Herstellung von Fertigarzneimitteln grundlegend geändert. Zusätzlich konnten die Apotheken durch die ausgefeilte just-in-time-Logistik des pharmazeutischen Großhandels ihre Lagerkosten erheblich reduzieren. Die Apotheke hat sich zu einem Dienstleister entwickelt, bei dem schon lange die kontrollierte Abgabe und Beratung über Arzneimittel und nicht die Herstellung im Mittelpunkt steht.

**Apotheker erzielen Einkommensplus:** Die Apothekenleistung kann also nur noch marginal mit dem Preis eines Arzneimittels in Zusammenhang gebracht werden kann. Dies wird im GMG nachvollzogen. Der Apotheker erhält pro verschreibungspflichtigem Arzneimittel nun 8,10 Euro



zuzüglich drei Prozent vom Einkaufspreis. Diese neue Vergütung ist allerdings deutlich zu hoch ausgefallen, denn im Vergleich zum Jahr 2003 erzielten die Apotheker über den Zuschlag insgesamt ein Einkommensplus von 0,5 Milliarden Euro (siehe Abbildung „Verdienstspannen der Apotheken und des Großhandels“ auf Seite 41). Die AOK begrüßt aber, dass für den Apotheker nun kein Anreiz mehr besteht, teure Arzneimittel ohne zusätzlichen therapeutischen Nutzen abzugeben.

Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung liberalisiert aber auch die Preisvorschriften für OTC-Arzneimittel. Nur für die verschreibungspflichtigen Arzneimittel und die OTC-Präparate, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden, gilt weiterhin eine Preisbindung. Für OTC-Arzneimittel sind die Preise damit erstmals freigegeben. Dies wird zu einem Preiswettbewerb unter den Apotheken führen, von dem die Verbraucher profitieren.

**Festbeträge für patentgeschützte Medikamente:** Das GMG hat auch die aut idem-Regelungen verändert (aut idem ist lateinisch und heißt: oder das gleiche). Bisher war im Gesetz bis ins kleinste Detail vorgeschrieben, in welchen Fällen der Apotheker das vom Arzt verschriebene Arzneimittel gegen ein preisgünstigeres, wirkstoffgleiches Medikament austauschen musste. Die starre gesetzliche Regelung hatte die Pharmaindustrie zu zahlreichen Umgehungs-

Strategien verführt. Der Gesetzgeber hat sich daher entschlossen, gekoppelt mit dem Inkrafttreten von Festbetragsanpassungen, die aut idem-Regelung in die Hände der Apotheker- und Krankenkassenverbände zu legen.

Um Einsparungen zu erzielen, stärkt das GMG das Instrument der Festbeträge. In kaum zu übertreffender Deutlichkeit hatte das Bundesverfassungsgericht im Dezember 2002 einen Vorlagebeschluss des Bundessozialgerichts gegen die Festbeträge zurückgewiesen. Einen Eingriff in die Berufsfreiheit der Hersteller konnten die höchsten Sozialrichter nicht einmal ansatzweise erkennen. Der Gesetzgeber hat den Spitzenverbänden der Krankenkassen dann auch den Weg für Festbeträge im Bereich patentgeschützte Arzneimittel frei gemacht.

Damit wurde eine Bestimmung aus dem Jahr 1996 zurückgenommen, die es dem Bundesausschuss ausnahmslos untersagte, Festbetragsgruppen mit patentgeschützten Arzneimitteln zu bilden, die nach dem 31. Dezember 1995 zugelassen worden sind. Die Gruppenbildung durch den Bundesausschuss ist Voraussetzung für die Berechnung der Festbeträge. Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen die Beträge nach gesetzlichen Kriterien fest. Im Bereich der Me-too-Arzneimittel, insbesondere bei den patentgeschützten Molekülvarianten ohne therapeutische Verbesserung, können damit wieder marktgerechte Erstattungspreise erreicht werden. Die Kassen nutzen dadurch erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven und lösen einen wirksamen Preiswettbewerb aus. ❖

## INFORMATIONSSYSTEM

### Transparenz im Heilmittelbereich

Die Kassen verzeichnen bei den Heilmitteln einen überproportionalen Ausgabenanstieg. Über die Gründe gibt es bisher wenig Aufschluss. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) analysiert mit Hilfe eines neuen Informationssystems nun die Heilmittelverordnungen. Zu den Heilmitteln gehören heilende Dienstleistungen von speziell ausgebildeten Therapeuten. Sie werden von Ärzten verordnet und sollen eine bestehende Krankheit heilen oder deren Beschwerden lindern helfen. Heilmittel können aber auch der Prävention dienen.

Diese medizinischen Dienstleistungen machen im Vergleich zu den kostenträchtigsten Ausgabenpositionen wie Klinikbehandlungen, Arzneimittel oder ambulante ärztliche Behandlungen mit einem Anteil von 2,3 Prozent nur einen kleinen Teil der Leistungsausgaben aus. Den Experten bereitet jedoch der galoppierende Anstieg der Kosten in diesem Bereich Sorgen. Während sich die Leistungsausgaben für jeden Versicherten zwischen 1991 und 2002 um ein Drittel erhöhten, haben sie sich im Heilmittelbereich nahezu verdoppelt. Für die Verordnungen von Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie hat die gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 2002 3,7 Milliarden Euro ausgegeben. Dieser Trend setzte sich 2003 fort.

Das im WiDO aufgebaute AOK-Heilmittel-Informationssystem (AOK-HIS) führt alle Heilmittelverordnungen der AOK-Versicherten zusammen und wertet sie aus. Insgesamt werden jedes Quartal knapp vier Millionen Verordnungen von knapp 100.000 verschiedenen Ärzten für 1,7 Millionen Versicherte analysiert. Bei der Analyse der jährlich 14 Millionen Leistungen in einem Gegenwert von knapp 1,4 Milliarden Euro zeigen sich erhebliche regionale Unterschiede des ärztlichen Verordnungsverhaltens. Mit den nun vorliegenden Daten des AOK-HIS kann die regionale Preisgestaltung und -entwicklung,



Wieder auf die Beine kommen: Physio- und Ergotherapie werden immer häufiger verordnet.

das Ordnungsverhalten der Ärzte und das Nachfrageverhalten der Versicherten empirisch evaluiert werden. ↩

Informationen im Internet unter: [www.wido.de/heilmittel/index.html](http://www.wido.de/heilmittel/index.html)

## ARZNEIVERORDNUNGS-REPORT

### Ärzte verordnen gerne teuer

2002 hat der Arzneimittelumsatz zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit 22,7 Milliarden Euro erneut eine Rekordmarke erreicht. Mit einem Anstieg um 6,5 Prozent beziehungsweise 1,4 Milliarden Euro gegenüber dem Vorjahr haben die Arzneimittelausgaben erheblich zum finanziellen Defizit der GKV beigetragen. Hauptkostentreiber ist dabei die häufigere Verordnung teurer Präparate: Kostete 1992 eine durchschnittliche Arzneimittelverordnung circa 16,12 Euro, war sie im Jahr 2002 mit 29,80

Euro fast doppelt so teuer. Hauptgrund hierfür ist der Trend zur Verordnung neuer patentgeschützter Arzneimittel an Stelle altbewährter Medikamente, die häufig als Generika deutlich preiswerter zur Verfügung stehen. Doch nicht jedes neue Arzneimittel ist wirklich „innovativ“ und bringt einen therapeutischen Fortschritt. So hätten nach dem Arzneiverordnungs-Report 2002 allein 1,5 Milliarden Euro eingespart werden können, wenn statt teurer Analogprodukte deutlich preiswertere Generika der bereits patentfreien „Erstsubstanz“ verordnet worden wären. Wenn die Ärzte außerdem konsequent besonders preiswerte Generika verschreiben würden, sowie auf die Verordnung von Arzneimitteln mit umstrittener Wirkung verzichteten, könnten nochmals 2,5 Milliarden Euro eingespart werden. ↩

Ulrich Schwabe und Dieter Paffrath (Hrsg.): **Arzneiverordnungs-Report 2003**. Springer-Verlag, Berlin.

## ANALYSE

### Arzneiverbrauch in Europa

Im Jahr 2002 wurden in der Europäischen Union für mehr als 100.000 unterschiedliche Arzneimittel rund 102 Milliarden US-Dollar ausgegeben – ein Viertel des weltweiten Pharma-Umsatzes. Bisher fehlt jedoch ein Überblick

#### INFO

Helmut Schröder, Andrea Waltersbacher, Bernd Faehrmann: Licht ins Dunkel gebracht. Warum nehmen die Ausgaben für Leistungen wie Massagen oder Logopädie von Jahr zu Jahr deutlich zu? Ein neues Informationssystem der AOK gibt Antworten. In: *Gesundheit und Gesellschaft*, 6. Jg., Heft 10/2003, Seite 14-15.







## QUALITÄTSPRÜFUNGEN

# Gutes Gütesiegel?

**Qualitätsurteil gut: Das wünscht sich manches Pflegeheim. Denn Kunden reagieren empfindlich auf Meldungen über Pflegemängel. Das Wissenschaftliche Institut der AOK untersucht, wie sehr man sich auf die Gütesiegel verlassen kann.**

**Vor dem Hintergrund** immer wieder in Pflegeeinrichtungen entdeckter Qualitätsmängel bieten heute viele Unternehmen unterschiedliche Qualitätssiegel und Zertifikate an. Heime und ambulante Dienste bemühen sich um diese Nachweise externer Qualitätssicherung, um die Qualität ihrer Dienstleistungen intern zu verbessern und dies auch nach außen hin zeigen zu können. Etwa sieben Prozent aller ambulanten und stationären Einrichtungen hatten bis Ende 2002 einen Qualitätsnachweis erlangt, so das Ergebnis einer Erhebung des Wissenschaftlichen Institutes der AOK (WiDO).

Um Transparenz sowohl für die Anbieter von Pflegeleistungen als auch für deren Kunden zu schaffen, hat das WiDO 14 Qualitätssiegel eingehender untersucht. Es wurden unter anderem Fragenkataloge, Checklisten und Handbücher der einzelnen Prüfinstitute analysiert. Die Wissenschaftler des WiDO gehen in ihrer Untersuchung den Fragen nach: Seit wann gibt es ein Produkt am Markt und mit welchem Marktanteil? Wer arbeitet im Hinblick auf Konzeption, Prüfung und Vermarktung mit wem zusammen?

**Einrichtungen in Augenschein nehmen:** Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf dem Inhalt der Qualitätssiegel: den Schwerpunkten der Prüfung und den Messinstrumenten. Wichtig ist zum Beispiel, an welchem Qualitätsmanagementsystem sich ein Gütesiegel orientiert, welche Hilfestellungen ein Anbieter bei der Einführung eines Qualitätssicherungssystems oder bei der Vorbereitung auf eine Prüfung anbietet, welche Strategie bei der Informationsbeschaffung zur Beurteilung der Einrichtung in der Prüfung gewählt wird oder welche Qualifikationen die Prüfer haben sollten.

Bei den meisten Anbietern müssen die Einrichtungen, die ein Qualitätssiegel erhalten wollen, Mitarbeiter- und Kundenbefragungen nachweisen. Darüber hinaus wird die Ergebnisqualität – der gesundheitliche Zustand des Patienten – mit der jeweiligen Pflegedokumentation verglichen. Dies geschieht allerdings nicht immer durch „Inaugenscheinnahme“. Auch Gespräche mit pflegebedürftigen Patienten oder Angehörigen werden nicht von allen Anbietern geführt. Aber die tatsächliche Situation im Pflegeheim wird bei Besuchen durch die Prüfinstitution kontrolliert. – Das WiDO wird seine Qualitätssiegel-Studie im Sommer 2004 veröffentlichen. ☼















**ARBEITSLOSE**

## Bundesausschuss regelt Arbeitsunfähigkeit neu

Seit Januar 2004 gelten neue Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien. Sie wurden unter Federführung des AOK-Bundesverbandes im früheren Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen erarbeitet und ersetzen die Regelungen aus dem Jahr 1991. Durch die Neufassung wurden die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien der aktuellen Bundessozialgerichts-Rechtsprechung und den Praxisanforderungen angepasst.

Bisher fehlte es an handhabbaren Parametern zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit der Arbeitslosen. Maßgebend war die Verfügbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Die neuen Richtlinien regeln nun, dass Arbeitslose dann arbeitsunfähig sind, wenn sie nicht für mindestens 15 Wochenstunden leichte Tätigkeiten ausüben können. Seit 1. Januar enthalten die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien auch Aussagen zu den während der Arbeitsunfähigkeit gekündigten Arbeitnehmern. Außerdem hat der Bundesausschuss Fristen bestimmt, innerhalb derer die Vertragsärzte die Arztanfragen der Kassen beantworten und Unterlagen an den Medizinischen Dienst übersenden sollen. Die Form der Richtlinien ist an die Standards des Gemeinsamen Bundesausschusses angepasst worden. ◀

**ZUZÄHLUNGEN**

### Zur Kasse bitte

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) haben sich auch die Zuzahlungsregelungen verändert (siehe Kasten „Das müssen Versicherte zuzahlen“ auf dieser Seite). Bekannteste Neuerung: Die so genannte Praxisgebühr. Seit Januar 2004 zahlen Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zehn Euro pro Quartal für jede erste Inanspruchnahme eines Arztes, Zahnarztes oder Psycho-



**Patienten zahlen seit Anfang 2004 zehn Euro Praxisgebühr pro Quartal.**

therapeuten. Wer im selben Quartal zu einem anderen Arzt gehen will, muss sich vom ersten Arzt überweisen lassen, um nicht erneut zehn Euro zu zahlen. Bei Untersuchungen zur Früherkennung und zur Vorsorge entfällt die Praxisgebühr.

Um eine finanzielle Überforderung zu vermeiden, werden die Patienten-Zuzahlungen auf zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen begrenzt. Für schwer-

wiegend chronisch Kranke, die wegen ein und derselben Erkrankung in Dauerbehandlung sind, gilt eine Belastungsgrenze von einem Prozent der jährlichen Einkünfte. ◀

**VERWALTUNGSKOSTEN**

### Die AOK rationalisiert

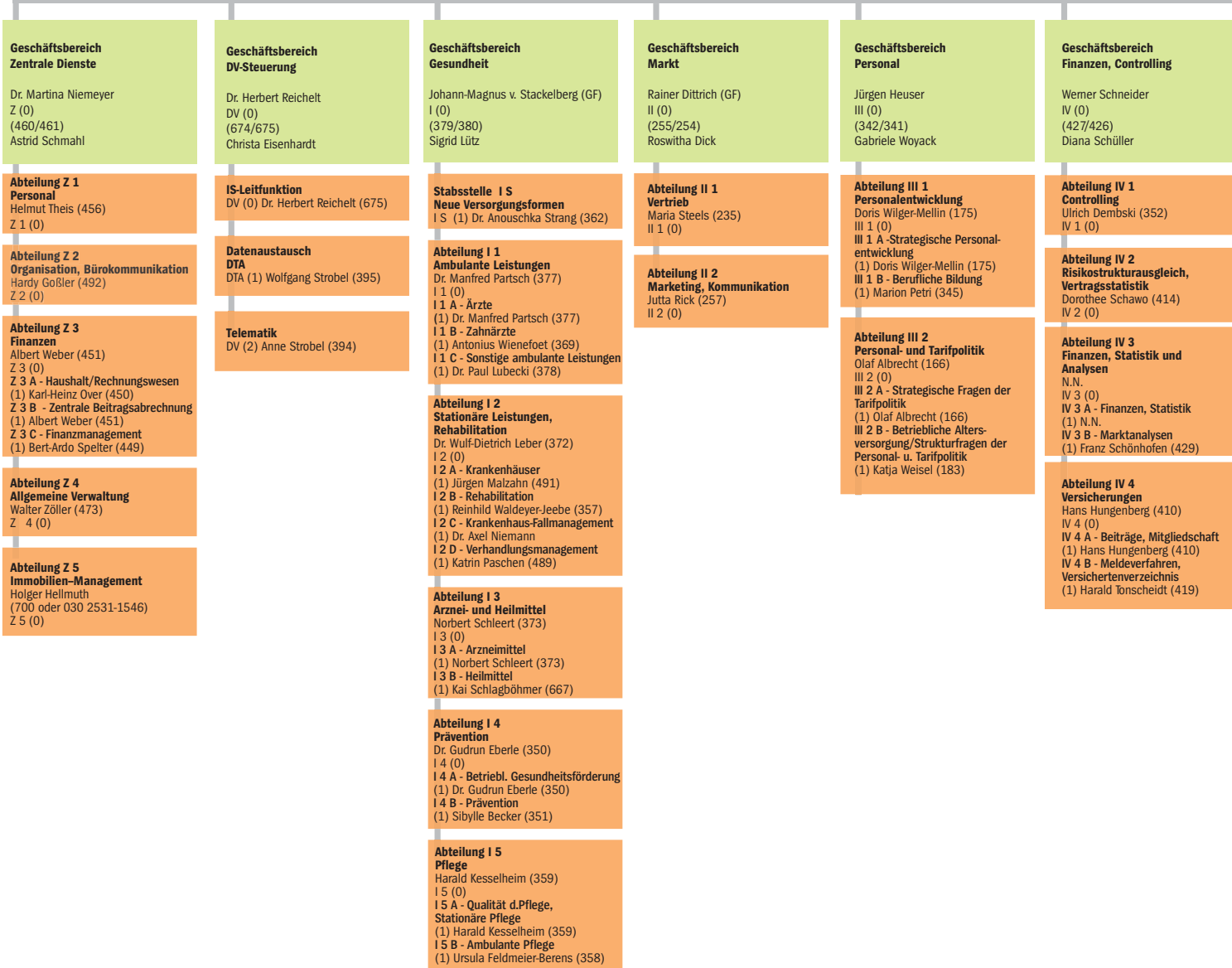
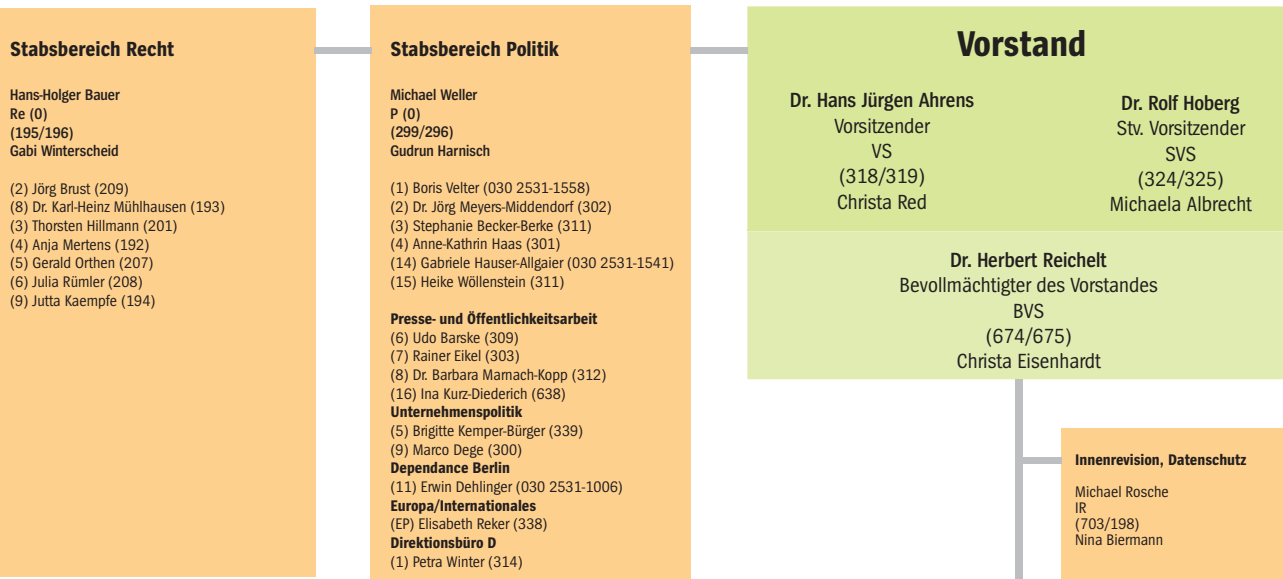
Krankenkassen müssen sich häufig den Vorwurf gefallen lassen, zu viel Geld für Bleistifte, Bauten und Bürokratie auszugeben. Bei der AOK sind jedoch die Ausgaben für Verwaltung im Jahr 2003 gegenüber 2002 nicht gestiegen. Damit hat die Gesundheitskasse die gesetzlichen Vorgaben einhalten.

Um dieses Ziel zu erreichen, hat die AOK zum Beispiel Arbeitsplätze abgebaut, organisatorische Abläufe verbessert und die elektronische Datenverarbeitung weiterentwickelt und ausgebaut. Parallel zu den Rationalisierungsbemühungen haben die den Krankenkassen übertragenen Aufgaben in den letzten Jahren zugenommen. ◀

### Das müssen Versicherte zuzahlen

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arznei- und Verbandmittel</li> <li>• Hilfsmittel</li> <li>• Fahrtkosten</li> <li>• Soziotherapie</li> <li>• Haushaltshilfe</li> </ul>	10 Prozent des Abgabepreises, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro, allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels
Häusliche Krankenpflege	10 Prozent der Kosten, begrenzt auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr und zusätzlich 10 Euro je Verordnung
Heilmittel (beispielsweise Krankengymnastik, Massagen, Ergotherapie)	10 Prozent der Kosten und zusätzlich 10 Euro je Verordnung
Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	10 Prozent je Packung, maximal 10 Euro je Indikation im Monat
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter</li> <li>• ambulante und stationäre Rehabilitation</li> <li>• stationäre Vorsorge</li> <li>• Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter</li> </ul>	10 Euro je Kalendertag
<ul style="list-style-type: none"> <li>• vollstationäre Krankenhausbehandlung</li> <li>• Anschlussrehabilitation</li> </ul>	10 Euro je Kalendertag für maximal 28 Tage je Kalenderjahr
Praxisgebühr	10 Euro je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme eines Arztes, Zahnarztes oder Psychotherapeuten (Ausnahmen: Vorsorge, Überweisung aus demselben Quartal)

# Der AOK-Bundesverband



## Herausgeber:

AOK-Bundesverband  
Kortrijker Straße 1  
53177 Bonn  
Telefon: 0228 843 0  
Telefax: 0228 843 502  
E-Mail: aok-bundesverband@bv.aok.de  
Internet: www.aok.de

Dependance des  
AOK-Bundesverbandes:  
Charlottenstraße 42  
10117 Berlin  
Telefon: 030 2531 1008  
Telefax: 030 2531 1000  
E-Mail: DependanceBerlin@dpbln.aok.de

## Verantwortlich für den Inhalt:

Dr. Hans Jürgen Ahrens,  
Vorstandsvorsitzender des  
AOK-Bundesverbandes

## Redaktion:

Stabsbereich Politik  
(in Zusammenarbeit mit den Abteilungen),  
Änne Töpfer (KomPart)

## Grafische Gestaltung:

Art Direction, Layout:  
Beatrice Hofmann (KomPart)

## Druck:

Richter Druck

## Gesamtherstellung:

KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG  
Kortrijker Straße 1  
53177 Bonn  
Telefon: 0228 84900 0  
Telefax: 0228 8490020  
E-Mail: Verlag@kompart.de

Stand: Mai 2004

## Stabsbereich Medizin

Dr. Bernhard Egger  
M (0)  
(327/328)  
Claudia Wölwer

### Medizinische Grundsatzfragen

- (1) Dr. Jörg Lauterberg (326)
- (2) Dr. Kirsten Reinhard (642)

### Integrierte Versorgung/DMP/Arztnetze

- (3) Dr. Gabriele Müller de Comejo (651)
- (4) Johannes Stock (343)
- (17) Evert Jan van Lente (347)

### Geschäftsbereich Leistungsmanagement

Ulrike Leschik-Hähn  
V (0)  
(225/224)  
Anja Dung

### Abteilung V 1 Hilfsmittelmanagement

Bernd Faehrmann (368)  
V 1 (0)  
V 1 A - Hilfsmittel  
(1) Bernd Faehrmann (368)

### Abteilung V 2 Fallmanagement

Harald Popken (227)  
V 2 (0)  
V 2 A - Arbeitsunfähigkeit, IKARUS  
(1) Harald Popken (227)  
Analysen, Berichtswesen  
(5) Jürgen Hübner (211)  
V 2 B - Prozessberatung  
(1) Jörg Swoboda (214)

### Abteilung V 3 Produkte

Thomas Müller (229)  
V 3 (0)  
V 3 A - Leistungsmanagement  
(1) Stephanie Frinken (218)  
V 3 B - Produktentwicklung  
(1) Ralf Günther (226)

### Geschäftsbereich Change-Management

Jens-Martin Hoyer  
CM (0)  
(392/365)  
Karen Worlitzsch

### Projekte CM

West I  
CM (1) Dieter Hering-Schacht (178)  
West II  
CM (2) Olaf Zehmisch (179)  
Ost  
CM (3) Ulrike Marx (153)

### Systemanalyse

CM (4) Werner Spikofski (187)

### Wissenschaftliches Institut der AOK

Dr. Klaus Jacobs (GF)      Jürgen Klauber (GF)  
WI (0) J                      WI (0) K  
(393/182)                      (393/137)  
Heidi Klinger

### Forschungsbereich WI 1 Ambulante Versorgung, Pflege

WI 1 (0) Joachim Klose (129)  
WI 1 (2) Dr. Thomas Uhlemann (141)  
WI 1 (3) Wolfgang Preuß (117)  
WI 1 (10) Bettina Gerste (119)

### Forschungsbereich WI 2 Krankenhaus, BGF

WI 2 (0) Dr. Henner Schellschmidt (135)  
WI 2 (1) Christian Günster (128)  
WI 2 (2) Jörg Friedrich (116)  
WI 2 (4) Peter Schmitz (566)  
WI 2 (10) Christian Vetter (155)  
WI 2 (20) Dr. Günther Heller (121)

### Forschungsbereich WI 3 Arzneimittel-Produktentwicklung

WI 3 (0) Gisbert Selke (114)  
WI 3 (1) Irene Langner (151)

### Forschungsbereich WI 4 GKV-AI, Evaluation

WI 4 (0) Helmut Schröder (115)  
WI 4 (1) Katrin Nink (111)  
WI 4 (2) Dr. Anette Zawinell (563)

### Forschungsbereich WI 5 Gesundheitspolitik und Systemanalysen

WI 5 (1) Hendrick Drähter (582)  
WI 5 (2) Sabine Schulze (148)

### Stabsfunktion WI M Marktanalysen

WI M (1) Klaus Zok (134)

