

Innovationen im Gesundheitsmarkt – Ein Weg zu mehr Effizienz und Versorgungsqualität !

Axel Busch, MedServiceRuhr GmbH, Bochum¹

Das Gesundheitswesen – ein Markt wie jeder andere ?

Ungeachtet aktueller Finanzkrisen bleibt das deutsche Gesundheitswesen in der öffentlichen Diskussion. Sachverständige, Politiker, Verbände, die Industrie und die Medien suchen seit Jahren nach Möglichkeiten, die Finanzierung von medizinischen Dienstleistungen und Produkten auf ein zukunftssicheres Fundament zu stellen. Zum Ende des Jahres 2011 ist das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) in Kraft getreten. Es soll vor allem der nachhaltigen Verbesserung und Sicherstellung der flächendeckenden und bedarfsgerechten und wohnortnahen Versorgung dienen. Es steht wie seine Vorläufer am vorläufigen Ende einer Reformdebatte innerhalb von mehr als 30 Jahren mit insgesamt über 40 Gesetzen. Schon beim GKV-WSG (Gesetzliches Krankenversicherungs-Wettbewerbsstärkungsgesetz) vor 5 Jahren behielten Kritiker Recht, die getreu dem Motto „Nach der Reform ist vor der Reform“ eine kurze Halbwertszeit befürchteten und weiteren Bedarf an Veränderungen sahen.²

Wirtschaft und Gesellschaft unterliegen national wie global einem steten Veränderungsprozess ausgelöst durch unterschiedliche endogene und exogene Einflüsse. Auch das Gesundheitssystem macht davor nicht Halt. Wie in anderen Branchen ist das Gesundheitssystem darauf ausgerichtet, das Angebot an Dienstleistungen und Produkten bedarfsgerecht zu entwickeln, die Qualität zu steigern beziehungsweise deren Kosten zu senken und auf Veränderungen sachgerecht zu reagieren. Innovationen dienen in diesem Zusammenhang dazu, diesen Anpassungs- und Entwicklungsprozess zu fördern.

¹ Axel Busch, Dipl. Volkswirt und Gesundheitsökonom, Geschäftsführer der MedServiceRuhr GmbH, Bochum, spezialisiert auf Entwicklung und Vermarktung telemedizinischer Dienste und Produkte.

² Christian Lahm, „Nur Probleme - Experten sagen Gesundheitsreform kurzes Leben voraus“, in: Gesundheitsnachrichten 03/2007, S.3.

Insofern können drei Arten von Innovationen - auch im Gesundheitssystem - unterschieden werden:

- Strukturinnovationen
- Produktinnovationen
- Prozessinnovationen

Strukturinnovationen betreffen den rechtlichen und organisatorischen Rahmen, innerhalb dessen Angebot und Nachfrage im Gesundheitssystem aufeinander abgestimmt werden.

Produktinnovationen umfassen gemeinhin alle Veränderungen im Angebot von Gütern und Dienstleistungen und deren Eigenschaften, welche die medizinische Versorgung verbessern sollen, gemeinhin verstanden als medizinischer Fortschritt.

Prozessinnovationen schließlich sind Maßnahmen, welche die Abläufe innerhalb der medizinischen Versorgung effektiver/effizienter gestalten sollen.

Alle drei Arten von Innovationen greifen ineinander: Nur klar definierte Spielregeln, welche das Miteinander von Anbietern und Nachfragern in einem Markt definieren, sind eine Grundvoraussetzung für ein bedarfsgerechtes Angebot an Gütern und Dienstleistungen. Wie die Entwicklung der Telekommunikation in Deutschland und anderen Industrieländern zeigt, hat erst die Aufhebung der Fernmeldemonopole und Öffnung der Märkte, d.h. die Deregulierung, Kräfte freigesetzt, die in einer Fülle von Produkt- und Prozessinnovationen mündeten. Ohne Marktliberalisierung wäre allein schon der Mobilfunk in seiner heutigen Form undenkbar.

Andererseits sind in einem wettbewerblich organisierten Umfeld Anbieter kontinuierlich zu Prozess- und Produktinnovationen gezwungen, ohne die ein langfristiges Verbleiben im Markt zunehmend schwieriger wird und negative Wirkungen für Eigentümer und Beschäftigte die Folge sind; wieder sei die Telekommunikation in diesem Zusammenhang genannt. Wachsende Konkurrenz gepaart mit rapider technologischer Entwicklung zwingt heute die Deutsche Telekom

als Marktführer zu einschneidenden organisatorischen Veränderungen, die auch mit erheblichen Arbeitsplatzverlusten verbunden sind.

Was hat nun dies mit dem Gesundheitssystem zu tun? Gibt es Unterschiede zu anderen Branchen?

Gesundheit ist im Vergleich zu anderen Produkten ein besonderes Gut:

„Gesundheit ist das höchste Gut. Um die Gesundheit zu erhalten, ist nichts zu teuer.... Das Gesundheitswesen ist in einer Krise: Wenn die Kosten weiter steigen, können wir uns die Gesundheit bald nicht mehr leisten“.³

Kostenexplosion – Einnahmenimplosion: Der Gesundheitsmarkt krankt !

In der Tat haben in allen westlichen Industrieländern die Ausgaben für Gesundheit in den letzten vier Jahrzehnten kontinuierlich zugenommen, nicht nur in absoluten Zahlen sondern auch als Anteil am Bruttosozialprodukt. Während in Deutschland 1970 noch ca 6 % des Bruttosozialprodukts für Gesundheit verwandt wurde, betrug der Wert 1995 bereits 10,1 % und hat bis 2010 eine Steigerung auf 11,6 % erfahren⁴. In absoluten Zahlen bedeutet dies für das Jahr 2010 rund 278 Mrd. Euro an Gesundheitsausgaben oder umgerechnet 3.400 EURO pro Einwohner, im Jahr 2000 lag dieser Wert noch bei 2.590 EURO.⁵

Verschärft wird die Finanzierungssituation im Gesundheitssystem dadurch, dass parallel zu einer so genannten „Kostenexplosion“ eine „Einnahmenimplosion“ hinzukommt. Zum größten Teil werden die Gesundheitsausgaben in Deutschland über Beiträge der Arbeitgeber und privaten Haushalte, vor allem durch die Krankenkassenbeiträge der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, gedeckt.

³ Breyer u.a., Gesundheitsökonomie, Berlin, Heidelberg, New York, 2002, S. 1.

⁴ Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), Health Data 2012, www.oecd.org/health.

⁵ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Daten des Gesundheitswesens 2011, www.bundesgesundheitsministerium.de.

Diese Abhängigkeit wirkt bei anhaltend hohen Arbeitslosenzahlen und schwacher Konjunktur fatal. Hinzu kommt der demographische Wandel, der die Zahl der Erwerbspersonen und damit das Beitragsaufkommen zusätzlich sinken lässt.⁶

Gerade die demographische Entwicklung stellt das Gesundheitssystem auch kostenseitig vor zusätzliche Herausforderungen. Die Lebenserwartung steigt, sie beträgt heute über achtzig Jahre mit steigender Tendenz; im Jahr 1960 lag sie noch bei durchschnittlich knapp 70 Jahre.⁷ Die Geburtenrate ist mit unter 2,5% (1965) gegenüber 1,4% (2008) kontinuierlich gesunken und auch im OECD - Vergleich unterdurchschnittlich.⁸

Sinkende Geburtenraten und steigende Lebenserwartung führen in Deutschland zu einem prognostizierten Anteil der über Sechzigjährigen von 25 % im Jahr 2005 auf 45 % im Jahr 2050.⁹ Auch wenn also die Deutschen dank besserer Hygiene, gesünderer Lebensweise und technischem Fortschritt in Zukunft immer älter werden, werden die letzten Lebensjahre geprägt werden von hoher Multimorbidität, funktionalen Einschränkungen sowie einer erhöhten und verlängerten Pflegebedürftigkeit mit damit verbundenen höheren Kostenbelastungen für den Einzelnen und die Gesellschaft.

Nun sind es nicht allein die anhaltenden und verschärfenden Finanzierungsprobleme, die das Gesundheitssystem immer stärker in den Blickpunkt des öffentlichen Interesses rücken.

⁶ Diese Aussage gilt ungeachtet der aktuellen Diskussion um Überschüsse der Gesetzlichen Krankenversicherungen in Höhe von geschätzt 7 Mrd Euro, „Sozialkassen machen 15 Milliarden Überschuß“ in: Handelsblatt 9.5.2012. Dies zeigt einmal mehr die hohe Volatilität des Gesamtsystems.

⁷ Heidrun Kleefeld, Demographischer Wandel und Innovationsfähigkeit in der IT-Branche, Lohmar 2011, S.62.

⁸ Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), OECD Fact Book 2005, Population and Migration - Demographic Trends, Paris 2005

⁹ Ulrich Wehe, Gesundheitsversorgung und Versicherungssysteme: Demographische Entwicklung, ebs-Gesundheitsakademie GmbH, Vortrag 8. Juli 2005.

Gesundheit – ein Wachstumsmarkt ?

Das Gesundheitssystem ist schon heute ein wichtiger Bestandteil der deutschen Wirtschaft. Mit einem Umsatz von 287 Mrd. Euro (2010) erwirtschaftet die Gesundheitswirtschaft mehr als etwa die Automobilindustrie (270 Mrd. Euro) oder die Chemische Industrie (187 Mrd. Euro).¹⁰ Bei der Beschäftigtenzahl führt die Gesundheitswirtschaft mit knapp fünf Millionen gegenüber 730.000 Beschäftigten in der Automobilindustrie etwa und 430.000 in der Chemiewirtschaft (2010).¹¹

In der Zukunft wird die Gesundheitswirtschaft insgesamt für Deutschland und für die gesamte westliche Welt bedeutender, folgt man den Prognosen des Zukunftsforschers Leo Nefiodow. Dieser spricht vom Gesundheitsmarkt als einer Wachstumslokomotive für das 21. Jahrhundert oder in Anlehnung an den Begründer der so genannten langen Wellen, Nikolai Kontratjef, von der Gesundheit als dem sechsten Kontratjef-Zyklus, der den Verlauf der wirtschaftlichen Entwicklung in den nächsten 30 – 40 Jahren bestimmen wird.¹²

Nach Befriedigung der Bedürfnisse Bekleidung, Transport, Massenkonsum, individuelle Mobilität der Information und Kommunikation in den vorangegangenen Zyklen seit Beginn der Industrialisierung Mitte des 19. Jahrhunderts tritt nunmehr die Gesundheit in den Vordergrund als Wachstumsmotor. Hierbei wird der Gesundheitsmarkt nicht allein die Bereiche Medizintechnik und Pharmaindustrie, Krankendienste und andere medizin-nahe Dienste und Produkte umfassen. Zum neu aufkommenden Gesundheitssektor zählen ebenso die Biotechnologie, die Umwelttechnik oder etwa die Wellness-Branche.

¹⁰ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2011, Berlin 2011; Verband der Automobilindustrie (VDA), Autojahresbericht 2011, Frankfurt/M 2011; Verband der Chemischen Industrie (VCI), Jahresbericht 2011, Frankfurt/M, 2011.

¹¹ dito

¹² Leo A. Nefiodow, Der Gesundheitsmarkt- die Wachstumslokomotive im 21. Jahrhundert, Vortrag anlässlich des Kongresses „Zukunftsmarkt Gesundheit“, Landesgewerbeamt Stuttgart, 3.4.2003. Siehe ausführlicher: Leo A. Nefiodow: Der sechste Kontratjef, Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information, Sankt Augustin 2000.

Inwieweit die Prognosen über die Zukunft des Gesundheitsmarktes eintreffen, wird sehr davon abhängen, wie neben der Nachfrage nach gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen Innovationen in diesem Bereich initiiert und erfolgreich umgesetzt werden. Die Biotechnologie und die Umwelttechnik liefern schon heute eine Fülle an Beispielen für die Innovationskraft dieser Branchen, die Biotechnologie etwa auch für die Herstellung von Pharmazeutika.¹³

Auch in der Medizin im engeren Sinne ist der Fortschritt Realität. Viele Menschen heute profitieren von den Entwicklungen der operativen und konservativen Medizin. Die Fülle an Fortschritten in unterschiedlichen Fachbereichen bezüglich Diagnostik und Therapie, in der Pharmakologie mit der Entwicklung neuer Medikamente gegen die unterschiedlichsten Krankheiten sowie die innovative Medizintechnik in ihrer unterstützenden Wirkung lassen Optimismus aufkeimen, was die Zukunft der Medizin betrifft. Unsere Medizin ist heute erfolgreicher als früher, sie bestimmt unser Leben von Beginn an bis zum Ende, von pränatalen Tests bis zur Lebensverlängerung. Der medizinische Fortschritt erhöht in den industrialisierten Ländern die Geburts- und Überlebenschancen von Neugeborenen, die Menschen werden immer älter, nicht frei von Krankheit, aber doch weitgehend frei von Leiden.

Im Vergleich zu anderen Märkten zeichnet sich der Gesundheitsmarkt dadurch aus, dass der medizinische Fortschritt, d.h. Produktinnovationen, und seine geschilderten Wirkungen weitgehend nur unter Inkaufnahme steigender Kosten möglich sind.

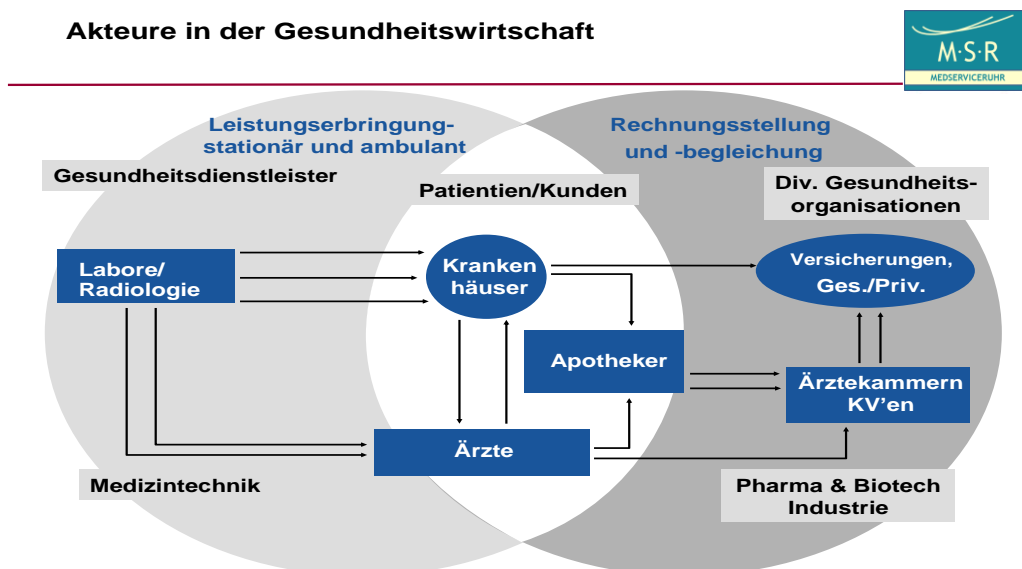
Daher treten die Fragen in den Mittelpunkt

- Sind - und wenn ja, wie - die zukünftigen Belastungen finanzierbar durch Veränderung des gesetzlichen Rahmens und der „Spielregeln“, unter denen die unterschiedlichen Akteure in diesem Markt handeln (Strukturinnovationen)?
- Welche Maßnahmen sind denkbar, innerhalb des bestehenden Systems die Effizienz/Effektivität der Gesundheitsversorgung zu erhöhen (Prozessinnovationen)?

¹³ Ernst & Young, Gesundheitsversorgung 2020, Eschborn 2004, hier S. 21

Der Gesundheitsmarkt – komplex und überreguliert !

Das Gesundheitssystem ist komplex im Hinblick auf die Zahl der Player, ihrer Strukturen und Vertragsbeziehungen. Unser Gesundheitsmarkt besitzt – neben den Einrichtungen der Rentenversicherungen - ein duales Versicherungssystem: Einerseits gibt es rund 150 gesetzliche Krankenkassen mit ca. 72 Millionen Versicherten und andererseits private Versicherungsunternehmen, über die rund acht Millionen Personen ihren Versicherungsschutz abdecken, auch Kostenträger genannt. Auf der anderen Seite steht der Leistungserbringer: In Deutschland gibt es derzeit rund 2.100 Krankenhäuser und 1.300 Rehabilitations-/Vorsorgeeinrichtungen. Rund 48.000 Apotheker arbeiten im hiesigen Markt, davon die meisten in den rund 21.000 Apotheken. 330.000 Ärzte praktizieren in Deutschland, davon sind 121.000 als Niedergelassene Ärzte Mitglieder der Kassenärztlichen Versorgung (2010), seit 1993 bedeutet das eine Steigerung um rund 16%.¹⁴



¹⁴ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Daten des Gesundheitswesens 2011, www.bundesgesundheitsministerium.de

Der Gesundheitsmarkt in Deutschland ist zu weiten Teilen reguliert und damit den Wettbewerbskräften entzogen. Reformschritte, in welche Richtung auch immer, fanden und finden stets Widerstand bei Interessensgruppen mit dem Ziel, eigene „Claims“ abzusichern: Die Apotheker wehren sich gegen die Zulassung von Internetapotheken und Apotheken in Fremdbesitz¹⁵, die Kassenärztlichen Vereinigungen bestehen auf ihre berufsständigen Regeln und Rollen, etwa gegenüber den Krankenkassen im Zusammenhang mit Abrechnungen¹⁶, die privaten Krankenversicherungen lehnen eine Portabilität von Altersrückstellungen weitgehend ab mit Hinweis auf Gefahr eigener Existenzgefährdung¹⁷, Niedergelassene Ärzte fürchten die Möglichkeit von Krankenhäusern, in den Bereich des Ambulanten Operierens zu expandieren¹⁸, staatliche Krankenhäuser fürchten die wachsende Konkurrenz privater Klinikbetreiber, u.a. mit Hinweis auf die Gefahr einer Unterversorgung in ländlichen Gebieten mit geringer Patientendichte.¹⁹ Die Artikulation und Durchsetzung eigener Interessen ist in einem wettbewerblich organisierten Wirtschaftssystem im Grundsatz nicht ungewöhnlich und durchaus gewollt.

Das deutsche Gesundheitssystem jedoch ist zu weiten Teilen einem „freien Spiel der Kräfte“ entzogen und vielmehr einem engen Netz von staatlichen Vorschriften und marktlenkenden Eingriffen unterworfen. Die Regulierungsdichte betrifft besonders die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die zugleich den wesentlichen Teil der Gesundheitsversorgung ausmacht.²⁰ Kern ist zum einen, wie bereits erwähnt, die Finanzierung der Kosten über feste Beitragssätze der sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmer, die in der Summe zu einer Plafontierung des jährlichen

¹⁵ Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA), Berlin, „Rechtswidrige Fremdbesitzapotheke: Apotheker fordern Rücknahme der Erlaubnis“, Pressemitteilung vom 8.8.2006.

¹⁶ Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), „Der freiberufliche Facharzt ist bedroht!“, Stellungnahme zum GKV Modernisierungsgesetz (GMG), Köln März 2003.

¹⁷ Joachim Pfitzer, „Die Zeitbombe tickt - Wenn die private Krankenversicherung verschwindet, verlieren alle“, in GesundheitsNachrichten, 03/2007, S.17.

¹⁸ Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), „Der freiberufliche Facharzt ist bedroht!“, Stellungnahme zum GKV Modernisierungsgesetz GMG, Köln März 2003.

¹⁹ Ralf M. Heyder, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Beispiel eines gemischten privaten und öffentlichen Systems, AIM- Hope internationale Konferenz Paris, 20.-21.Januar 2005.

²⁰ Die gesetzliche Grundlage hierzu ist das Sozialgesetzbuch (SGB) V in der aktuellen Fassung vom 5.12.2006 (BGBl. S. 2748).

Gesamtbudgets führen und somit den zu verteilenden „Kuchen“ begrenzen. Dem steht der Anspruch der Versicherten der GKV auf Leistungserbringung nach dem so genannten Sachleistungsprinzip auf Basis eines gesetzlich fixierten Leistungskatalogs gegenüber, der unter maßgebender Beteiligung von Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern Gesetzeskraft hat.²¹

Dieser Leistungskatalog ist im Verlauf der letzten Jahrzehnte im Rahmen unterschiedlicher Reformvorhaben zur Kosteneinsparung kontinuierlich angepasst - d.h. letztlich gekürzt - worden.²² Patienten bzw. Kunden und damit die eigentlichen Nutznießer dieses Systems hatten bei diesen Veränderungen keinen nennenswerten Einfluss. Hingegen mussten sie im Rahmen einer wachsenden Zahl gesetzlich verordneter Zuzahlungsregelungen und Beitragssteigerungen zusätzlich zur Finanzierung des Gesamtsystems beitragen.²³

Ein System, welches dadurch bereits eher an planwirtschaftliche denn an marktwirtschaftliche Strukturen erinnert, erhält Unterstützung durch weitergehende Regulierungen bei Leistungserbringern und Kostenträgern.

Bis in die Neunziger Jahre gab es keine freie Krankenkassenwahl für alle gesetzlich Versicherten, erst mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 wurde diese eingeführt, wobei der Anreiz zum Wechseln angesichts begrenzter Wettbewerbselemente²⁴ eher gering ausfiel. Erst mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) im Jahr 2004

²¹ Für Privatversicherte gilt im Grundsatz: Sie erhalten medizinische Leistungen gegen Rechnung, deren Erstattung seitens der Versicherungen nach dem „Kostenerstattungsprinzip“ erfolgt.

²² Beispiele sind u.a. die Einführung von Festbeträgen für Arznei und Hilfsmitteln sowie der Ausschluss von Bagatellarzneimitteln (1989), Ausschluss kieferorthopädischer Behandlungen von Erwachsenen (1993), Abschaffung von Sterbegeld, Entbindungsgeld, die Aufhebung der Finanzierung von Brillen und Fahrten zur ambulanten Behandlung, Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel durch die GKV (2004). Siehe auch Pressestelle des AOK Bundesverbands, Bonn, Presseservice Gesundheit psg, Ausgabe 04 v. 3.8.2005.

²³ Erwähnt sei in diesem Zusammenhang Erhöhung der Zuzahlungen bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Einführung des „Notopfers“ zur Finanzierung der Krankenhäuser (1. und 2. GKV Neuordnungsgesetz 1997) oder die „Praxisgebühr“ gem. Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004.

²⁴ Wegen des gesetzlich fixierten Leistungskatalogs und der Beitragssätze, die durch Einführung des sogenannten Risikostrukturausgleichs zusätzlich nivelliert waren.

konnten die Krankenkassen zusätzlich Bonusprogramme anbieten und freiwillig Versicherten Beitragsrückzahlungen und Selbstbehalte gewähren.²⁵

Trotzdem sind bis heute die Spielräume, mit dem die einzelnen Krankenkassen etwa durch gesonderte Marketingmaßnahmen einander in Wettbewerb zueinander treten können, rechtlich begrenzt.²⁶

Wettbewerbshemmend wirkt zudem das Prinzip der korporativistischen Selbstverwaltung, nach dem Krankenversicherungen und Ärzteschaft, vertreten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und Ärztekammern, Leistungen und Vergütungen vereinbaren.²⁷ Die Bildung des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (2004) hat diesen Grundsatz eher noch verstärkt. Dieses Gremium, dem Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhäuser angehören, bündelt nunmehr die alleinige Befugnis, den Ausschluss oder die Einschränkung medizinischer Leistungen in der GKV festzulegen, Aufgaben, die bis dahin unterschiedlichen Gremien übertragen waren.

Bis 2003 durften Krankenkassen nur mit den Spitzenorganisationen, etwa den Kassenärztlichen Vereinigungen, Leistungen und deren Vergütungen vereinbaren. Mit Einführung des GMG 2004 sind nunmehr auch die Kassen berechtigt, mit einzelnen Leistungsanbietern Verträge - im Rahmen der so genannten „integrierten Versorgung“ - abzuschließen.²⁸

²⁵ Erst mit dem GKV-WSG 2007 wurden diese - wettbewerbsfördernden - Leistungen auf alle Versicherten ausgedehnt.

²⁶ Für 2012 ist die Grenze für Marketingausgaben 0,15% der monatlichen Bezugsgröße 3,94 EUR je Mitglied. (www. <http://www.gkv-netzwerk.de/CMS> v. 19.4.2012)

²⁷ Die Selbstorganisation der Ärzteschaft (nunmehr Kassenärztlichen Vereinigungen) fällt in die Zeit Ende des 19. Jahrhunderts, als fortwährend über die angemessene Vergütung der niedergelassenen Ärzte gestritten wurde. Der 1931 vereinbarte so genannte Sicherstellungsauftrag, der im Grundsatz noch heute gilt, sieht vor, dass die Versorgung, die Verteilung der Honorare und die Überwachung der ärztlichen Tätigkeit von den Kassenärztlichen Vereinigungen an Stelle staatlichem Dirigismus übernommen werden. Dafür verzichteten die Ärzte auf ihr Streikrecht. Siehe hierzu: Ernst & Young, Gesundheitsversorgung 2020, Eschborn 2004, hier S. 59 sowie J.Beske/J.F. Hallauer, Das Gesundheitswesen in Deutschland, Köln 2001.

²⁸ Siehe S. 12

Ergänzend sei in diesem Zusammenhang erwähnt, dass auch die Privaten Krankenversicherungen Wettbewerbsbeschränkungen unterliegen, untereinander und in Konkurrenz zur GKV. Durch das GKV-WSG ist es einerseits abhängig Beschäftigten erschwert, in die PKV zu wechseln. Die PKV Unternehmen sind zudem verpflichtet, einen Basistarif anzubieten in Verbindung einer teilweisen Übertragbarkeit von Altersrückstellungen. Letzteres soll den Wechsel innerhalb des PKV-Bereichs fördern. Die Auswirkungen dieser Regelungen auf den Bestandswettbewerb in der PKV sind bis heute offen. Es gibt nur rudimentäre Evidenz hierzu.²⁹

Ein weiteres - kostentreibendes - Kernproblem der Gesundheitsversorgung in Deutschland ist die über Jahrzehnte praktizierte Doppelstruktur an Ärzten. Von den 121.000 Niedergelassenen sind 50% Fachärzte. Gleichzeitig wird nahezu die gesamte fachärztliche Palette auch von den Krankenhäusern vorgehalten.³⁰ Seit Jahrzehnten sind die Niedergelassenen Ärzte weitgehend vor Konkurrenz durch Kliniken geschützt gewesen. Eine strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung drückte dies aus, ein Phänomen, welches es in anderen europäischen Ländern, zumindest bezogen auf den Facharztbereich, so nicht gibt.

Die Folge sind Doppeluntersuchungen, Zeitverzögerungen in Behandlung etc., d.h. ein zusätzlicher Ressourcenverbrauch und Effizienzverluste, die letztlich in einer Über-, Unter- oder Fehlversorgung münden können. Der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen hat im Jahr 2001 bereits Handlungsbedarf zu strukturellen Reformen in diese Richtung angemahnt, ohne die die Wirtschaftlichkeitsreserven nicht ausgeschöpft werden könnten.³¹

²⁹ IGES Institut GmbH, Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherung vor dem Hintergrund der erwarteten demographischen Entwicklung, Berlin 2012, S. 124ff.

³⁰ Verband der Angestelltenkrankenkassen e.V.: (VdAK), Ziele und Perspektiven für die Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen, 30.Mai 2006.

³¹ Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2003, Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Bonn 2003, S. 25.

Auf dem Weg zu mehr Wettbewerb im Gesundheitsmarkt !

Bei aller Kritik an dem Tempo, mit dem Strukturreformen im Gesundheitswesen durchgesetzt wurden, sind deutliche Ansätze erkennbar, den Wettbewerb zwischen den Anbietern im ambulanten und stationären Bereich tatsächlich zu verbessern, die zugleich Ansatz dafür bieten, die Wirtschaftlichkeit bei der Leistungserbringung zu erhöhen - trotz Widerstand einzelner Interessensgruppen.

Hierzu zählen:

- Aufbau der Integrierten Versorgung (§ 140a ff. SGB V)
- Möglichkeiten von ambulanten Behandlungen in Krankenhäusern (§ 115 ff SGB V)
- Errichtung medizinischer Versorgungszentren - MVZ - (§ 95 SGB V)
- Einführung von so genannten Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups - DRG)

Mit der **integrierten Versorgung** (IGV) werden ebenso wie mit den Strukturverträgen zu „Desease Management“- Programmen (DMP)³² die bislang üblichen Vertragsarztstrukturen durchbrochen. Die IGV ermöglicht Krankenkassen, ihren Versicherten eine auf einzelne Krankheitsbilder abgestimmte Versorgung anzubieten, bei der Haus- und Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer, ambulanter und stationärer Bereich sowie ggf. Apotheken koordiniert zusammenarbeiten.³³ Hierzu können die Krankenkassen mit einzelnen Leistungserbringern oder Gruppen Verträge abschließen und damit von der bisher üblichen Praxis, nur mit den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen des Sicherstellungsauftrags zu kontrahieren, abweichen.

Die Umsetzung dieser Kooperationsformen seit 2000 erfolgte schleppend und beschränkte sich weitgehend auf die Zusammenarbeit von Niedergelassenen Ärzten

³² Disease Management Programme (DMP) richten sich an Patienten mit chronischen Erkrankungen (wie Diabetes Typ I und II, Brustkrebs, Koronare Herzerkrankungen) mit dem Ziel einer Optimierung der kontinuierlich erforderlichen und patientenspezifischen Therapieformen im Rahmen der Vertragsärztlichen Versorgung, d.h. unter Einbindung der Kassenärztlichen Vereinigungen.

³³ § 140 ff. SGB V

im Rahmen so genannter Praxisnetze. Die Situation wurde mit dem GMG 2004 insofern verbessert, als bis zu 1% der jährlichen Gesamtvergütung der KBV und der Krankenhäuser zur Anschubfinanzierung zur Verfügung standen, um neue Kooperationsformen auszubauen.^{34 35}

Ende 2010 wurden ca. 6400 IV-Verträge registriert, über die die Krankenkassen mit Leistungserbringern Leistungen in einem Volumen von über 1,3 Mrd. Euro für ca. 1,9 Mio. eingeschriebene Versicherte abwickelten.³⁶

Ein weiterer „Meilenstein“ bei der Aufhebung traditioneller Versorgungsformen war die Einführung **ambulanter Operationen** in Krankenhäusern nach §115 SGB V mit dem GMG 2004 auf Basis eines mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abgestimmten Katalogs an ambulant offerierten Leistungen und Vergütungsregularien einschließlich pre- und postoperativer Maßnahmen.

Mit der Erweiterung des Leistungsportfolios um ambulante Eingriffe wird es nunmehr für die Kliniken auch interessanter, so genannte Medizinische Versorgungszentren - rechtlich eigenständige Einheiten - aufzubauen, die organisatorisch an die stationären Einheiten angegliedert sein können.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) nach § 95 SGB V sind Einrichtungen für eine fachübergreifende Zusammenarbeit unterschiedlicher mindestens zweier medizinischer Fachgebiete einschließlich ambulanter Pflegedienste und Therapeuten. Die Zulassung als MVZ erfolgt innerhalb der vertragsärztlichen Bedarfsplanung und erfordert insofern die für Niedergelassenen Ärzte obligatorische Kassenzulassung.³⁷

³⁴ Ähnlich wie IGV sind Modellvorhaben nach § 63 ff. SGB V zu beurteilen, nach denen seit Mitte der Neunziger Jahre die Krankenkassen modellhafte zeitlich begrenzte Projekte zur Erprobung neuer Versorgungsformen ausser- und innerhalb der normalen vertragsärztlichen Versorgung, entsprechend ohne oder mit freiwilliger Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen durchführen können. Dies können rein medizinische oder auch IT/organisatorische Projekte u.a. sein.

³⁵ Die Regelung, die durch die Gesundheitsreform 2009 auslief, sah jährliche Mittel von max. 680 Millionen Euro vor, die die Budgets der jeweiligen KV-Bezirke reduzierte.

³⁶ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung – Sondergutachten 2012, Baden Baden 2012, S. 345.

³⁷ Sie ist die bislang weitgehendste Form integrierter Versorgung, bei der nicht mehr einzelne Ärzte, sondern das MVZ als Organisation die entsprechende Kassenärztliche Zulassung besitzt.

Die MVZ ähneln den aus DDR-Zeiten bekannten Polikliniken und sind in gewisser Weise ein Zugeständnis der westdeutschen Ärztezunft an die etablierten Versorgungsformen in der DDR. Sie waren - zum Schutz westdeutscher Versorgungsstrukturen - zu Anfang entsprechend auf die neuen Bundesländer beschränkt gewesen. Seit 2004 können sie auch in Westdeutschland eröffnet werden, nicht zuletzt mit dem Ziel, mit einer sektorübergreifenden Versorgung Effizienzgewinne zu erzielen.³⁸

Für die Kliniken bedeuten die MVZ einen Ausbau des Leistungsspektrums, Bündelung der Kompetenz unter einem Dach, eine Stärkung der Wettbewerbsposition gegen andere Kliniken, Stärkung des eigenen Standorts und, je nach fachlicher Ausrichtung, auch eine Bindung/Zugewinn neuer einweisender Ärzte und damit verbunden mehr Patientengut.

Die Notwendigkeit gerade der Krankenhäuser, derartige Innovationsschritte zu gehen, ergibt sich aus folgenden Sachverhalten: Die Krankenhausbehandlung machen über ein Drittel und damit den größten Teil der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Im internationalen Vergleich liegt Deutschland damit an der Spitze ausgewählter Industrieländer.

Die durchschnittliche Verweildauer in deutschen Krankenhäusern ist seit 1990 kontinuierlich von rund 15 Tagen auf unter 9 Tagen (2004) gesunken, ein Wert von unter sechs Tagen, wie im benachbarten Ausland, erscheint in naher Zukunft nicht unwahrscheinlich.³⁹ Parallel dazu hat sich die Bettenauslastung von 86 % auf 76 % verringert bei gestiegener Fallzahl (von 14,3 Mio. im Jahre 1990 auf 16,8 Mio. im Jahr 2004). Diese Zahlen belegen, dass die Kliniken bereits in einem deutlichen Strukturwandel stecken.

³⁸ Derzeit sind ca. 1.730 MVZ in Deutschland in Betrieb (Stand 2Q. 2011), Dabei sind MVZ zu über einem Drittel in der Trägerschaft von Kliniken, der Rest von Ärzten siehe Kassenärztliche Bundesvereinigung www.KBV.de.

³⁹ Verband der Angestelltenkrankenkassen e.V: (VdAK), Ziele und Perspektiven für die Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen, 30.Mai 2006, S. 8.

Unterstützt wird dieser Prozess durch die Einführung der so genannten Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups - DRG), erst freiwillig, seit 2004 jedoch bindend, nach denen die Behandlungen nicht mehr nach Zeit und Aufwand (d.h. Tagessätzen) berechnet werden, sondern vereinfacht gesagt nach Festpreisen vergütet werden. Die DRG's sorgen dafür, dass alle Leistungsfälle, die nicht mehr stationär behandelt werden müssen, zunehmend ambulant versorgt werden. Mit anderen Worten: Fehlanreize, Patienten möglichst lange stationär zu behandeln, werden vermieden. Langfristig wird durch die DRG somit eine deutliche Reduzierung der Bettenzahl und der Anzahl der Krankenhäuser zu erwarten sein.⁴⁰

Eine weitere Schwierigkeit für Kliniken im Strukturwandel stellen die Lücken in der Investitionsfinanzierung dar. Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz ist eine duale Finanzierung der Krankenhäuser durch die Landesregierungen einerseits und Krankenkassen andererseits, d.h. letztlich aus dem Beitragsaufkommen, vorgesehen.⁴¹ Aufgrund knapper Mittel in den öffentlichen Haushalten ist der Anteil der öffentlichen Förderung kontinuierlich gesunken; bei der Einführung der dualen Finanzierung in den 70er Jahren finanzierten die Länder über ihren Investitionsanteil noch über 20 Prozent der Ausgaben von Krankenhäusern. Heute sind es weniger als vier Prozent.⁴² Ein Investitionsstau, den die Kliniken vor sich her schieben, von ca. 30 Mrd. € und mehr erscheint somit realistisch.

Angesichts dieser Entwicklung ist es nicht verwunderlich, dass mit wachsendem Wettbewerbsdruck und wirtschaftlichen Problemen auch immer mehr die Privatisierung von Kliniken ins Auge gefasst wird. Dies zeigen bereits die heutigen Zahlen: Im Jahr 1991 existierten rund 2.400 Kliniken, davon waren 46 % in öffentlicher Hand, 39% freigemeinnützig und nur 15% in privatem Besitz. Hingegen waren im Jahr 2009 von den knapp 2.100 Krankenhäusern knapp ein Drittel oder 667

⁴⁰ Ernst & Young prognostizieren für das Jahr 2020 einen Rückgang der Betten auf 290.000, die Zahl der Krankenhäuser auf ca. 1500. Ernst & Young, Gesundheitsversorgung 2020, Eschborn 2004, S. 108; Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hsrg.),

⁴¹ Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz) § 2 ff.

⁴² In 2011 lagen die Investitionsmittel aller Bundesländer, die über Einzel- und Pauschalförderung an die Krankenhäuser geflossen sind, bei ca. 2,67 Mrd. Euro und damit um 156 Mio. Euro unter dem Wert des Vorjahres. Verglichen mit dem Wert vor zehn Jahren (3,39 Mrd. Euro) gibt es einen kontinuierlichen Abbau um mehr als 20 Prozent. <http://www.gkv-spitzenverband.de>

private Einrichtungen, der Anteil der öffentlichen und freigemeinnützigen sank auf 31% beziehungsweise 37%. Die Zahl der Betten liegt heute bei ca. 500.000 in deutschen Kliniken.⁴³

Prozessinnovationen – Schlüssel zu mehr Effizienz im Gesundheitsmarkt

Ungeachtet der Privatisierung als solcher, sind alle Kliniken gezwungen, sich in einem steten Strukturwandel mit verschärfendem Wettbewerb und mit wachsendem Kostendruck zu behaupten. Wie in anderen Branchen auch, stehen die Kliniken, Eigentümer, Management und Beschäftigte vor Fragen wie:

- Welche Leistungen bieten wir an, welche Fachbereiche - ambulant und stationär?
- Welche Personalressourcen haben wir, benötigen wir?
- Welche Investitionen müssen getätigt werden, wie hoch ist der Finanzbedarf?
- Wie, mit welchen Niedergelassenen Ärzten, Therapeuten, Krankenkassen kooperieren wir?
- Wie akquirieren wir Patienten?
- Welche Wünsche haben die Patienten?
- Welche Maßnahmen der „Kunden“-Orientierung ergreifen wir?
- Was tun wir in Sachen Kundenbindung?
- Wie sieht unser Marktauftritt aus - Marketing/PR?

Eine Reihe von Aspekten sind für Kliniken vermutlich neu und trotzdem mit vergleichsweise geringem Aufwand zu bewältigen (etwa Thema Marketing/PR). Innovationen hingegen, die die Kernprozesse in einem Klinikalltag betreffen, sind in ihrer Bedeutung höher einzuschätzen. Allein im Beschaffungswesen der Krankenhäuser gehen Experten davon aus, daß Reformen bis zu 25 %

⁴³ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Daten des Gesundheitswesens 2011, www.bundesgesundheitsministerium.de

Einsparpotentiale zu Tage bringen können, d.h. 3,6 – 4,5 Mrd Euro, in anderen produzierenden Industrien liegen die Werte bei etwa 10-15 %; hinzu kommen Einsparung von bis zu 20 % der Prozesskosten.⁴⁴

Im Zusammenhang mit einer Reform der Kernprozesse spielen die sogenannten „Clinical Pathways“ eine besondere Rolle. Die „kritischen Behandlungs- oder Indikationspfade“ sind systematische und standardisierte Verfahren der Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegepersonal mit dem Ziel der Reduzierung von Dokumentations- und Kommunikationsaufwand zwischen den Beteiligten.

Die Arbeit mit Indikationspfaden ermöglicht letztlich die optimale Anpassung der Klinikorganisation an die Wünsche und Erwartungen der Zielgruppen einer Klinik, d.h. Patienten, Einweiser, Klinikpersonal etc. Praktisch betrachtet liegt zum Beispiel der Nutzen für den Patienten in einer möglichst reibungs- und verzögerungslosen Betreuung von der Aufnahme in der Klinik, über die Behandlungsschritte bis zur Entlassung. Den Medizinern etwa ermöglicht es eine Reduktion des Administrationsaufwands und eine stärkere Fokussierung auf ihre eigentliche ärztliche Tätigkeit. Auch die Einweiser, zuständig für die pre- und poststationäre Betreuung der Patienten, eröffnen sich Möglichkeiten der Prozessoptimierung. Mit der Einführung der DRG's und dem Zwang, die Verweildauern der Patienten in der Klinik zu verringern, werden Indikationspfade und ein zentrales Zeitmanagement immer wichtiger.

Wie die Erfahrungen in anderen Ländern zeigen, bedeuten die Clinical Pathways natürlich einen Kulturbruch für die Kliniken! Die Vorstellungen, Ärzte sind für die Medizin zuständig, die Verwaltung für die Kosten und das Pflegepersonal für die vor- und nachgelagerten, weil untergeordneten Tätigkeiten, lässt sich so nicht mehr aufrechterhalten. Die Arbeitsteilung in einem Operationssaal mit eingespielten Teams hört in den vor- und nachgelagerten Prozessebenen nicht auf. Ganzheitliche Prozesssicht mit einem Kostenbewusstsein für alle Tätigkeiten ist erforderlich. Hier müssen letzten Endes auch die unterschiedlichen Funktionsträger in einem Krankenhaus Hand in Hand spielen. Organisationsfragen bekommen bei einem stärkeren Blick auf Zeitmanagement und Kostenbewusstsein einen immer höheren

⁴⁴ Deutsche Krankenhausinstitut DKI, ATKearney Management Consultants, „Best Practice in der Beschaffung im Krankenhaus“, Zusammenfassung, S. 3, Düsseldorf 2003

Stellenwert. Pflegekräften fällt in diesem Kontext eine Aufwertung ihrer Rolle zu, trugen sie doch schon in der Vergangenheit die Hauptverantwortung in organisatorischen Fragen.

Ohne IT-Unterstützung keine nachhaltige Effizienzsteigerung im Gesundheitsmarkt

Seien es die DRG, die Clinical Pathways, das Zusammenspiel unterschiedlicher Leistungserbringer und Kostenträger bis hinein in neue organisatorische Kooperationsformen wie etwa in MVZ: allen Maßnahmen gemeinsam ist der Wunsch, die Effizienz im Gesundheitswesen zu steigern, Qualität der angebotenen Leistungen zu verbessern und die Kosten zu senken. Allen Maßnahmen gemeinsam ist im uebrigen, daß sich ein Erfolg nur mit Unterstützung einer entsprechenden IT/Telekommunikationsinfrastruktur realisieren läßt. Unter dem Begriff Telemedizin, EHealth oder Telematik im Gesundheitswesen werden entsprechende IT/Telekommunikation gestützte Anwendungen in der Medizin zusammengefaßt.

In Deutschland das nach wie vor ambitionierteste und zugleich umfassendste Projekt in dieser Richtung ist die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, auch eGK genannt. Mit ausgelöst durch den Lipobay-Skandal in den USA im Jahr 2002 wurden die Forderungen nach einer stärkeren Überwachung von Arzneimittelverwendungen laut; in der Folge wurde das Projekt der eGK auf Bundesebene initiiert und vorangetrieben. Doch schon Ende der Neunziger Jahre hatten in einigen Regionen Deutschlands Niedergelassene Ärzte und Kliniken im Rahmen von Praxisnetzen begonnen, ihre jeweils vorhandene IT-Infrastruktur miteinander zu vernetzen, wenn auch im ersten Schritt vornehmlich um etwa die vorhandene Terminplanung zur Patienteneinweisung zu optimieren.⁴⁵

⁴⁵ Hierzu gehörte z.B. das Praxisnetz Flensburg, ein seit 1998 bestehender Zusammenschluß von heute 170 Leistungserbringern. Im Rahmen dieser Kooperation wurde im Rahmen der Gesundheitsinitiative der Landesregierung Schleswig-Holstein bereits im Jahre 2001 ein erstes Projekt zur Erprobung eines Elektronischen Patientenausweises gestartet.

Mit dem GMG im Jahr 2004 wurden nun die Krankenkassen verpflichtet, die bisherige Krankenversichertenkarte zu einer elektronischen Gesundheitskarte zu erweitern;⁴⁶ entsprechend wurde auch die Einführung eines elektronischen Berufsausweises für das Personal in Krankenhäusern, Apotheken und Arztpraxen festgelegt. In erster Linie und als Pflichtanwendung soll die eGK die Verwaltung der Versichertendaten („Versichertenclearing“) als elektronisches Rezept die Abrechnung von Rezepten verbessern. Neben diesen Pflichtleistungen sieht das Gesetz in weiteren Ausbaustufen einen sogenannten Notfalldatensatz, die Arzneimitteldokumentation und die elektronische Patientenakte vor. Bis heute (Stand Ende 2012) ist die eGK über die verwaltungsorientierten Merkmale der Krankenversichertenkarte nicht hinausgekommen, aus technischen Gründen ebenso wie aus Mangel an Konsens zwischen unterschiedlichen Interessensgruppen.⁴⁷

Dabei ist die – vor allem von der Politik formulierte - Zielsetzung der eGK als Kernbaustein einer entsprechenden komplexen IT/Telekommunikations-Infrastruktur bislang unverändert:

- Maximale Durchgängigkeit bei allen Transaktionen
- Höhere Effizienz bei den Behandlungen
- Reduzierung wiederholter Anamnesen und Mehrfachbehandlungen
- Unverträglichkeitsprüfungen verschiedener Medikamente
- Leistungsfähigere Prozessabläufe
- Kostensenkung durch effizientere Administration, z.B. durch die automatische Prüfung der Versichertendaten oder Einführung des elektronischen Rezepts⁴⁸

Einige Zahlen mögen die Sinnhaftigkeit einer Einführung verdeutlichen: Im Jahr 2009 wurden 630 Millionen Verordnungen in deutschen Apotheken abgewickelt,

⁴⁶ § 291a SGB V

⁴⁷ Siehe S. 20

⁴⁸ Dr. Michael Meyer, Von der sicheren Telematik-Infrastruktur zu Mehrwert-Applikationen in der integrierten Versorgung, in : Jäckel, A. (Hrsg.) Telemedizinführer Deutschland Ausgabe 2007, Bad Nauheim, 2007, S 48-55, hier S. 51

bislang unter Inkaufnahme eines mehrfachen „Medienbruchs“ im Verlauf von der Entgegennahme vom Kunden bis zur Abrechnung mit den Krankenkassen.⁴⁹

Auch die Folgen unerwünschter Arzneimittelwirkungen lassen sich durch mehr Transparenz und bessere Abstimmung drastisch reduzieren – nicht erst seit dem bereits erwähnten Lipobay Skandal in den USA. In Deutschland wird die Zahl der Todesfälle infolge falsch eingenommener Medikamente oder Unverträglichkeiten von Arzneimittelkombinationen auf bis 55.000 pro Jahr geschätzt.⁵⁰

Trotz dieser augenfälligen Vorteile einer eGK und der damit verbundenen IT-Infrastruktur verzögert sich deren Realisierung. Ähnlich der Komplexität des LKW-Maut Systems in Deutschland, das auch nur unter Schwierigkeiten in Betrieb gehen konnte, weist das eGK-Projekt eine hohe Komplexität auf.

Die Komplexität ergibt sich dabei nicht nur aus der Zahl der involvierten Parteien. Neben den bekannten Playern aus dem Medizinbereich gesellen sich alle namhaften Anbieter von Hard-, Software und Dienstleistungen, die zugegeben einen Milliarden-Investitionsprojekt vor Augen haben.⁵¹ Die Menge an geplanten Transaktionen über das Netz, Standardisierungs- und Kompatibilitätsfragen, Datenschutzaspekte bis hin zu Fragen der Finanzierung und Nutzenberechnungen haben zu einer Komplexität geführt, die unweigerlich das ambitionierte Ziel der Einführung der eGK Anfang 2006 frühzeitig unrealistisch erscheinen ließ. Nach Funktionstests in Modellregionen ausgesuchter Bundesländer⁵² erhalten nunmehr kontinuierlich die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherungen flächendeckend neue elektronische Karten. Dies darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass bislang der Funktionsumfang der Karten neben der Personalisierung (mit Lichtbild) auf reine verwaltungsspezifische

⁴⁹ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Daten des Gesundheitswesens 2011, www.bundesgesundheitsministerium.de.

⁵⁰ Michael Meyer, a.a.O., S. 53

⁵¹ Das Bundesministerium für Gesundheit rechnet mit Investitionen in die Infrastruktur von ca. 1,3 Mrd Euro, andere Quellen gehen von ca. 6 Mrd. Euro aus, siehe Booz Allen Hamilton, Kostennutzenanalyse der Einrichtung einer Telematik-Infrastruktur im deutschen Gesundheitswesen, im Auftrag der GEMATIC, Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH, Endbericht, Düsseldorf 31.07.2007

⁵² Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Schleswig-Holstein.

Anforderungen beschränkt ist, der deutlich von der weitreichenden Zielsetzung der eGK entfernt ist.



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Auch eine Gegenüberstellung der Kosten und Nutzen einer Telematikinfrastruktur mit der eGK zwingt zu einer eher mittelfristigen und vorsichtigen Betrachtungsweise. Experten haben in einem 2006 veröffentlichten Gutachten berechnet, dass allenfalls in einer Zehnjahresfrist mit einem wirtschaftlichen Erfolg zu rechnen ist. Im Maximum stehen Nutzen aus den mit der eGK verbundenen Applikationen von knapp 30 Mrd Euro Kosten von rund 20 Mrd Euro gegenüber.⁵³

Jenseits der eGK und der damit unmittelbar verbundenen IT-Infrastruktur gibt es eine wachsende Zahl von IT Anwendungen in einzelnen Bereichen der Leistungserbringer und Kostenträger. Hierbei ist weniger an bereits bestehende Krankenhausinformationssysteme oder Praxissoftware zur Optimierung von internen Dokumentations-, Abrechnungs-, Beschaffungsvorgängen gedacht, die seit Jahren bereits, teils in proprietären Lösungen, zum Einsatz kommen..

Im Mittelpunkt des Interesses stehen vielmehr Anwendungen in medizinischen Fachbereichen wie etwa Teleradiologie, Telepathologie, Teledermatologie oder

⁵³ Booz Allen Hamilton, Kostennutzenanalyse der Einrichtung einer Telematik-Infrastruktur im deutschen Gesundheitswesen, im Auftrag der GEMATIC, Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH, Endbericht, Düsseldorf 31.07.2007, S. 26.

Telekardiologie. Gemeinsam ist ihnen, dass die im Rahmen einer jeweiligen Behandlung ermittelten Informationen elektronisch gespeichert und bei Bedarf über eine räumliche Distanz ausgetauscht, auch und besonders zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern oder gar Kostenträgern. Vor allem die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern mit dem Ziel der Prozeßoptimierung – auch zur Unterstützung einheitlicher Behandlungspfade bzw. abgestimmter Therapien – erfährt durch derartige Systeme einen Innovationsschub.

Eines der ersten Projekte auf diesem Weg widmete sich etwa der Nachsorge von Trauma-Patienten mit Frakturen und offenen Wunden am Klinikum Bergmannsheil in Bochum. Im Rahmen eines Piloten am Kompetenzzentrum für Telemedizin (TELTRA) wurden Patienten nach verkürzter stationärer Behandlung mit einer Kamera und einem Tablet PC nach Hause entlassen.⁵⁴ Tägliche Bilder und ein vorstrukturierter Dialog mit Fragen über das Wohlbefinden etc. wurden über das Internet an den behandelnden Arzt in der Klinik übertragen. Nach Auswertung wurden dem Patienten Handlungsanweisungen für den weiteren Behandlungsverlauf per Email übermittelt. Neben den geringeren Behandlungskosten steigt die Lebensqualität der Patienten, zugleich - so erste Erfahrungen – zeigen die Patienten in der Regel eine besondere Motivation im Behandlungsprozess auf, da ihnen eine höhere Verantwortung beigemessen wird.

Ein weiteres Projekt steht derzeit in der Pilotphase eines Wittener Ärztenetzes und wird im Verlauf des Jahres 2013 in den kommerziellen Betrieb gehen. Gegenstand dieses Projekts „Telematisches Behandlungsmanagement“ genannt, sind chronische Wunderkrankungen.

Chronische Wunderkrankungen (wie Diabetisches-Fuß-Syndrom, Ulcus cruris, Dekubitus) nehmen als Folge des demographischen Wandels und/oder spezifischer zivilisationsbedingter Krankheiten wie Diabetes deutlich zu. Die Zusammenarbeit von Hausärzten, Internisten, Diabetologen, Chirurgen sowie Pflegekräften wird immer wichtiger, um die langwierigen Heilungsprozesse zeit- und ressourcensparend zu optimieren. Hierzu hat die Fa. MedServiceRuhr GmbH in Bochum eine it-/internetgestützte Kommunikationsplattform zusammen mit Medizinern entwickelt,

⁵⁴ Siehe hierzu Näheres unter www.teltra.de.

über die Leistungserbringer etwa im Rahmen von Selektiv-/IV-Verträgen Behandlungsfälle besprechen, Therapieempfehlungen austauschen und festlegen, Behandlungsanweisungen erteilen und verfolgen sowie Dokumentationen wie Bilder von Wunden, Befundbögen, Laborbefunde etc. als spezifische Fallakten anlegen können.⁵⁵ Die technischen Fortschritte in der Mobilfunktechnik in Gestalt moderner Smartphones erlaubt es zugleich, das beschriebene System auch mobil, etwa in der ambulanten Pflege oder bei Hausbesuchen einzusetzen.

Wie heutige Technik ohne hohe Investitionen Prozesse im Gesundheitswesen zu verbessern vermag zeigt ein drittes Beispiel:

Demographischer Wandel und zunehmende Immobilität machen Hausbesuche und ambulante Pflegeinsätze immer nötiger. Hierbei stellt sich immer wieder Frage, wie Verordnungen der Ärzte in die Apotheke bzw. folgend die Medikamente den Patienten erreichen. Hierzu ist in Bochum ebenfalls ein System auf basis handelsüblicher Smartphones entwickelt worden. MSR REMO⁵⁶ als Applikation auf einem Mobilfunkgerät erlaubt es dem jeweiligen Arzt oder der Pflegekraft, Rezepte einzuscannen und über einen gesicherten Server an die Apotheke der Wahl zu schicken. Dort werden die Rezepte in üblicher Weise „abgearbeitet“ und die Medikamente durch den bereits heute bei den meisten Apotheken eingerichteten Botenservice dem Patienten zugestellt. Dieses System fördert nicht nur die Patientenzufriedenheit, es unterstützt die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Arzt/Pflege und Apotheke, es schafft Kundenbindung auf jeder Seite, vor allem dort wo wachsender Wettbewerb den Akteuren immer mehr Servicequalität abverlangt.

Für die Zukunft der Telemedizin wird entscheidend sein, welche ökonomischen Randbedingungen existieren, die ein selbst tragendes Geschäftsmodell ermöglichen. Das jüngst beschlossene Versorgungsstrukturgesetz mag hierbei helfen, schafft es doch erstmals Voraussetzungen, telematische Dienstleistungen auch im System der gesetzlichen Krankenkassen abrechenbar zu machen.

⁵⁵ Siehe hierzu im einzelnen: www.medserviceruhr.de

⁵⁶ dito

Fazit:

Der Gesundheitsmarkt ist für Deutschland bereits heute wirtschaftlich bedeutend und gehört sicher zu den „Wachstumslokomotiven“ in den nächsten Jahrzehnten. Nur Struktur, Produkt- und Prozessinnovationen geben die Garantie, dass die Erwartungen in diese Entwicklungen eintreffen.

In der Erkenntnis der wirtschaftlichen und demographischen Trends finden mehr und mehr strukturelle Veränderungen statt, die die Wettbewerbsintensität in diesem Markt – wenn auch langsam – doch stetig intensivieren.

Der Schlüssel für den wirtschaftlichen Erfolg – vor allem bei den Leistungserbringern – liegt in Prozessinnovationen. Der IT/Telekommunikationsinfrastruktur sowie Applikationen, die unter Begriffen wie Telemedizin/E-Health gefaßt werden, kommt dabei eine wachsende Bedeutung zu. Neben der technischen Realisierbarkeit ist für den nachhaltigen Erfolg jedoch nötig, dass auch der regulative Rahmen, insbesondere die Vergütungssysteme mit dieser Entwicklung Schritt halten.

Herr Axel Busch, 54 Jahre alt, Dipl. Volkswirt und Gesundheitsöknom (eds), ist Geschäftsführender Gesellschafter der MedServiceRuhr GmbH in Bochum. Die ersten Berufsjahre verbrachte er als wissenschaftlicher Mitarbeiter des Institut für Weltwirtschaft, Kiel. Mit dem Branchenschwerpunkt in der Telekommunikation und Gesundheitswirtschaft hat Herr Busch langjährige Erfahrung als Unternehmensberater und Manager in Telekommunikationskonzernen und selbständiger Unternehmer. Er betreute Projekte in Asien, Afrika und Osteuropa, u.a. im Auftrag der Weltbank, von regionalen Entwicklungsbanken und der Europäischen Kommission. Herr Busch war zudem Berater der Bundesregierung in der sogenannten Deregulierungskommission. Die Landesregierung von Schleswig-Holstein unterstützte er u.a. im Aufbau der „Gesundheitsinitiative“, einem Projekt zur Stärkung der Gesundheitsbranche als Motor für die Entwicklung des Landes.