



Gesundheitsmanagement in der Privaten Krankenversicherung

Dipl.-Psych. Julia Scharnhorst MPH

2002

In: Report Psychologie 8/2002

Einleitung

Die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen treffen auch die Privaten Krankenversicherungen. Ursachen dieser Kostensteigerungen liegen teils im System, teils bei den Behandlern und teils bei den Nutzern, also den Patienten. Daher ändert sich die Rolle der Krankenversicherungen, die nicht mehr nur Rechnungen begleichen, sondern zunehmend auch den Prozess der gesundheitlichen Versorgung ihrer Kunden beeinflussen wollen. Dazu gibt es verschiedene Möglichkeiten, z. B. Aufklärung und Information, Disease- und Case-Management-Programme, Präventionsaktionen, die hier am Beispiel des Gesundheitsmanagements einer Privaten Krankenversicherung dargestellt werden. Dieses interessante Berufsfeld sollte von Psychologen aktiv mitgestaltet werden.

Fast täglich lesen wir zur Zeit in der Presse über die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen und es wird heftig diskutiert, ob und wie man diesen Anstieg aufhalten kann. Der Ausgabenanstieg wird allerdings weniger erschreckend, wenn man die Kosten nicht nur in DM, sondern auch als Prozentsatz des Bruttosozialprodukts betrachtet. Relativ gesehen ist der Ausgabenanteil für Gesundheitskosten in Deutschland längst nicht so stark gewachsen, wie die absoluten Zahlen glauben machen. Als Ergebnis des, durchaus in der Methodik umstrittenen, WHO-Reports zu Kosten und Leistungen der Gesundheitssysteme lässt sich festhalten: Bei den Gesundheitsausgaben liegt Deutschland weltweit mit an der Spitze, bei den Leistungen liegen wir mit Platz 25 eher im Mittelfeld.

Innerhalb Deutschlands gibt es regionale Unterschiede bei den Gesundheitskosten, die sich nicht ohne weiteres erklären lassen und die darauf hinweisen, dass durchaus noch Möglichkeiten zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen vorhanden sind. Beispiele gibt es bei den Arzneimittelkosten und den stationären Verweildauern,

Was verursacht nun diese Kostensteigerungen? Es ist bekannt, dass eine zunehmend ältere und damit auch kränkere Bevölkerung (Zunahme der chronischen Erkrankungen) und ein immer noch steigender medizinischer Versorgungsstandard auf der Ausgabenseite und ein demografisches Ungleichgewicht auf der Einnahmeseite für die Entwicklung vorwiegend verantwortlich sind.

Es gibt aber immer noch Kosten steigernde Faktoren, die im Verhalten des einzelnen Akteurs im Gesundheitswesen begründet liegen. So gibt es im Verhalten der niedergelassenen Ärzte einige Fehlannahmen und Verhaltensweisen, die eher Kosten treibend wirken. So wissen nur wenige Ärzte, dass sie mit ihren Maßnahmen nur einen geringen Anteil der Gesundheitskosten (ca. 18 %) direkt verursachen und dass der wesentliche größere Anteil der Kosten (ca. 68 %) indirekt veranlasst wird, z. B. durch Rezepte, Heil- und Hilfsmittel, stationäre Einweisungen usw. Weiterhin ist die Annahme bei den Ärzten noch sehr verbreitet (55 %), dass die Patienten die Praxis nur dann zufrieden verlassen (und deshalb

auch wiederkommen werden), wenn sie ein Rezept mitnehmen können. Das trifft aber nur auf 20 % der Patienten zu! (Deutsches Ärzteblatt 97, Heft 26, 2000, S. 1796)

Auch die Privaten Krankenversicherungen sind von den überall beobachteten Kostensteigerungen im Gesundheitswesen betroffen. In letzter Zeit lassen sich sogar Kostenverlagerungen von der Gesetzlichen in die Private Krankenversicherung hinein beobachten: Offensichtlich wird nun mehr Geld an den Privatpatienten verdient, um die Begrenzungen durch die Budgets in der Gesetzlichen Krankenversicherung wieder auszugleichen.

Auch bei den Patienten lohnt es sich, die Ausgabenseite genauer zu betrachten. Meist ist es eine recht kleine Gruppe von Patienten, die aber den Großteil der Ausgaben verursacht. Für das Jahr 2001 wurde die Ausgabenverteilung auf die Patientengruppen in der HanseMercur Krankenversicherung untersucht. Die Krankheitskosten der ca. ein Drittel aller Kunden, die in diesem Jahr Rechnungen eingereicht hatten, verteilten sich sehr ungleichmäßig,

Die Ursache für diese Verteilung liegt sicherlich darin, dass die wenigen schweren Krankheitsfälle sehr viel höhere Kosten verursachen als eine große Anzahl von Bagatellerkrankungen. Besonders im letzten Lebensjahr sind sehr hohe Ausgaben zu beobachten, meist bei Krebspatienten.

Auch das individuelle Verhalten der Versicherungskunden kann aber die Ausgabenseite beeinflussen:

- Zu wenig eigene Aktivität zur Erhaltung der Gesundheit,
- zu geringe Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen,
- "Versicherten-Mentalität", mangelndes Kostenbewusstsein,
- Doctor-Shopping,
- Einwilligung in unnötige Behandlung oder Diagnostik.

1. Ziele einer Privaten Krankenversicherung

Aus den o. g. Fakten zur Ursache von Kostensteigerungen lassen sich zwei Schlussfolgerungen ableiten:

- Die medizinische Versorgung der Bevölkerung in Deutschland ist trotz großen finanziellen Aufwands nicht optimal. Es kommt sowohl zu Über- als auch zu Unterversorgung.
- Es gibt auf verschiedenen Ebenen Handlungsmöglichkeiten, um die gesundheitliche Versorgung und das Kosten-Nutzen-Verhältnis im Gesundheitswesen zu optimieren.

Angesichts dieser Tatsachen hat sich auch die beschriebene Krankenversicherung Ziele für den Anfang 2000 neu geschaffenen Bereich Gesundheitsmanagement gesetzt.

- Optimierung der medizinischen Versorgung für die Versicherten
- Keine weitere Erhöhung der Schadenquote
- Erhöhung des Serviceangebots und Verbesserung des Images
- Schaffung einer Grundlage für die Differenzierung am Markt.

Das Hauptziel ist jedoch, sich vom reinen Leistungserstatter, der lediglich Rechnungen reguliert, zu einem kompetenten Berater in Sachen Gesundheit zu wandeln. Dies bedarf allerdings einigen Aufwands, um auch die Kunden darauf aufmerksam zu machen, dass sie mehr von ihrer Krankenversicherung erwarten dürfen, als sie dies bislang kannten.

2. "Die Gesundheitsprofis"

Um die Ziele in die Realität umzusetzen, wurden unter dem Projektnamen "Die Gesundheitsprofis" verschiedene Angebote für die Kunden eingeführt. So steht jetzt eine Servicepalette zur Verfügung, die unter anderem aus einem Gesundheitstelefon, einem Gesundheitsportal im Internet, Case- und Disease-Management-Programmen sowie Präventions- und Informationsangeboten besteht.

Gesundheitstelefon

Die Kunden der Krankenversicherung haben die Möglichkeit, zum Ortstarif ein Gesundheitstelefon anzurufen, um ihre gesundheitlichen Fragen zu besprechen. Von 8 bis 20 Uhr ist dieser Service erreichbar. Für die Beratung stehen 130 medizinische Fachleute aus den Berufsgruppen: Fachärzte verschiedener Fachrichtungen, Apotheker, Zahnärzte und medizinische Assistenzberufe zur Verfügung. Die Krankenversicherung bietet dieses Angebot über ein sehr renommiertes medizinisches Call-Center an.

Das Informationsangebot ist sehr breit gefächert. Es reicht von relativ einfachen Auskünften bis hin zu fachärztlichen Zweitmeinungen. Bei Bedarf wird auch begleitendes Informationsmaterial zugesandt. Die Leistungen des Gesundheitstelefons umfassen zum Beispiel:

- Adressen von Ärzten, Zahnärzten, Spezialisten und Notdiensten in der gewünschten Region; von Krankenhäusern, Rehabilitations- und Spezialkliniken; von Psychologen, Physiotherapeuten, Hebammen, Pflegediensten und -einrichtungen sowie Selbsthilfegruppen,
- Auskunft über Impfungen, Reiseapotheke und sonstige Vorsichtsmaßnahmen vor Reisen,
- Auskunft über Medikamente und deren Neben- und Wechselwirkungen,
- allgemeine Auskunft über Ursachen und Behandlungsalternativen bestimmter Erkrankungen,
- Einholen einer fachlichen Zweitmeinung, bei schweren Erkrankungen Auskunft über Behandlungs- und Operationsmöglichkeiten,
- Auskünfte zu Ernährungsfragen und Informationen zu Vorsorgeuntersuchungen.

Der Vorteil dieses Angebots für die Kunden liegt auf der Hand: Sie können eine neutrale Beratung oder Zweitmeinung auf höchstem Niveau für alle gesundheitlichen Fragen erhalten. Die Beratung wird nur an den geltenden medizinischen Standards ausgerichtet und nicht danach, wie ein Kunde versichert ist. Wenn der Ratsuchende den Eindruck bekommen würde, dass die Auskünfte in irgendeiner Form von Versicherungsinteressen beeinflusst sind, würde dies die Akzeptanz des Gesundheitstelefons sicherlich sehr stark beeinträchtigen. Deshalb wurde von Seiten der Versicherung Wert darauf gelegt, die Informationen durch neutrale Fachleute erteilen zu lassen.

Und welchen Nutzen hat dann die Versicherung? Zum einen natürlich den zusätzlichen Service. Für ein Kunden- und Serviceorientiertes Unternehmen passt das Angebot eines Gesundheitstelefons sehr gut zur Corporate Identity. Zudem erhofft man sich auch Effekte auf die Qualität der medizinischen Versorgung und letztendlich auch auf die Kosten. Ein Kunde, der nach einem Informationsgespräch am Gesundheitstelefon gleich den Facharzt der passenden Fachrichtung für sein Gesundheitsproblem aufsucht und nicht erst lange herumprobiert, spart Zeit und Mühe und auch die Versicherung kann bei den Ausgaben sparen. Falls jemand schwer erkrankt ist, profitiert der Patient davon, gleich in die richtige Spezialklinik zu kommen und dort bestmöglich behandelt zu werden und auch die Versicherung hat einen Nutzen davon, nicht die Rechnungen für unnötig lange Verweildauern und Behandlungen erstatten zu müssen.

www.diegesundheitsprofis.de

Ende 2000 wurde ein eigenes umfassendes Gesundheitsportal unter dem Domain-Namen "www.diegesundheitsprofis.de" in das Internet gestellt. Die Qualität des veröffentlichten Content wird nach Discern-Kriterien überprüft. Jeder interessierte Internet-Surfer, also nicht nur die Kunden der Versicherung kann hier auf über 11.000 Webseiten medizinische Auskünfte aller Art finden. Besonders interessant sind z. B.:

- Arzt-, Therapeuten- und Kliniksuche inkl. Anfahrtsskizze,
- "Pillen & Co.", der Beipackzettel online mit Informationen zu über 6.000 Medikamenten,
- Rubrik Gesundes Reisen mit allgemeinen und länderspezifischen Informationen,
- komplette Rückenschule, mit Tests und Übungen per Video-Sequenzen,
- Roche-Medizin-Lexikon,
- Rubriken zu Wellness und Frauen und Gesundheit.
- Regelmäßig wird auch über interessante Neuigkeiten aus dem Gesundheitsbereich berichtet.

Disease-Management

Seit Mitte 2001 läuft ein Pilotprojekt für ein Disease-Management-Programm für Versicherte mit Diabetes. Das Programm besteht aus einer strukturierten telefonischen und schriftlichen Betreuung über ein ganzes Jahr hinweg. Die Teilnehmer erhalten den Gesundheitspass Diabetes, in dem dann die Ergebnisse der regelmäßig durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen festgehalten werden. Begleitend dazu erhalten die Kunden in verschiedenen Zusendungen schriftliches Informationsmaterial, das die Inhalte einer Diabetes-Schulung enthält. Dazwischen werden die Teilnehmer zu geeigneten Zeitpunkten von Diabetes-Experten angerufen. In den Telefonaten werden die letzten medizinischen Werte aus dem Gesundheitspass, die letzten Kapitel des Schulungsmaterials sowie individuelle Anliegen des Kunden besprochen.

Die wichtigsten Ziele dieses Programms sind:

- adäquate medizinische Versorgung des Kunden
- Kundenzufriedenheit, Steigerung der Lebensqualität
- Kostenreduktion

Die Philosophie, die dem Programm zugrunde liegt, ist die des "Patient Empowerments". Durch gezielte Information und Unterstützung bei Vorsorgeaktivitäten soll der Kunde befähigt werden, zukünftig eigenverantwortlich gut mit seiner Erkrankung umzugehen. Gerade beim Diabetes als verhaltensabhängiger Krankheit bietet sich ein Ansatz an, der den Patienten in die Lage versetzt, die Rolle des "Oberarztes" bei seiner Behandlung einzunehmen.

Im Anschluss an die praktische Durchführung des Programms ist eine Evaluation zu folgenden Bereichen vorgesehen:

- Veränderung der relevanten medizinischen Parameter
- Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung des Diabetes
- Lebensqualität
- Zufriedenheit mit dem Disease-Management-Programm

Case-Management

Viele Patienten, die als komplizierte und schwerwiegende Einzelfälle gelten, klagen über die schlechte Kommunikation mit niedergelassenen und Krankenhausärzten. Es kommt zu Doppeluntersuchungen oder der Betroffene fühlt sich nicht ausreichend über die Erkrankung und die Behandlung informiert.

Für diese Einzelfälle bietet die Krankenversicherung individuelle Beratung und Betreuung an. So haben der Patient oder seine Angehörigen die Möglichkeit, sich Diagnose, Behandlung und eventuelle Behandlungsalternativen in Ruhe von einem weiteren Facharzt erklären zu lassen. Bei Bedarf kann die gesamte medizinische und pflegerische Versorgung in Abstimmung mit den behandelnden Ärzten organisiert werden.

Prävention

Um nicht erst dann aktiv zu werden, wenn die Versicherten bereits an einer Krankheit leiden, wurden vom Gesundheitsmanagement auch verschiedene Präventionsangebote erprobt, die dann nach und nach in den Regelbetrieb übergehen.

So wurden Kunden mit einem erhöhten Risiko an Diabetes zu erkranken (Altersgruppe zwischen 40 und 75 Jahren), die längere Zeit nicht beim Arzt gewesen waren, Harnzucker-Teststreifen und eine Informationsbroschüre zugesandt. Damit sollten sie motiviert werden, zu Hause einen Selbsttest auf Diabetes durchzuführen und ggf. bei auffälligen Ergebnissen den Arzt aufzusuchen.

Einer weiteren Kundengruppe wurde ein Vorsorgescheck zugesandt, der zu einer für den Versicherten kostenlosen Vorsorgeuntersuchung auf Herz-Kreislauf- und Stoffwechsel-Erkrankungen berechnete. Auch hier wurden vorher Kunden selektiert, bei denen ein erhöhtes Risiko bestand: Höheres Alter und kein Arztbesuch innerhalb der letzten zwei Jahre. Einerseits ist es für die Schadenquote einer Krankenversicherung natürlich günstig, wenn die Versicherten keine medizinischen Leistungen in Anspruch nehmen. Andererseits kann dies aber langfristig nachteilig sein, wenn die Kunden deshalb die sinnvollen Vorsorgeuntersuchungen nicht wahrnehmen. Erkrankungen werden dann möglicherweise erst in einem fortgeschrittenen Stadium entdeckt. Dies ist selbstverständlich ungünstig für den Betroffenen, aus finanzieller Sicht aber auch nicht wünschenswert für die Versicherung, da dann meist höhere Behandlungskosten anfallen.

Auch Angebote zur Tertiärprävention werden erprobt: Es fand eine Asthma-Schulung für Versicherte mit dieser Erkrankung in den Räumen der Versicherung statt. Durchgeführt wurde das Seminar von einer externen Spezialistin, in diesem Fall vom Deutschen Allergie- und Asthmabund. Zwar wurden die Inhalte der Schulung von den Teilnehmern mit Interesse aufgenommen, dennoch wurde deutlich, dass eine gewisse Skepsis bestand. Ein Angebot, das von der Krankenversicherung kommt, wird auf dem Hintergrund der Diskussion über Einsparungen und Rationierungen im Gesundheitswesen immer mit dem Misstrauen betrachtet, dass möglicherweise nur ein Einsparungsgedanke dahintersteht. Erst wenn diese Vorbehalte überwunden werden können, lassen sich die Teilnehmer auch ganz auf das Angebot ein.

3. Gesundheitsmanagement - ein Berufsfeld für PsychologInnen?

Zur Zeit sind die PsychologInnen in diesem Berufsfeld noch eher die Exoten. In den entsprechenden Stellenanzeigen von gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungen werden vorwiegend ÄrztInnen gesucht, manchmal auch mit der Zusatzqualifikation in "Public Health". Dies ist aber nicht inhaltlich zu begründen, sondern beruht eher auf der vorgefassten Meinung, dass ÄrztInnen am besten geeignet sind, sich mit Gesundheitsfragen zu befassen. Was dabei nicht berücksichtigt wird ist, dass auch immer gesundheitspsychologisches Wissen nötig ist, um sinnvolle Konzepte und geeignetes Informationsmaterial zu erstellen. Ein nur fachmedizinischer und theoretischer Ansatz wird nicht genügen, um

Angebote zu erstellen, die den Adressaten wirklich erreichen und ihn zu Verhaltensänderungen motivieren können.

Erst recht, wenn es dann um die praktische Umsetzung der Programme geht, also um das Angebot von Beratungen, Seminaren und Schulungen, sollten psychologische Erkenntnisse aus der Gesundheitsförderung und Patientenschulung unbedingt berücksichtigt werden. Auch auf dem Hintergrund der neuen gesetzlichen Regelungen, die die Einführung von Disease-Management-Programmen in der gesetzlichen Krankenversicherung fördern, ist es für die Berufsgruppe der PsychologInnen sinnvoll, sich in den Diskussionsprozess an geeigneter Stelle mit einzubringen, um sicher zu stellen, dass gesicherte Erkenntnisse in den Bereichen Gesundheitsförderung und Patient Empowerment auch mit einfließen.

Zusammenfassung:

Angehts der Ineffizienzen im Gesundheitswesen einerseits und dessen Unübersichtlichkeit für den Patienten andererseits ist es sinnvoll, dass auch Krankenversicherungen zur optimalen medizinischen Versorgung ihrer Kunden beitragen. Die Krankenversicherungen sind dabei, Ressourcen und Kompetenzen im Bereich Gesundheitsmanagement aufzubauen, insbesondere angesichts der neuen gesetzlichen Regelungen zum Disease-Management bei den Gesetzlichen Krankenversicherungen. Es werden bereits Angebote zur Beratung und Unterstützung der Kunden in der Praxis umgesetzt, z. B. auch in Form von Case- und Disease-Management-Programmen. Da diese Programme immer auf Freiwilligkeit auf Seiten der teilnehmenden Patienten basieren, ist der Einsatz von gesundheitspsychologischem Know-how hier wünschenswert und notwendig, um Ansätze des Empowerment auch durch die Krankenversicherungen verwirklichen zu können. Nur wenn der Kunde als informierter Patient im Mittelpunkt steht und nicht kontrolliert und gegängelt wird, können Ansätze des Gesundheitsmanagements erfolgreich sein.

Literatur

GELDidee, Heft 24, 2000

msg systeme gmbh, Studie zu stationären Verweildauern, 2000

OECD Health Data 2001

Scharnhorst, J., Sudbrack, M., "Patientenberatung als Aufgabe der PKV", DZV-dialog, Februar 2001

von Ferber, L., Patienten erwarten nicht immer ein Rezept, Dt. Ärzteblatt 97, Heft 26, 2000