

Neue Bücher

■ Soziale Gesundheitspolitik – Sparen, umverteilen, vorsorgen?

von Stefan Huster, Verlag Klaus Wagenbach, Berlin 2011, 95 Seiten, ISBN 978 3 8031 3639 8, 14,90 €

„Gesundheit ist ein im kantischen Sinne des Wortes transzendentes Gut, das die Voraussetzung vieler anderer Lebensvollzüge ist“, schreibt Stefan Huster in seiner Einleitung. Aus diesem Grunde nähmen wir „soziale Zugangshürden und Ausdifferenzierungen“ in diesem Bereich (ähnlich wie im Bildungssystem) als massives Problem wahr. Dabei beruhigt Huster gleich zu Anfang alle jene, die schon beim differenzierten Nachdenken über diese Themen den Beginn der Entsolidarisierung sehen: Das allgemein zugängliche, „solidarische“ Gesundheitssystem sei eine „zivilisatorische Errungenschaft, die wir nicht leichter Hand aufgeben sollten.“ – Allerdings ergäben sich daraus einige (drei) Anschlussprobleme. Angesichts der grundsätzlichen Knappheit aller Ressourcen fragt Huster erstens, wo bei den Leistungen des öffentlichen Versorgungssystems ggf. Abstriche vorgenommen werden sollten. Der medizinische Fortschritt stelle auch Leistungen zur Verfügung, die im Rahmen der Sozialversicherung nicht mehr jedem zugänglich seien, sondern nur noch über den „privaten Zukauf“ erlangt werden könnten. Huster beschäftigt sich also mit dem Problem, das gewöhnlich mit dem Schlagwort der „Zwei-Klassen-Medizin“ beschrieben wird. Zweitens überlegt Huster, wie die Gesellschaft mit dem Phänomen der sozial bedingten Gesundheitsunterschiede umgehen soll. Drittens fragt er nach dem Zusammenhang von Versorgung und Vorsorge im aktivierenden Sozialstaat.

Zur ersten Frage erörtert Huster zunächst einmal die Grenzen der Solidaritätsverpflichtung der Gesellschaft im Krankheitsfall und bewertet z.B. die Forderung, die Beitragsbemessungsgrenze aufzuheben als „systemfremd“: „Ein Beitrag, dessen Höhe nicht mehr in einem sinnvollen Verhältnis zum erlangten Versicherungsschutz steht,

wäre ... verfassungswidrig.“ Die unterschiedliche Vergütung privat- und kassenärztlicher Leistungen verführe die Ärzte jedoch dazu, „ihre Aufmerksamkeit zunächst auf die privat versicherte Kundschaft zu richten.“ Der Dualismus von GKV und PKV sei insoweit ein „ordnungspolitisches Ärgernis“ und die Entwicklung zu einem einheitlichen Versicherungssystem „die realistischste Option.“

Das Versicherungssystem müsse sich *offensiv* mit der Definition seiner Leistungsverpflichtung auseinandersetzen. Der Grundsatz „Rationalisierung vor Rationierung“ sei ein „sinnvoller, aber nur begrenzt hilfreicher Grundsatz.“ Zumal die Grenzen zwischen Rationalisierung und Rationierung fließend seien. Insoweit käme die Gesellschaft nicht um eine bewusste „Priorisierung“ der Leistungen herum, wobei auch sie „letztlich ... darauf hinaus“ laufen könne, „medizinisch sinnvolle Maßnahmen aus Kostengründen zu versagen.“ Die entscheidenden Fragen seien, *wer* darüber zu entscheiden habe und *nach welchen Kriterien* die Entscheidungen erfolgen sollen. Bei der ersten Frage steht Huster dem Gemeinsamen Bundesausschuss kritisch gegenüber. Die ihn tragenden Selbstverwaltungskörperschaften seien für seine weitreichenden Entscheidungen nicht ausreichend legitimiert und auch die „Wissenschaft“ (wie z.B. das IQWiG) könne die Aufgabe nicht allein bewältigen. „Die Verantwortung für Leistungsbeschränkungen muss letztlich ein demokratisch legitimates Organ übernehmen, mindestens das Gesundheitsministerium im Wege der Rechtsverordnung.“

Dabei unterstützt Huster nachdrücklich die reflektierte Bestimmung von Effizienzgrenzen für Leistungen (zum Beispiel nach den Maßstäben der evidenzbasierten Medizin) und kritisiert in diesem Zusammenhang mit einer juristisch eleganten Argumentation das sog. „Nikolausurteil“ des Bundesverfassungsgerichts: Wenn bei ersten Erkrankungen die Schulmedizin nicht mehr weiterhelfe, könne man es „auf Kosten der Solidargemeinschaft auch

mit Quacksalberei ... versuchen.“ Bei den Kriterien für Priorisierung ist Huster vor allem die *Transparenz* des Entscheidungsverfahrens wichtig. Wesentlich sei außerdem, der Gesichtspunkt der „*sozialen Inklusion*“. In einer Gesellschaft der sozialen Unterschiede sei die „medizinische Versorgung so wichtig, dass niemand von deren Standardniveau abgehängt werden darf.“

Zum zweiten Themenkomplex wundert sich Huster, „dass der Abbau der Gesundheitsunterschiede nicht schon längst als vorrangige sozialpolitische Aufgabe betrachtet wird.“ Bei der Diskussion des „sozialen Gradienten“ für Gesundheit trete zwangsläufig das Thema der „Eigenverantwortung“ auf den Plan. Dabei stellt Huster zu Recht fest: „Menschen von ihren ungesunden Angewohnheiten abbringen zu wollen, hat immer einen unangenehmen edukatorischen und paternalistischen Zug.“ Das Bundesverfassungsgericht habe daher in seinem Urteil zu den Rauchverboten in Gaststätten auch betont, dass dem Bürger „kein Schutz vor Selbstgefährdung aufgedrängt“ werden dürfe. Insoweit müsse man sich – so die etwas resignierende *Conclusio* – mit den Grenzen noch jeder Gesundheitsförderungs politik arrangieren. Gleichwohl habe der Staat die Verpflichtung, die „gesundheitlichen Nebenwirkungen“ der sozialen Unterschiede so gering wie möglich zu halten.

Beim dritten und letzten Themenkomplex weiß Huster, dass die Maxime „Vorbeugen ist besser als heilen“ jedenfalls kein Geld spart. Schließlich habe „Public Health ein politisches Wahrnehmungs- und Durchsetzungsproblem. Anders als im Versorgungssystem existiert hier keine Lobby, für die die Ausweitung der zur Verfügung stehenden Ressourcen oberste Priorität besitzt; auch fehlt Public Health die technische Faszination der Hochleistungsmedizin.“ Trotz dieser Skepsis sei aber eine entsprechende Politik erforderlich und sinnvoll. Man müsse allerdings auch öffentlich-politisch über den „Grenznutzen“ von Versorgungs- und Vorsorge-Maßnahmen rasonieren dürfen. Insoweit schließt sich für Huster

„der Kreis“ seiner Überlegungen: „Das Nachdenken über Priorisierungen im Versorgungssystem“ sei „nicht trotz, sondern gerade wegen der sozialen Gesundheitsgerechtigkeit geboten.“

Huster, der an der Universität Bochum Öffentliches Recht und Sozialrecht lehrt und das Institut für Sozialrecht leitet, konnte über die beschriebenen Probleme im Rahmen eines Fellowship am Wissenschaftskolleg Berlin 2010/2011 nachdenken. Gut, das er seine Überlegungen in einem lesbaren, knapp einhundert seitigen Bändchen verdichtet und nicht in einem dicken Buch niedergelegt hat. Er wird damit einigen (vor allem den linken) Protagonisten der Gesundheitsszene gedanklich was zu beißen geben: z.B. wenn er gut begründet für Priorisierung eintritt *und* für Public Health, obwohl gerade deren Befürworter Priorisierung meist tabuisieren. Ein Vorteil ist dabei, dass Huster vom öffentlichen Recht her kommt und eine „vorsorgende Gesundheitspolitik“ aus einer abstrakten, rechts- und gesellschaftstheoretischen Perspektive begründen kann. Mit seiner nüchtern-skeptischen Argumentation hebt er sich wohlthuend ab von dem moralisierenden Furor der üblichen Public Health Protagonisten.

Dr. Robert Paquet, Berlin

■ The Quality and Outcomes Framework – QOF-transforming general practice

Edited by Stephen Gillam and A. Niroshan Siriwardena
Radcliffe Publishing Ltd;
15 Oct 2010, Paperback pp. 176
ISBN 978-1846194566 33,90 €

Mit dem „Quality and Outcomes Framework (QOF)“ wurde 2004 in Großbritannien eine leistungsbezogene Vergütungskomponente für Allgemeinmediziner eingeführt. Der Vertrag war Teil einer NHS-Reform, mit der unter anderem die Qualität der ambulanten Versorgung verbessert werden sollte. Der Grad der Versorgungsqualität wird mit einem Punktesystem anhand von Qualitätsindikatoren quantifiziert und entsprechend honoriert. Obwohl die Teilnahme freiwillig ist, nimmt ein Großteil der Praxen an der leistungsori-

entierten Vergütung teil. Nach wie vor wird das QOF jedoch kontrovers diskutiert. Das vorliegende Buch beschreibt in vier Teilen Vor- und Nachteile und setzt sich kritisch und aus verschiedenen Perspektiven mit dem Thema auseinander.

Der erste Teil des Buches gibt einen umfassenden Überblick zu der Entwicklung und Einführung des QOF. Insbesondere wird hier auf die evidenzbasierten Qualitätsindikatoren für die vier Bereiche, in denen gemessen wird, Bezug genommen. Der zweite Teil des Buches befasst sich mit Hinweisen einer potentiellen Qualitätsverbesserung durch Einführung des QOF in der Literatur. Leider sind alle beschriebenen Studien Beobachtungsstudien und eine Datensynthese konnte nicht durchgeführt werden. Insgesamt zeigte sich ein schwacher Effekt der Kosteneffektivität, jedoch gibt es kaum Hinweise auf einen direkten Effekt des QOF auf eine Verbesserung der Gesundheit der Patienten. Zentraler Bestandteil des Qualitätsvertrages ist die fortlaufende Dokumentation der Versorgungsqualität in den Praxen. Zu diesem Zweck wurde eine systemübergreifende Datenbank zur Erfassung der Leistungsergebnisse und qualitätsbezogenen Vergütung der Praxen entwickelt. Im folgenden Kapitel wird der Einsatz dieser neuen Informationstechnologie als Grundlage für die Forschung und Möglichkeit der Manipulation durch die einzelnen Praxen diskutiert. Das letzte Kapitel des zweiten Teils zeigt Fallstudien aus vier verschiedenen Praxen in England und Schottland. Obwohl alle Praxen ihre Strukturen und Prozesse im Verlauf der Anpassung an das QOF erheblich verändert hatten, ist die subjektive Wahrnehmung offensichtlich eine andere. Keine Praxis berichtet in den qualitativen Studien von einer Veränderung.

Der dritte Teil beschreibt die praktische Umsetzung in den Praxen anhand von Beispielen. Zusätzlich wird auf die Patientenperspektive eingegangen. Nach wie vor liegen allerdings wenige Daten aus Patientensicht vor, und die Autoren gehen auf das Spannungsfeld zwischen einem vertrauensvollen Arzt-Patientenverhältnis und Erreichen des Qualitätsziels ein. Für die Patienten scheint es nicht immer ersichtlich zu sein, welche Maßnahmen nötig sind, oder nur dem finanziellen Vorteil des

Arztes dienen.

Der vierte und letzte Teil beschäftigt sich mit der leistungsorientierten Vergütung nicht nur innerhalb des QOF, sondern international. Zunächst wird auf die Definition von „Qualität“ eingegangen und die Autoren präsentieren Publikationen, die den Effekt der leistungsorientierten Vergütung auf die Qualität der Versorgung zeigen sollen. Obwohl auch hier die Evidenz einer Qualitätsverbesserung schwach ist, kann immerhin eine Veränderung im Verhalten der Ärzte gezeigt werden.

Im nächsten Kapitel stellen die Autoren die Evidenz, die Flexibilität des Systems in Bezug auf eine individuelle Versorgung der Patienten sowie die Kosteneffektivität in Frage und weisen auf alternative Strategien zur Verbesserung der Versorgungsqualität hin. Im letzten Kapitel des Buches diskutieren die Herausgeber die einzelnen Beiträge ausgehend von der Frage: „The Quality and Outcomes Framework: triumph of evidence or tragedy for personal care?“ und beenden das Buch mit einer kritischen Würdigung.

Die Stärke des Buches ist die gute Struktur und eine umfassende Analyse der Vor- und Nachteile des QOF und Diskussion von Ursachen von aktuellen und potentiellen Konflikten. Das Buch bietet eine hervorragende Übersicht zum Thema „Leistungsorientierte Vergütung“ und eignet sich nicht nur für Leser aus dem direkten Umfeld des Systems, sondern insbesondere auch für interessierte Leser, die sich noch nicht eingehender mit dem Thema beschäftigt haben und einen detaillierten Überblick suchen.

Kirsten Hoeper, Hannover

■ Stichwort Gesundheitswesen

KomPart-Verlag (Hrsg.), 4., vollständig überarbeitete Auflage,
KomPart Verlagsgesellschaft Berlin
2012, 340 Seiten,
ISBN 978-3-940172-27-3, 16,80 €

Fünf Jahre sind in der schnelllebigen deutschen Gesundheitspolitik eine lange Zeit. So lange liegt das Erscheinen der dritten Auflage des Lexikons für „Einsteiger und Insider“ – wie das Nachschlagewerk „Stichwort Gesund-

heitswesen“ im Untertitel bezeichnet wird – inzwischen zurück. Zur Erinnerung: Damals war gerade das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz in Kraft getreten. Dieses, von der damaligen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt in der schwarz-roten Koalition auf den Weg gebrachte Gesetz hatte für die Krankenkassen weitreichende Folgen. Begriffe wie Gesundheitsfonds, einheitlicher Beitragssatz, GKV-Spitzenverband, Versicherungspflicht für alle, Insolvenzfähigkeit der Kassen, um nur einige Beispiele zu nennen, waren neu. Seither sind weitere Gesetze, wie beispielsweise das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG), das GKV-Organisationsstrukturgesetz und das GKV-Finanzierungsgesetz, im Deutschen Bundestag verabschiedet worden. Weil es gerade im Gesundheitswesen eine große Dynamik gibt, sehen Nachschlagewerke schnell alt aus. Es war deshalb höchste Zeit für eine Neuauflage mit einer gründlichen Überarbeitung.

Im Vorwort der Ende 1999 von Stefanie Becker-Berke herausgegebenen ersten Auflage konnte man lesen, dass das bundesdeutsche Gesundheitswesen immer komplizierter werde und das Lexikon dazu beitragen wolle, „Licht in das Dunkel der Gesundheitsbegriffe zu bringen“. Die Komplexität des Gesundheitswesens ist seither weiter gewachsen und damit auch der Bedarf an verständlichen und auf den Punkt gebrachten Erläuterungen von Begriffen und Zusammenhängen. Stichwort Gesundheitswesen war von der ersten bis zur jetzt erschienen 4. Auflage eine überaus nützliche Arbeitshilfe für Praktiker, aber auch für interessierte Leser, die gesundheitspolitische Entwicklungen besser verstehen wollen.

Der vierten Auflage ist deutlich anzumerken, dass ein fachkundiges Autorenteam an der umfassenden Neubearbeitung mitgearbeitet hat. Die kompetenten Erläuterungen und verständlichen Beschreibungen der etwa 450 Begriffe, die Aktualität bei der Auswahl und die Beschränkung auf das Wesentliche sind vorbildhaft gelungen. Die Lesbarkeit wird auch durch die gewählte Schriftgröße erleichtert. Es war klug, nicht der Versuchung zu erliegen, möglichst viel Text in eine kleine und schwer lesbare Schrift zu packen. Die kompakte und handliche Form des

Nachschlagewerks lässt sich zudem in kleineren Arbeitstaschen verstauen – der geneigte Leser benötigt keinen etwas aus der Mode gekommenen Pilotenkoffer wie bei anderen Werken dieser Art. Richtig war auch die Entscheidung, in der Neuauflage auf die englische Übersetzung der Begriffe zu verzichten, weil dies mitunter an die Grenzen der Übersetzungskunst gegangen wäre. Worüber man vielleicht in der fünften Auflage nachdenken sollte, wäre eine Reduktion der doch sehr zahlreichen Querverweise auf andere Begriffe und Texte. Teilweise wird der Lesefluss doch etwas gestört. Erweitert werden könnte zudem die Zahl der Begriffe rund um die Pflege – die wenigen ausgewählten Schlagworte werden dem Thema Pflege gewiss nicht gerecht.

Das Lexikon hat trotz der häufiger aktualisierten elektronischen Version nichts von seiner Beliebtheit eingebüßt. Es ist für die Nutzer offenbar doch ein Unterschied, ob man sich komplizierte Begriffe oder Sachverhalte in Wikipedia oder auf Apps erläutern lässt oder zu einem keineswegs weniger aktuellen Handbuch greift. Die 4. Auflage von „Stichwort: Gesundheitswesen“ ist ein gelungenes Nachschlagewerk, auf das man nicht verzichten kann und will.

Erwin Dehlinger, Berlin

■ Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen

Aaron Bogan, Schriften zum Sozialrecht Band 20, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden 2012
ISBN 978-3-8329-7316-2, 99,00 €

Spätestens seit den monatelangen Diskussionen um die Versorgung im ländlichen Raum, die letztendlich im Versorgungsstrukturgesetz mündeten, bedarf der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen und seine Ausübung einer kritischen Bestandsaufnahme. So werfen die von den Vertretern der Vertragsärzte selbst ausgehenden und inzwischen nicht mehr so deutlich vernehmbaren Klagen über den angeblich drohenden Ärztemangel die Frage auf, wie die Kassenärztlichen Vereinigungen in den vergangenen Jahren ihrer Verantwortung nachgekommen sind.

Mit Aaron Bogans Dissertation liegt nun eine umfangreiche und gut mit Quellen belegte Übersichtsarbeit vor, die diese doch zentrale Institution der vertragsärztlichen Versorgung beleuchtet. Dabei beschreibt Bogan die historische Entwicklung des Übergangs des Sicherstellungsauftrags von den Krankenkassen zu den seinerzeit neu errichteten Kassenärztlichen Vereinigungen, ordnet ihn in den Kontext der staatlichen Aufgabenwahrnehmung ein und stellt detailliert den Status quo dar. Diese Ausführungen sind aber lediglich Auftakt und Hintergrund des eigentlichen Schwerpunkts der Arbeit, der sich mit den Auswirkungen selektivvertraglicher Versorgungsmodelle auf die vertragsärztliche Sicherstellungsarchitektur beschäftigt. Geschlossen wird das Buch mit einer Darstellung der Reformdiskussion und eines Ausblicks in die Zukunft der vertragsärztlichen Sicherstellung.

Das Buch ist als juristische Dissertation sicherlich keine leichte Lektüre. Für den rechtswissenschaftlich nicht vorgebildeten Rezipienten könnte es streckenweise etwas beschwerlich sein, sich durch Auslegungsdiskussionen zu arbeiten, die zwar einen instruktiven Einblick in die juristische Methodenlehre bieten, den ergebnisorientierten Leser aber vermutlich ungeduldig werden lassen. Die eine oder andere Seite wird mit Sicherheit ungelesen übersprungen werden. Ausdauer wird allerdings belohnt. Denn mit den Ausführungen insbesondere zu den Auswirkungen von Selektivverträgen auf die Sicherstellungsarchitektur betritt Bogan terra incognita, was u. a. durch die rasante Abnahme zitatierter Quellen deutlich wird, er zeigt bestehende Regelungsdefizite auf und bietet nicht wenige Denkanstöße und Lösungsansätze. Besondere Erwähnung finden soll hier beispielhaft das beschriebene Ausmaß gesetzgeberischer Unzulänglichkeit in der Ausgestaltung trennscharfer Sicherstellungsaufträge im Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivvertrag, das einen zentralen Grund für die Zurückhaltung einige Krankenkassen darstellen dürfte, das rechtliche und wirtschaftliche Wagnis eines bereinigungsfähigen Versorgungsvertrags jenseits des KV-Monopols einzugehen. Aufgrund dieser Regelungsverweigerung verbleibt für eine Krankenkasse

in jedem Fall eine Abhängigkeit von den Kassenärztlichen Vereinigungen, der man sich durch den Abschluss von selektiven Versorgungsverträgen gerade zu entziehen versucht. Vor diesem Hintergrund muss denjenigen Körperschaften umso mehr Anerkennung gezollt werden, die dennoch das unternehmerische Risiko auf sich nehmen und in der Suche nach einer besseren Versorgung der Versicherten Pionierarbeit leisten. Daher sollte, wer reale Versorgungsalternativen zum kollektivvertraglichen Einheitsvertrag fördern möchte, weniger Energie darauf vergeuden, neue und vor allem teure Zwangsverträge ohne Nutzen zu etablieren, sondern eine in sich konsistente Wettbewerbsordnung im SGB V zu schaffen, die auch und insbesondere für eine trennscharfe Zuordnung von Sicherstellungsverantwortung sorgt.

Stephan Feldmann, Berlin

Einzelvertragliche Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern



Strategisches Verhalten bei selektiven Verträgen

Eine interaktionsökonomische Analyse der Austauschbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern

Von Thomas Nebling

2012, 297 S., brosch., 44,- €

ISBN 978-3-8329-7725-2

(Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Bd. 38)

Wie können Informations- und Anreizprobleme in einzelvertraglichen Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern gelöst werden? Das Werk gibt mit einem integrierten Ansatz aus monetären und nicht-monetären Anreizen neue Impulse für das Vertragsmanagement.

Weitere Informationen: www.nomos-shop.de/19446



Nomos