

REFORM

Intelligente Netze

VON HELMUT HILDEBRANDT
UND ANDREAS BRANDHORST



Helmut Hildebrandt ist Gesundheitswissenschaftler und Vorstand der auf Integrierte Versorgung spezialisierten OptiMedis AG in Hamburg und Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH. Er engagiert sich seit vielen Jahren in der Zusammenführung und Optimierung von Public Health und Gesundheitsversorgung auf nationaler und internationaler Ebene.

h.hildebrandt@optimedis.de



Andreas Brandhorst ist Politikwissenschaftler und war zum Zeitpunkt der Abfassung der Studie der Heinrich-Böll-Stiftung Fraktionsreferent für Gesundheitspolitik in der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen. Er ist Mitarbeiter des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Artikel ist eine private Meinungsäußerung und gibt nicht die Meinung des Ministeriums wieder.

andres.brandhorst@gruene-bundestag.de

Eine Reformstrategie für die Gesundheitspolitik müsste ihren Schwerpunkt auf eine größere Patientenorientierung legen. Ein Weg dahin wäre die Entwicklung regionaler Netze, mit denen zahlreiche positive Energien freigesetzt werden könnten.

Von Patientenorientierung und Patientennutzen ist zwar viel die Rede. Doch die ökonomischen Anreize im deutschen Gesundheitswesen weisen in eine andere Richtung. Pathologisierung, medizinisch nicht indiziertes Mengenwachstum und eine Merkantilisierung mit einhergehendem Vertrauensverlust in das Gesundheitssystem sind die Folge. Wie könnten veränderte Anreizstrukturen aussehen, die eine auf den Patienten- und Gesundheitsnutzen ausgerichtete Gesundheitsversorgung möglich machen? Welche Reformschritte sind erforderlich? Und wie ließen sich diese in ein neues Modell einer Hervorhebung regionaler intelligenter Netze einbauen?

Seit den 1990er Jahren ist die Patientenorientierung ein häufig verwendetes Begriff. Der Sachverständigenrat hat sich in seinem Gutachten von 2000/2001 für mehr Patientenorientierung in der Versorgung ausgesprochen. Politikerinnen und Politiker kündigen gerne an, »den Patienten in den Mittelpunkt« zu stellen. Die Patientenorientierung ist das Gegenbild zu der Apparate-, Ärzte-, Institutionen- und Krankheitsorientierung, die man dem etablierten Gesundheitssystem nachsagt. Wir wollen in diesem Artikel den Begriff »Patientenorientierung« allerdings noch etwas weiter fassen und die international zunehmend häufiger genutzte Begrifflichkeit der »person-centeredness« aufgreifen und damit explizit den Bürger in seinen unterschiedlichen Rollen als Patient wie aber auch als Verbraucher und als Bürger und Mitglied der Zivilgesellschaft verstehen.

An eine solcherart verstandene patienten- oder personenorientierte Versor-

gung stellen sich sowohl partizipative wie kommunikative Anforderungen, so beispielsweise die Aufklärung des Patienten und seine Einbeziehung in die Entscheidungsfindung (»shared decision making«). Ein wichtiger Ort für die Erfüllung dieser Anforderung ist die individuelle Beziehung zwischen dem Patienten und seinem Arzt oder dem Team, das an der Behandlung beteiligt ist. Ergänzend richten sich Anforderungen einer auf den Nutzen orientierten Versorgung an die Kontinuität, die Integration und an den langfristigen »outcome« der Versorgung, also an das gesamte System.

Ihre Realisierung erfordert Rahmenbedingungen und Voraussetzungen, die im Regelfall außerhalb des Zugriffs des einzelnen Leistungserbringenden und des einzelnen Patienten liegen. Eine solcherart weit verstandene Patientenorientierung ist damit weit mehr als eine Kommunikationsaufgabe. Sie ist eine Anforderung an die Ausgestaltung des Gesundheitssystems.

Die Problemursache: Im System der Gesetzlichen Krankenversicherung gibt es keine ausreichenden Anreize für mehr Patientenorientierung und Patientennutzen. Die Beweggründe für ein entsprechendes Verhalten müssen die Akteure selbst mitbringen. Als konstitutiven Teil ihres Selbstverständnisses als Heilberufler oder als Ausdruck ihrer Systemverantwortung als Beschäftigte von Krankenkassen. Doch das System der Gesetzlichen Krankenversicherung bestärkt sie in diesen Haltungen nicht, sondern treibt sie ihnen mit seinen Fehlanreizen gerade zu aus.

→

Ansatzpunkte für veränderte Anreize

Angesichts der Bedeutung des Gesundheitswesens als Berufsfeld und Wirtschaftsbereich ist die Ausgestaltung der finanziellen Anreize besonders wichtig. Dafür wiederum von besonderer Bedeutung sind die Rahmenbedingungen, denen die Krankenkassen (und übrigen Sozialleistungsträger) unterliegen. Wenn diese von den Versicherten und der Öffentlichkeit nicht an ihrem gesundheitsbezogenen Ergebnis miteinander verglichen werden können und wenn diese nicht ein ökonomisch angereiztes Interesse an einer Verbesserung des Gesundheitsstatus ihrer Population haben, werden sie dieses auch nicht in ihrem Vertragsverhalten umzusetzen versuchen.

Wichtige Impulse für mehr Patientenorientierung können aber auch von solchen Rahmenbedingungen ausgehen, die stärker auf die Betriebsformen der Leistungserbringung, das professionelle Selbstverständnis der Gesundheitsberufe oder die kollektive Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten abheben.

Die interdisziplinär zusammengesetzte gesundheitspolitische Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung, die von den Autoren dieses Artikels geleitet wurde (1), hat einen konkreten Vorschlagskanon dafür ausgearbeitet (2). In einer zusammengefassten Form haben die Autoren auch schon an anderer Stelle diese Vorschläge vorgetragen. (3) Beides erfolgte noch vor den letzten Bundestagswahlen und der darauf folgenden Koalitionsvereinbarung von CDU/CSU und SPD vom Herbst 2013, die einzelne Vorschläge

aufgenommen hat, allerdings ohne sie in den zusammenfassenden Rahmen zu stellen, der von der Böll-Stiftung ausgearbeitet worden war.

Im Folgenden sollen zwei Reformkomplexe besonders herausgehoben und in der persönlichen Wertung der Autoren dargestellt werden:

- die Anreizgestaltung für die Krankenkassen als zentrale Basis für deren Vertragsverhalten
- ein Modell einer möglichen Umsetzung auf der konkreten regionalen Ebene mit dem Focus auf der Schaffung intelligenter regionaler Netze

Die richtigen Anreize setzen für Krankenkassen

Nur die richtigen ökonomischen Anreize führen die Krankenkassen dazu, in ihren Vertragsverhandlungen das richtige »outcome« zu belohnen. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich hat die ökonomische Situation der meisten »Versorgerkassen« zwar deutlich verbessert. Nach wie vor liegen die Zuweisungen für junge und gesunde Versicherte aber erheblich über deren durchschnittlichen Versorgungsausgaben.

Auf die Agenda gehört deshalb die weitere Anpassung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Die Kassen müssen im Präventions-, Versorgungs- und Vertragsmanagement höhere Überschüsse erzielen können, als in der gezielten Selektion der Versicherten.

Darüber hinaus wären Ansätze zu prüfen bei der Höhe der Zuweisungen

aus dem Gesundheitsfonds, um die relative Verbesserung des Gesundheitszustands eines Versicherten gegenüber dem Vorjahr positiv zu belohnen.

Völlig unberücksichtigt in der Qualitätsdiskussion bleibt bisher die Ergebnisqualität von Krankenkassen. Die gängigen Krankenkassenvergleiche heben vor allem auf die Servicequalität und das Angebot an Satzungsleistungen ab. Versicherte müssen sich aber schnell und unkompliziert darüber informieren können, in welcher Kasse sie die besten Gesundheitsergebnisse erwarten können. Wenn sie auch darauf ihre Wahlentscheidungen zugunsten einer Kasse treffen können, würde dies wiederum die Kassen in ihrer Outcome-Orientierung bestärken.

Gemessen und regelmäßig veröffentlicht werden soll, welche Gesundheitsergebnisse die Krankenkassen bei ihren Versicherten verglichen mit deren jeweils vorjährigem Gesundheitszustand erreichen.

Das Ziel ist ein Indikator, der den Erfolg der Kassen bei der relativen Gesundheitsverbesserung ihrer Mitglieder vergleichbar macht.

Regionale intelligente Gesundheitsnetze knüpfen, neue Arbeitsteilung der Gesundheitsberufe schaffen

Der demografische Wandel, regionale Disparitäten sowie die Zunahme an chronischen Erkrankungen lassen den Bedarf an Integration und Koordination der Gesundheitsversorgung steil ansteigen. Doch gerade hier liegt die zentrale Schwäche des deutschen Gesundheitssystems.

Ein Beispiel für intelligente Netze: Gesundes Kinzigtal GmbH

»Gesundes Kinzigtal GmbH« ist ein regionales Gesundheitsunternehmen, dessen Ergebnis aus dem von ihr produzierten Gesundheitsnutzen der regionalen Bevölkerung für deren Krankenkassen erwächst. »Gesundes Kinzigtal« hat ein Messverfahren entwickelt, um die Verbesserung der Versorgung und des Gesundheitsstatus der Mitglieder dieser Krankenkassen zu messen und dann analog wie beim Energieeinspar-Contracting aus den daraus entstehenden Einsparungen bei den Krankenkassen einen Anteil zu erhalten.

Zentrales Produkt ist das Gesundheits- und Versorgungsmanagement der Versicherten von Krankenkassen-Vertragspartnern nach

dem § 140 SGB V in der Region Kinzigtal in Baden-Württemberg. Um für diese ein maximal positives Gesundheitsdelta zu erreichen, hat die »Gesundes Kinzigtal GmbH« eine umfassende Reorganisation der Versorgungsabläufe, der Informationsweitergabe, der Vernetzung und der Art und Weise der Behandlung insbesondere der chronisch



Gemeinsam aktiv
für Ihre Gesundheit

Kranken angestoßen. Gesundes Kinzigtal lässt sich in seinen Ergebnissen von wissenschaftlichen Instituten verschiedener Lehrstühle in Deutschland evaluieren.

Quelle: <http://www.projekt.selbstbestimmt-und-sicher.de/projektpartner/gk>

Durch die Veränderung der Morbidität kommen neue Versorgungsaufgaben hinzu, die weniger auf Kuration ausgerichtet sind, sondern beispielsweise auf Prävention und Rehabilitation, auf palliative Versorgung, auf die Versorgung von an Demenz Erkrankten oder auf die Betreuung am Lebensende. Diese Veränderungen betreffen alle Gesundheitsberufe und weite Teile der sozialen Einrichtungen.

Die veränderten Anforderungen verlangen nach neuen Organisationsformen der Leistungserbringung sowie nach einer neuen Arbeitsteilung zwischen den Gesundheits- und Sozialberufen. Im Rahmen integrierter, auf die jeweilige Region bezogener Versorgungsformen müssen Interprofessionalität und Kooperation selbstverständlicher Bestandteil des Versorgungsalltags werden.

Zur Realisierung dieser Ziele sind u. a. folgende sechs Schritte erforderlich:

1. Im Anschluss an die Entwicklung »Intelligenter Netze« im Energiesektor werden die Anbietenden von Gesundheitsleistungen von Politik und Krankenkassen aufgerufen und durch eine Erweiterung der Möglichkeiten des § 140 a SGB V und durch Starthilfe bei der Anschubfinanzierung ermutigt, sich zu regionalen Gesundheitsnetzen zusammen zu schließen. Gemischte Vergütungsformen sind dafür zu ermöglichen, beispielsweise aus vorab kalkulierten Pauschalen pro Versichertem, der Beteiligung der Gesundheitsnetze und ihrer Leistungserbringenden an erzielten Ergebnisverbesserungen für die Krankenkassen (»shared gains« und »shared savings«), gegebenenfalls ergänzt durch ergebnisorientierte Vergütungsbestandteile (»pay-for-results«). Damit sollen massive Anreize gesetzt werden, sich für die effiziente Behandlung der Patientinnen und Patienten sowie für die Gesunderhaltung der Versicherten und die Förderung ihrer Gesundheitskompetenz in definierten Regionen zu engagieren und neue Allianzen von Gesundheits- und Sozialsektor zu bilden.

2. Um Fehlanreize zur Vorenthalzung von Leistungen zu verhindern und Qualitätsvergleiche nicht nur mit der Kollektivversorgung, sondern auch zwischen Netzen verschiedener Regionen zu ermöglichen, wird auf Bundesebene ein Benchmarking zur Qualitätsmessung und Qualitätstransparenz vereinbart.

Das Stichwort: Gesundheitsökonomie/Gesundheitswirtschaft

Grunwald | Horcher | Maelicke (Hrsg.)

Lexikon der Sozialwirtschaft

2. aktualisierte und
vollständig überarbeitete Auflage

 Nomos

Industrie; Handel mit Gesundheitsprodukten; Gesundheitstourismus; Sport, Freizeit, Wellness; Forschung; Sonstige. Der genannte Masterplan definiert 58 Handlungsfelder in der Branche der Gesundheitswirtschaft. Die beschäftigungspolitische Bedeutung dieses Wirtschaftsbereiches, sein erheblicher Beitrag zur Bruttowertschöpfung insgesamt und seine Zukunftschancen als Wachstumsmarkt werden hervorgehoben. (...)

Es sind primär sozialwirtschaftliche Fragen, die nicht nach der Logik des Marktes zu beantworten sind, sondern vornehmlich im System der sozialen Sicherung erörtert werden. Unter dem Titel Gesundheitswirtschaft treten Gesundheitsunternehmen for profit auf, die sich von der staatlich regulierten Gesundheitsversorgung, finanziert größtenteils über die Krankenversicherung, abheben, insoweit sie in einem »zweiten Gesundheitsmarkt« solche Waren und Dienstleistungen anbieten, für die es zum gesundheitlichen Wohlbefinden (Fitness und Wellness) eine wachsende private Nachfrage gibt. Die Anbieter in dieser Branche betätigen sich marktwirtschaftlich, während die gesundheitswirtschaftlichen Prozesse im Gemeinwesen insgesamt nicht von der Gestaltung der Sozialleistungen und der öffentlichen Daseinsvorsorge zu trennen sind. In Erfüllung des gesellschaftlichen Versorgungsauftrags bleibt die Gesundheitswirtschaft im sozialwirtschaftlichen Bezugsrahmen. Ohnehin haben Einrichtungen, Dienste und Veranstaltungen, die sozialwirtschaftlich organisiert sind, für deren Nutzer regelmäßig auch eine gesundheitliche Relevanz oder sind mit der Erbringung von Gesundheitsleistungen verbunden.

Wolf Rainer Wendt

Auszug aus: Klaus Grunwald, Georg Horcher, Bernd Maelicke (Hg.): Lexikon der Sozialwirtschaft. 2. aktualisierte und vollständig überarbeitete Auflage. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2013. 1.163 Seiten. 139,- Euro. ISBN 978-3-8329-7007-9.

Die Gesundheitswirtschaft ist eine Branche, in der Gesundheitsgüter hergestellt und gehandelt werden. Am System der Gesundheitsversorgung sind die Praxen der Ärzte, Zahnärzte, Physio- und Psychotherapeuten ebenso beteiligt, wie die Krankenhäuser, die Apotheken, die gesetzliche Krankenversicherung und die Unternehmen der privaten Krankenversicherung sowie vielfältige Selbsthilforganisationen und mittelbar die Hersteller von Arzneimitteln, Medizintechnik und anderen medizinischen Produkten. Die Struktur der Gesundheitswirtschaft wird nach einer Aufstellung des Gelsenkirchener Instituts für Arbeit und Technik (IAT) gegliedert in einen Kernbereich, der die stationäre und ambulante medizinische Versorgung umfasst, einen Vorleistungs- und Zulieferbereich und Randbereiche. Auf der Grundlage dieser Einteilung hat der »Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW, Version 1.0« folgende Bereiche der Gesundheitswirtschaft ausgewiesen: stationäre und teilstationäre Versorgung; ambulante Versorgung; Rettungsdienste; Verwaltung/Versicherung; Apotheken; Medizin- und Gerontotechnik, Gesundheitshandwerk; pharmazeutische

3. Die Integrierte Versorgung wird ausgeweitet. Als mögliche Träger von Konsortien der Leistungsanbietenden treten auch kommunale Körperschaften, soziale Organisationen und Patientenverbände sowie regionale genossenschaftliche Zusammenschlüsse hinzu. Die Zielrichtung des § 140a SGB V wird

um die Schaffung neuer Betriebsformen zur ambulanten Versorgung erweitert, in denen multiprofessionelle Teams zusammenarbeiten.

4. Der von der neuen Koalition geplante Innovationsfonds wird ergänzt auch zu Ausschreibungen von gezielten

Modellprojekten etwa für Regionen mit einem besonders hohen Anteil vulnerabler Bevölkerungsgruppen, Regionen mit Unterversorgung, für präventive Ansätze und neue Kooperationsformen zwischen dem Gesundheits- und Sozialsektor.

5. Das Ziel einer stärkeren Integration und Koordination der Versorgung muss sich auch in den Institutionen der Versorgungsplanung widerspiegeln. Die mit dem Versorgungsstrukturgesetz beschlossene Regelung für ein »Gemeinsames Landesgremium« für sektorenübergreifende Versorgungsfragen (§ 90a SGB V) ist weiterzuentwickeln. Das Gremium sollte dem Land empfehlen können, bei bestehender oder drohender Unterversorgung, also bei einem Versagen der herkömmlichen

nach oben auf die gesundheitspolitische Tagesordnung. Anders werden sich die zusätzlichen und neuen Anforderungen durch den demografischen Wandel und das veränderte Krankheitsspektrum nicht auf sozialstaatlich akzeptable Weise bewältigen lassen.

Die skizzierte Reorientierung des Gesundheitssystems auf den Patienten und den Gesundheitsnutzen ist unumgehbar, wenn auch in einer älter werdenden Gesellschaft eine gute Gesundheitsversorgung für alle möglich und finanziert sein soll. Und sie ist auch heute schon regional machbar, wie es der Versuch im baden-württembergischen Kinzigtal zeigt.

Gleichzeitig ist sie als Reformprojekt geeignet, positive Energien auf allen Seiten freizusetzen. Bei den Leistungserbringenden, weil sie verspricht, das

»Die Gesetzliche Krankenversicherung setzt kräftige Fehlanreize bei der Patientenorientierung«

Körperschaften und ihrer Vereinbarungen, die Versorgung der betroffenen Region auszuschreiben. Für diese Ausschreibung könnten sich dann auch regionale Gesundheitsnetze, Ärztegruppen, neue Strukturen von Anbietenden, Krankenhäuser und andere mögliche Träger der Integrierten Versorgung bewerben. ■

6. Die Bundesregierung lädt die Vertretungen der Gesundheitsberufe zu einem Berufegipfel ein. Dieser soll neue Berufszuschnitte, Fragen interdisziplinärer Zusammenarbeit, veränderte Anforderungen an Aus-, Fort- und Weiterbildung einschließlich auch der Finanzierung der Ausbildung und gemeinsamer Ausbildungsanteile sowie die Entwicklung multiprofessionell abgestimmter Leitlinien diskutieren und die dafür notwendigen Umsetzungsschritte vereinbaren. Ziel ist die Schaffung einer konsistenten berufsrechtlichen Neuordnung der Gesundheitsberufe und die Verabschiedung eines Allgemeinen Heilberufegesetzes.

Fazit

Der Umbau der Versorgungsstrukturen hin zu mehr Patientenorientierung und Gesundheitseffizienz gehört wieder ganz

Spannungsverhältnis zwischen ihrem professionellen Selbstverständnis und ihren ökonomischen Interessen zu entschärfen, bei den Krankenkassen, weil sie ihnen Gestaltungsmöglichkeiten gibt und bei den Versicherten und Patienten, weil sie in das Zentrum des Gesundheitssystems und der Gesundheitspolitik rücken. ■

Anmerkungen

- (1) Dieser Artikel beruht zum Teil auf dem Bericht der Gesundheitspolitischen Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung (vgl. Anmerkung 2), geht aber in seiner Beschreibung einer regionalen Strategie darüber hinaus.
- (2) Der Bericht der Gesundheitspolitischen Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung ist zu beziehen bei buchversand@boell.de (Stichwort: Bericht Gesundheitskommission) oder kann aus dem Internet heruntergeladen werden: www.boell.de/de/content/wie-geht-es-uns-morgen.
- (3) Brandhorst, A; Hildebrandt, H: Gesundheitspolitik – vom Patienten- und Gesundheitsnutzen aus gedacht. Umrisse einer Reformstrategie. G+S 2-3/2013 S. 13-19.



Diagnose psychisch krank – ein Leben ohne Zukunft?

Bewältigungsstrategien von psychisch erkrankten Menschen und Unterstützungs möglichkeiten durch die Soziale Arbeit am Beispiel des ambulant betreuten Wohnens

Von Sabrina Effinghausen

2014, 256 S., brosch., 44,- €

ISBN 978-3-8487-1047-8

www.nomos-shop.de/21986

Die Autorin beschäftigt sich mit den individuellen Wegen der Gesundung von psychisch erkrankten Menschen im ambulant betreuten Wohnen, um daraus konkrete Handlungsempfehlungen für professionelle HelferInnen im ambulanten Setting abzuleiten. Dafür wurden sowohl Betroffene und Angehörige als auch SozialpädagogInnen sowie PsychiaterInnen interviewt.



Nomos