

Gesundheitspolitik – vom Patienten- und Gesundheitsnutzen aus gedacht

Umriss einer Reformstrategie

ANDREAS BRANDHORST,
HELMUT HILDEBRANDT

Andreas Brandhorst ist
Fraktionsreferent für
Gesundheitspolitik in der
Bundestagsfraktion von
Bündnis 90/Die Grünen

Helmut Hildebrandt ist
Vorstand der auf Integrierte
Versorgung spezialisierten
OptiMedis AG in Hamburg
und Geschäftsführer der
Gesundes Kinzigtal

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?

Seit den 1990er Jahren ist die Patientenorientierung ein häufig verwendeter Begriff. Der Sachverständigenrat hat sich in seinem Gutachten von 2000/2001 für mehr Patientenorientierung in der Versorgung ausgesprochen¹. 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. Eine allgemein geteilte Definition der Patientenorientierung gibt es aber nicht. Allerdings sind sich die meisten ihrer Fürsprecher darin einig, die Versorgung quasi „um den Patienten herum“ gestalten zu wollen, ausgerichtet auf seine je individuelle Persönlichkeit. Wir wollen in diesem Artikel den Begriff Patientenorientierung allerdings noch etwas weiter fassen und den Patienten sowohl in seiner Rolle als Patient und

Verbraucher wie auch als Bürger und Mitglied der Zivilgesellschaft verstehen.

An eine solcherart verstandene patientenorientierte Versorgung stellen sich sowohl partizipative wie kommunikative Anforderungen, so z.B. 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 bzw. dem Team, das an der Behandlung beteiligt ist. Ergänzend richten sich Anforderungen einer auf den Nutzen orientierten Versorgung aber auch an die Kontinuität, die Integration und an den langfristigen „outcome“ der Versorgung, d.h. an das gesamte System. Ihre Realisierung erfor-

1 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Gutachten 2000/2001, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bonn.

dert 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 Systemebene der Patientenorientierung geriet ab 1998 mit der rot-grünen Koalition auf die Agenda. Die Förderung patientenorientierter Versorgungsstrukturen war einer der Schwerpunkte ihrer Gesundheitspolitik. Zu ihr gehörten die Einführung (2000) und Weiterentwicklung (2004) der Integrierten Versorgung, die Ermöglichung von Hausarztmodellen (2000), die Zulassung Medizinischer Versorgungszentren zur Regelversorgung (2004) und die Einführung der Disease Management Programme (2003). Dazu kamen Gesetzesänderungen, die auf die Förderung der Selbstorganisation der Patientinnen und Patienten, die Stärkung ihrer Kundenrolle und ihre Beteiligung an Systemscheidungen abzielten. So wurden die Krankenkassen verpflichtet, Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen sowie die unabhängige Patientenberatung zu fördern (2000), Patientenvertreter wurden in die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung der GKV aufgenommen (2004) und das Amt eines Patientenbeauftragten bei der Bundesregierung geschaffen (2004). Das vom Sachverständigenrat mit Blick auf die Gesundheitsreform 2000 gezogene Resümee ließe sich auf diese ganze Reformperiode beziehen: „Politisch stand bis 1999 in keiner der etwa 90 seit Mitte der siebziger Jahre erfolgten Gesetzesänderungen zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung die Verbesserung der Stellung der Patienten im Mittelpunkt.“ Die Gesundheitsreform 2000 habe „erstmalig ernsthaft den Versuch“ unternommen, „die Eigenverantwortung und Kompetenz der Patienten und Versicherten zu stärken“².

Dieser Reformpfad wurde auch nach dem Amtsantritt der Großen Koalition weitgehend beibehalten. Dafür sorgten auch die personellen Kontinuitäten im Bundesgesundheitsministerium. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007) zielte vor allem darauf ab, durch eine Stärkung der Selektivverträge den neuen Versorgungsformen endlich zum

Durchbruch zu verhelfen. Die Kassen wurden zum Angebot von Hausarzt-tarifen verpflichtet (§ 73b SGB V), Verträge für die besondere ambulante Versorgung ermöglicht (§ 73c SGB V) und die Integrierte Versorgung stärker auf den Populationsbezug ausgerichtet (§ 140a SGB V). Außerdem wurden Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen in die Integrierte Versorgung einbezogen (§ 140b SGB V).

Dagegen blieb die von CDU/CSU und FDP getragene Bundesregierung hinsichtlich der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen weitgehend untätig. Der mit dem Versorgungsstrukturgesetz beschlossene neue Leistungsbereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (§ 116b SGB V) hat in seiner derzeitigen Ausgestaltung wenig Entwicklungspotenzial. Anreize und Instrumente zur Preis- und Mengensteuerung gibt es in ihm keine. Die Krankenkassen werden deshalb alles daran setzen müssen, seinen Leistungskatalog dauerhaft auf wenige Indikationen zu beschränken. Und auch die mit demselben Gesetz beschlossene Regelung, dass Kassenärztliche Vereinigungen anerkannte Praxisnetze mit einem eigenen Honorarbudget fördern können (§ 87b SGB V), wurde so vage formuliert, dass ihre Umsetzung höchst ungewiss ist.

Versorgungspolitisch ist die zu Ende gehende Legislaturperiode weitgehend verlorene Zeit gewesen. In einzelnen Bereichen wurde das Rad sogar wieder zurück gedreht. So mit der Einfügung der Refinanzierungsklausel für Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) oder der Eingrenzung der Gründungsberechtigten für Medizinische Versorgungszentren (§ 72 SGB V). Trotzdem – das in den Jahren zuvor geschaffene umfangreiche Arsenal an vertraglichen Instrumenten für die Entwicklung neuer Versorgungsformen steht den Krankenkassen und den Leistungserbringenden auch weiterhin zur Verfügung. Eine bessere Versorgung ist möglich und wird auf einigen „Inseln“ innerhalb des Systems auch praktiziert. Umso drängender stellt sich die Frage, weshalb sich die meisten Krankenkassen und Leistungserbringende mit der Anwendung dieser Instrumente so schwer tun. Die Aufmerksamkeit für das Thema der neuen Versorgungsformen und

ihre tatsächliche Verbreitung stehen in einem eklatanten Gegensatz. So liegt der Anteil der Verträge zur Integrierten Versorgung am Gesamtbudget der Krankenkassen immer noch im Promillebereich. Und ob diese Verträge und die zu anderen neuen Versorgungsformen tatsächlich alle dem Anspruch auf mehr Patientenorientierung gerecht werden, ist zumindest fraglich.

Offensichtlich ist es bisher nicht gelungen, einen dynamischen, sich selbst tragenden Prozess für die Verbreitung neuer Versorgungsformen auszulösen. Die übliche Antwort auf diese Problem-diagnose ist die Forderung nach mehr vom Selben. Selektivvertragliche Instrumente müssten auf weitere Leistungsbereiche – insbesondere den Krankenhausssektor – ausgedehnt werden. Doch weshalb sollte dort gelingen, was im ambulanten ärztlichen Bereich allenfalls im Krebsgang voran kommt? Und auch die

Es ist es bisher nicht gelungen, einen dynamischen, sich selbst tragenden Prozess für die Verbreitung neuer Versorgungsformen auszulösen.

Forderung, den Ärztinnen und Ärzten ihre allzu bequeme „Hängematte“ des Kollektivvertrags wegzunehmen, um ihnen mehr Beweglichkeit beizubringen, kann nicht überzeugen. Wie viel Patientenorientierung und Qualität will man von Vertrags- und Versorgungsformen erwarten, in die die Leistungserbringenden hinein gepresst werden?

Tatsächlich liegt das Problem tiefer. Im GKV-System gibt es keine ausreichenden Anreize für mehr Patientenorientierung und –nutzen. 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 GKV-System bestärkt sie in diesen Haltungen nicht, sondern treibt sie ihnen mit seinen Fehlanreizen gerade zu aus. Wer sich als

2 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Gutachten 2003, Band 1, Finanzierung und Nutzerorientierung, S. 188.

Arzt oder Ärztin eingehend mit seinen Patienten auseinander setzt, muss mit finanziellen Verlusten rechnen. Belohnt werden stattdessen diejenigen, die viel diagnostizieren und therapieren und ansonsten ihre Patientinnen und Patienten möglichst kurz abfertigen. Das daraus entstehende Spannungsverhältnis zwischen ihrer Identität als Heilberufler und ihren Einkommensinteressen dürfte eine der wesentlichen Ursachen für die bohrende Unzufriedenheit sein, die Teile der Ärzteschaft erfasst hat. Und für die im Wettbewerb stehenden Kassen sind kurzfristige Sparerfolge, hohle Imagekampagnen und Strategien der Risikoselektion immer noch erfolgversprechender als langfristig angelegte Investitionen in neue Versorgungsformen. Das Ganze noch verschärft – wenn auch nicht allein verursacht – durch ein verfehltes Finanzierungssystem, dass das Ansammeln von Überschüssen und die Gewinnung von deckungsbeitragspositiven Versicherten, um möglichst lange Zusatzbeiträge vermeiden zu können, zum wichtigsten Ziel der Geschäftspolitik der Kassen werden lässt.

Zwischen ökonomische Zielen und betriebswirtschaftlichen Zwängen einerseits und dem Anspruch auf Patientenorientierung und Patientennutzen andererseits besteht ein latenter Widerspruch. Deshalb haben die von der Politik in zurück liegenden Jahren gesetzten Impulse für patientenorientierte Versorgungsstrukturen zu wenig Wirkung gezeigt. Das System hat sie nicht in eine positive Innovationsdynamik umsetzen können. Wer das ändern will, wird nicht um seine gründliche Reprogrammierung umhinkommen.

1. Ansatzpunkte für veränderte Anreize

Angesichts der Bedeutung des Gesundheitswesens als Berufsfeld und Wirtschaftsbereich ist die Ausgestaltung der finanziellen Anreize besonders wichtig. 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. Strategische Ansatzpunkte für eine Politik, die das Gesundheitswesen

auf den Patienten ausrichten will, sind vor allem folgende:

- der Gesundheitsfonds mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich;
- die Ausrichtung der Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Bereich;
- die Selbstverwaltung der Krankenkassen und Stärkung der Einflussoptionen der Interessenvertretungen von Patientinnen und Patienten;
- die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen für kooperative Versorgungsformen;
- das professionelle Selbstbild der Gesundheitsberufe und die Aufgabenverteilung zwischen ihnen;
- die Anforderungen an die Qualitätstransparenz sowohl auf der Seite der Leistungsanbietenden als auch auf der der Krankenkassen.

2. Der ökonomische Rahmen für die Krankenkassen – Gesundheitsfonds und Morbi-RSA³

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich hat die ökonomische Situation der meisten „Versorgerkassen“ deutlich verbessert. Allerdings hat schon vor zwei Jahren der Wissenschaftliche Beirat des Bundesversicherungsamts (BVA)⁴ darauf hingewiesen, dass die Zuweisungen für junge und gesunde Versicherte erheblich über deren durchschnittlichen Versorgungsausgaben liegen. Dagegen komme es bei älteren Versicherten zu deutlichen Unterdeckungen. Für viele Krankenkassen ist es deshalb nach wie vor lohnender, sich durch entsprechende Werbemaßnahmen auf die Gewinnung gesunder Versicherter zu konzentrieren, als in gute Versorgungsangebote zu investieren.

- Auf die Agenda gehört deshalb die weitere Anpassung des Morbi-RSA z.B. durch die bessere Berücksichtigung der Versorgungskosten Sterbender. Die Kassen müssen im Präventions-, Versorgungs- und Vertragsmanagement höhere Überschüsse erzielen können, als in der gezielten Selektion der Versicherten.
- Darüber hinaus ist zu prüfen, ob durch die Aufnahme eines Sozialindikators in den Morbi-RSA Anreize

für die Krankenkassen geschaffen werden können, gezielt in Regionen mit schwacher Sozialstruktur um Versicherte zu werben und diese in ihrer Gesundheit zu unterstützen.

- Weiter sind im Auge zu behalten die Auswirkungen des Morbi-RSA auf die Präventionsaktivitäten der Kassen. Befürchtungen wurden laut, dass das Prinzip „Geld für Krankheit“ zu Fehlanreizen auf Kassenseite führen könnte. Der Wissenschaftliche Beirat hat in seinem Gutachten keine Anhaltspunkte dafür finden können, aber die weitere Beobachtung empfohlen. Darüber hinaus wären Ansätze zu prüfen bei der Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds die relative Verbesserung des Gesundheitszustands eines Versicherten gegenüber dem Vorjahr positiv zu belohnen.

3. Patientenorientierung belohnen – Vergütungssysteme weiter entwickeln

Ärztliches und pflegerisches Handeln vollzieht sich nur begrenzt in einfachen Reiz-Reaktions-Ketten. Allerdings ist es mittelfristig nicht wahrscheinlich, dass sich die Mehrheit der Akteurinnen und Akteure den Wirkungen einer fehlangelegten Ökonomie entziehen und damit eine „Enklave der Gerechten“ aufrechterhalten könnte.

Eine Vielzahl an Fehlanreizen ist bekannt und wird seit langem diskutiert: Die Vergütungen haben in der Regel keinen Bezug zum Gesundheitsergebnis. Belohnt werden die Ärztinnen und Ärzte, die innerhalb des Rahmens der Gesamtvergütung möglichst viel diagnostizieren und therapieren. Das Vergütungssystem im ambulanten Bereich wird nicht den Anforderungen koope-

3 Die in den folgenden Abschnitten (2. bis 6.) enthaltenen Reformempfehlungen entsprechend weitgehend denen im Abschlussbericht der gesundheitspolitischen Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung (Heinrich-Böll-Stiftung (2003): Wie geht es uns morgen? Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen, Bericht der Fachkommission für Gesundheitspolitik, Berlin), deren Co-Vorsitzende die beiden Verfasser waren. Sie sind aber nicht vollständig deckungsgleich und geben in der vorliegenden Formulierung die Auffassungen der Verfasser wieder.

4 Drösler, S. et al. (2011), Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich.

rativer und sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen gerecht. Sein Leitbild ist immer noch die isolierte Einzelpraxis. In den Krankenhäusern kommt es durch die falschen Anreize zu medizinisch nicht indizierten Mengenausweitungen. Und nicht zuletzt führen die unterschiedlichen Vergütungssysteme in GKV und PKV sowie die mangelhafte Transparenz über Preis, Qualität und Nutzen von Selbstzahlungsleistungen zu schweren Fehlanreizen. In der Folge werden häufig die Art und das Ausmaß der Behandlung der Patientinnen und Patienten nicht von der Schwere ihrer Erkrankung, sondern von der Art ihres Krankenversicherungsschutzes oder der privaten Zahlungsbereitschaft abhängig gemacht. Regionen und Stadtteile mit einem geringen Anteil an Privatversicherten bzw. mit geringem Einkommensniveau sind für Ärztinnen und Ärzte unattraktiv, während solche mit vielen Privatversicherten sie anziehen. Regionale Unter- und Überversorgung sind die Folge.

Angesichts dieser Vielzahl an Fehlanreizen und ihrer Bedeutung für das Verhalten der Leistungserbringenden und die Versorgungsstrukturen sind die Vergütungssysteme einer der zentralen Ansatzpunkte für eine „Gesundheitspolitik vom Patienten aus“:

- Im Zuge der Zusammenführung von GKV und PKV zu einer Bürgerversicherung ist auch für die ambulanten ärztlichen Leistungen ein einheitliches kollektivrechtliches Preissystem zu schaffen. Dabei ist eine Absenkung der Honorarsumme auszuschließen. Anzustreben ist aber eine bedarfsgerechtere Verteilung der Honorare regional und zwischen den einzelnen ärztlichen Fachgruppen.
- Die Vergütungssysteme im ambulanten vertragsärztlichen und im stationären Bereich sind stärker zu harmonisieren. Die institutionelle und fachliche Basis für ein solches Vorhaben könnte gelegt werden durch die Zusammenlegung des bisherigen Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), ggfls. auch des BQS-Instituts zu einem gemeinsamen unabhängigen Institut in Trägerschaft des Spitzenverbandes der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft

(DKG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

- Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind zu verpflichten, mit einem im Bewertungsausschuss festzulegenden Anteil an der Gesamtvergütung die Erbringung von qualitätsgesicherten, zweckgebundenen und speziell verhandelten Leistungen zu fördern, die auf regionaler Ebene in besonderer Weise (z.B. beim Nachweis risikoadjustierter Qualitätskennziffern, mit besonderem Invest in Prävention) oder für spezifische Gruppen (z.B. Pflegeheimbewohner und –bewohnerinnen oder Menschen mit Behinderungen) die Qualität nachweislich verbessern.
- Für die Krankenhäuser sind die heute gegebenen Anreize für eine Mengenausweitung zu korrigieren. Dafür bieten sich mehrere Wege an, die nebeneinander auf ihre Wirksamkeit hin geprüft und bei Anwendung evaluiert und öffentlich verglichen werden sollten: (a) Die für die regionalen Vertragspartner optionale Einbindung von Krankenhäusern in regionale Gesundheitsnetze mit einem Budgetverantwortungsmodell nach § 140 a ff und Befreiung von den Vorgaben des DRG-Systems zugunsten von eigenen Lösungen der Vertragsschließenden. (b) Ein Zweitmeinungsverfahren, um eine am Patientennutzen ausgerichtete Indikationsstellung für planbare chirurgische Maßnahmen genauer abzusichern. Die Auswirkungen eines solchen Verfahrens auf Art und Häufigkeit von Indikationsstellungen wären zu evaluieren. (c) Die stärkere Anbindung des wirtschaftlichen Wohlergehens des Krankenhauses an die erzielte Ergebnisqualität. Eine vergleichsweise bessere medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung, eine intensivere Vorbereitung der Patientinnen und Patienten auf die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt (incl. besserem Entlassungsmanagement) und ihre Befähigung zu einem gesundheitskompetenten Verhalten muss sich für die Krankenhäuser lohnen, ein schlechtes muss sich auch entsprechend negativ auf die erzielte Vergütung auswirken. Weitere Lösungsvorschläge könnte das gemein-

sam von Deutscher Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband und PKV-Verband in Auftrag gegebene Gutachten zur Mengenentwicklung im Krankenhaus bieten.

Bei Verträgen zur Integrierten Versorgung und anderen Selektivverträgen können und sollen die Vertragspartner auch weiterhin die Vergütungsmodalitäten eigenständig regeln. Diese Vertragsformen stellen insofern auch für erfolgsorientierte Vergütungselemente ein Experimentier- und Erprobungsfeld dar – allerdings ergänzt um Rahmenbedingungen, die für Qualitätstransparenz sorgen.

4. Stärkung der Patientenbeteiligung

Um das Gesundheitssystem stärker an den Patientinnen und Patienten auszurichten, liegt es nahe die Institutionen der kollektiven Patientenbeteiligung weiter auszubauen. Dafür bieten die Selbstverwaltungsstrukturen sowohl der Krankenkassen und als auch der GKV gute Ansatzpunkte.

Die Selbstverwaltung der Krankenkassen könnte wichtige Impulse für eine stärker am Patienten und seinem Gesundheitsnutzen ausgerichtete Kassenhandeln geben. Allerdings wird dieses Potenzial bisher bei weitem nicht ausgeschöpft. Die Zusammensetzung der Selbstverwaltung spiegelt die Geschichte der GKV als Arbeiterversicherung, entspricht aber nicht einem zeitgemäßen Sozialversicherungssystem, das am Bürgerstatus und nicht an der Erwerbstätigkeit seiner Mitglieder ansetzt. Zudem wird

Auf die Tagesordnung gehört eine Revitalisierung der Selbstverwaltung – um sie als Ideengeber für die patientenorientierte Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen zu gewinnen.

angesichts der Professionalisierung der Vorstände der Kassen und ihres damit verbundenen Bedeutungsgewinns der Aufgabenbereich der Selbstverwaltung immer unklarer. Die geringe Beteiligung

an den Sozialwahlen, die bei den meisten Kassen nicht einmal richtige Wahlen sind, ist ein Ausdruck dieser faktischen Bedeutungslosigkeit. Auf die Tagesordnung gehört eine Revitalisierung der Selbstverwaltung, auch um diese als Ideengeber für die patientenorientierte Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen zu gewinnen. Die Reform sollte u.a. die folgenden Maßnahmen umfassen⁵:

- Die Option, die Sozialwahlen als sogenannte „Friedenswahlen“ durchführen zu können, ist zu streichen. Alle Krankenkassen sind zur Durchführung von Urwahlen zu verpflichten.
- Die Ausweitung der aktiven wie passiven Wahlberechtigung auf alle Versicherte ab dem Alter von 16 Jahren, unabhängig davon, ob sie selber Beitragszahlende sind oder Dritte für sie Beiträge entrichten.
- Die Weiterentwicklung der Selbstverwaltung zum Versichertenparlament verbunden mit einer Erhöhung der Transparenzverpflichtungen für die Wahllisten.
- Die Ausweitung des Kreises der vorschlagsberechtigten Organisationen für Versichertenvertreterinnen und -vertreter auf alle Vereinigungen mit gesundheits-, verbraucher-, sozial- und berufspolitischer Zwecksetzung und deren Verbände.
- Mehr Gestaltungsspielraum für die Selbstverwaltung, etwa durch Initiativrechte im Leistungs- und Vertragsrecht.

Seit dem Jahr 2004 sind Patienten- und Verbraucherverbände sowie Selbsthilfeszusammenschlüsse mit beratender Stimme an den zentralen Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung der GKV beteiligt. Die Anwesenheit der Patientenvertreterinnen und -vertreter hat einen erheblichen Beitrag zu mehr Transparenz in der GKV geleistet. Außerdem können so die Auffassungen und Interessen der Patientinnen und Patienten einen Anwalt innerhalb des Systems. Zu ihrer weiteren Stärkung bieten sich an:

- Die Patientenvertretung erhält das Recht, im G-BA ein viertes unparteiisches stimmberechtigtes Mitglieds vorzuschlagen. Bei einem möglichen Stimmenpatt sollte die Stimme des

unparteiischen Vorsitzenden doppelt zählen.

- Die Patientenvertretung wird stärker als bisher finanziell unterstützt, auch um ihre Arbeit besser als bisher öffentlich darzustellen.

5. 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. Die auffällige Anzahl diagnostischer Tests, die hohe Zahl der Arztkontakte, die häufigen Arzneimittelschäden vor allem bei Älteren und die eklatanten Informationsbrüche zwischen den, aber auch innerhalb der Sektoren zeugen von den großen Ineffizienzen an den Schnittstellen der Gesundheitsversorgung. Gleichzeitig wachsen insbesondere in ländlichen, strukturschwachen Räumen die Versorgungsprobleme vor allem im Bereich der Primärversorgung.

Durch die Veränderung der Morbidität kommen neue Versorgungsaufgaben hinzu, die weniger auf Kuration ausgerichtet sind, sondern z. B. auf Prävention und Rehabilitation, auf palliative Versorgung, auf die Versorgung von an Demenz Erkrankten oder auf die Betreuung am Lebensende. Diese Veränderungen betreffen nicht nur die Ärzteschaft, sondern auch die anderen Gesundheitsberufe. Neben der medizinischen Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten werden auch die Beratung, Versorgung und Pflege durch ausgebildete Pflegefachkräfte sowie die Angebote der Angehörigen der Therapieberufe zunehmend wichtiger.

Die veränderten Anforderungen verlangen nach neuen Organisationsformen der Leistungserbringung sowie nach einer neuen Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen. Im Rahmen integrierter, auf die jeweilige Region bezogener Versorgungsformen müssen Interprofessionalität und Ko-

operationsbereitschaft selbstverständlicher Bestandteil des Versorgungsalltags werden.

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

- Anbietende von Gesundheitsleistungen werden 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, z.B. aus vorab kalkulierten Pauschalen pro Versichertem, der Beteiligung der Gesundheitsnetze und ihrer Leistungser-

Die veränderten Anforderungen verlangen nach neuen Organisationsformen der Leistungserbringung sowie nach einer neuen Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen.

bringenden an erzielten Ergebnisverbesserungen für die Krankenkassen („shared gains“ bzw. „shared savings“) ggf. ergänzt durch qualitätsorientierte Vergütungsbestandteile („pay-for-performance“ bzw. „pay-for-results“) sollen massive Anreize setzen, 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.

- Um Fehlanreize zur Vorenthaltung von Leistungen zu verhindern und Qualitätsvergleiche nicht nur mit der Versorgung außerhalb von Gesundheitsnetzen (Selektiv- wie Kollektivverträge), sondern auch zwischen Netzen verschiedener Regionen zu ermöglichen, werden auf Bundesebene Vorgaben zur Qualitätsmessung und –transparenz vereinbart.
- Die Integrierte Versorgung wird ausgeweitet. Als mögliche Träger von Konsortien der Leistungsanbietenden treten auch kommunale Körperschaf-

⁵ vgl. auch Braun, Bernard et al. (2008): Modernisierung der Sozialversicherungen – wahlen, Baden-Baden (Nomos).

ten und Patientenverbände sowie regionale genossenschaftliche Zusammenschlüsse hinzu. Die Zielrichtung des § 140 a SGB V wird um die Schaffung neuer Betriebsformen zur ambulanten Versorgung, in denen multiprofessionelle Teams zusammenarbeiten, erweitert. Die §§ 140 a ff SGB V werden insgesamt grundsätzlich vereinfacht. Krankenkassen sollten weiterhin gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit der Budgetbereinigung durchsetzen können, ihnen sollte aber auch die Möglichkeit eingeräumt werden, auf eine Bereinigung zu verzichten. Zu prüfen ist weiterhin, Managementgesellschaften, die Aufbau-, Steuerungs- oder Koordinierungsaufgaben im Rahmen der Integrierten Versorgung übernehmen, den rechtlichen Status von Leistungserbringenden zu geben.

- Der Abschluss von Selektivverträgen nach § 140 a ff SGB V (Integrierte Versorgung) und § 73 b und c SGB V (Besondere ambulante ärztliche Versorgung) wird erleichtert. Die Genehmigungsvorbehalte der Aufsichtsbehörden werden zurückgenommen, der bürokratische Aufwand verringert. Die Verpflichtung der Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit von Selektivverträgen gegenüber den Aufsichtsbehörden vorab zu belegen, entfällt. Stattdessen entsteht eine Vergleichs- und Berichtspflicht für die Ergebnisqualität.

- Aus Mitteln des Gesundheitsfonds wird ein Forschungs- und Entwicklungsfonds gebildet zur Ausschreibung für vergleichende Versorgungsforschung und Entwicklung von neuen medizinischen wie pflegerischen Versorgungsformen. Durch das Budget sind auch Ausschreibungen von gezielten Modellprojekten etwa für Regionen mit einem besonders hohen Anteil vulnerabler Bevölkerungsgruppen, Regionen mit Unterversorgung, für präventive Ansätze und dergl. möglich.

- 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) bestehend

aus Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenkassen und Landeskrankenhausgesellschaft sowie weiteren Beteiligten, ist weiterzuentwickeln. Das Gremium sollte dem Land empfehlen können, bei bestehender oder drohender Unterversorgung, d.h. bei einem Versagen der herkömmlichen Körperschaften und ihrer Vereinbarungen, die Versorgung der betroffenen Region auszuschreiben. Für diese Ausschreibung könnten sich dann auch regionale Gesundheitsnetze, Ärzteguppen, neue Strukturen von Anbietenden, Krankenhäuser und andere mögliche Träger der Integrierten Versorgung bewerben.

- 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 incl. 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.

6. Qualitätstransparenz schaffen

Die Ausrichtung der Gesundheitsversorgung auf die Patientinnen und Patienten wird ohne einen lebendigen Qualitätswettbewerb sowohl zwischen den Krankenkassen als auch zwischen den Leistungserbringenden nicht gelingen. Doch dem steht noch einiges entgegen.

Es fehlt an Qualitätstransparenz. Für ein patientenorientiertes Vertragshandeln der Kassen und die Wahlentscheidungen von Versicherten wichtige Qualitätsinformationen sind nur vereinzelt verfügbar und überdies für Versicherte nur schwer zugänglich. Es fehlt ein systematischer Ansatz, der die für Versicherte relevanten Qualitätsmerkmale definiert, angemessene Informationsformate und Kommunikationswege beschreibt und die entsprechenden Berichtspflichten für Leistungserbringende und Versicherungen zur Marktzugangsvoraussetzung macht.

Es gibt methodische Probleme. So sind für aussagekräftige Qualitätsbewertungen angemessen hohe Fallzahlen nötig. Um faire Qualitätsvergleiche zu ermöglichen und Selektionsanreize zu vermeiden, ist zu berücksichtigen, dass sich die Patientinnen und Patienten einer Praxis, eines Krankenhauses oder eines Versorgungsnetzes hinsichtlich ihres Alters, Geschlechts und Gesundheitszustands von den Patientinnen und Patienten anderer Anbieter unterscheiden können.

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.

An Reformschritten schlagen wir deshalb vor:

- Versicherte erhalten einen gesetzlichen Anspruch auf die für qualitätsorientierte Entscheidungen notwendigen Informationen. Die Mindestinhalte der Informationen sowie die dafür von Krankenkassen und Leistungserbringenden zu erfüllenden Berichtspflichten werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss definiert. Es werden die Rahmenbedingungen für strukturierte, qualitätsorientierte Befragungen der Versicherten verbessert. Der G-BA wird bei seiner Arbeit durch ein unabhängiges Institut nach dem organisatorischen Vorbild des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen unterstützt. Das Institut definiert den Mindestumfang der den Versicherten zugänglichen Informationen auf der Versicherungs- und Versorgungssei-

Völlig unberücksichtigt in der Qualitätsdiskussion bleibt bisher die Ergebnisqualität von Krankenkassen.

te und entwickelt ein Konzept zur nutzungsfreundlichen Bereitstellung dieser Informationen. Um auch Bevölkerungsgruppen zu erreichen, die wenig auf internetbasierte Informationsangebote zurückgreifen, werden

die kostenfreien, niedrighschwelligen und unabhängigen Beratungsangebote für Versicherte ausgebaut.

- Das Bundesgesundheitsministerium erteilt dem Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen den Auftrag, ein Konzept und den Wettbewerbsrahmen für eine vergleichende Darstellung der Versorgungsqualität der Krankenkassen und Krankenversicherungen zu entwickeln. 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. Die jährlichen Berichtspflichten der Krankenkassen und Krankenversicherungen werden diesbezüglich erweitert.
- Die Versorgungsforschung wird gestärkt und zusätzlich zu den Ausschreibungen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung auch aus dem Forschungs- und Entwicklungsbudget aus Mitteln des Gesundheitsfonds finanziert. In diesem Zusammenhang ist der Zugang der Versorgungsforschenden zu den notwendigen Datenbeständen incl. regionaler Kennzeichnung zu gewährleisten, damit diese auch regionale Unterschiede erheben und untersuchen können.

7. Fazit

Der Umbau der Versorgungsstrukturen hin zu mehr Patientenorientierung und Gesundheitseffizienz gehört wieder ganz 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. Doch dieses „Zurück zur Reformpolitik“ wird sich nicht darauf beschränken können, den vormals verwendeten Werkzeugkasten unverändert wieder aufzumachen. Die Schaffung der Rechtsgrundlagen für neue Versorgungsformen, ihre Zulassung zur Regelversorgung in der GKV und der Ausbau von Vertragsfreiheiten für Krankenkassen und Leistungserbringende haben für sich alleine nicht

ausgereicht, um eine positive Innovationsdynamik auszulösen. Will man sich nicht auf die trügerische Hoffnung verlassen, dass mehr vom Selben irgendwann schon zum Durchbruch führt, wird man die Fehlanreize beheben müssen, die unser Gesundheitssystem prägen und Impulse zur seiner Veränderung vielfach „schlucken“ lassen.

Für eine solche Politik gibt es keinen archimedischen Punkt, vom dem aus man das System grundlegend neu programmieren könnte. Auf ihre Aufgabenliste gehört das Finanzierungssystem der GKV genauso, wie die Wettbewerbsordnung der Krankenkassen und die Vergütungssysteme im ambulanten und im stationären Bereich. Allerdings gibt es für diese unterschiedlichen Bereiche ein gemeinsames Reformziel: Patientenorientierung und Gesundheitseffizienz müssen für Krankenkassen und Leistungserbringende zu einer ökonomischen Zielgröße werden. So ließe sich für die bisher fehlende Innovationsdynamik sorgen. Vorangetrieben und flankiert werden müssten die Veränderungen durch eine Stärkung sowohl der individuellen Kundenrolle als auch der kollektiven Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten sowie einer veränderten Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen.

Als Basis dieses Reformprozesses ist ein starkes System der Qualitätstransparenz erforderlich, das Versicherte bei ihren Wahlentscheidungen unterstützt, Krankenkassen ihr Vertragshandeln erleichtert und den Leistungserbringenden ermöglicht, die Auswirkungen ihrer Interventionen auch im Zeitverlauf zu erkennen, zu analysieren und für Verbesserungen zu nutzen. Die Datengrundlagen für ein solches System, das sowohl die Qualität von Leistungserbringenden als auch von Krankenkassen erfasst, sind mittlerweile vorhanden. Dazu hat auch der Gesundheitsfonds mit dem Morbi-RSA mit seiner hohen Standardisierung und genaueren Analytik beigetragen. In den nächsten Jahren wird es um den Aufbau geeigneter Institutionen und Verfahren für die Aufbereitung und Veröffentlichung dieser Daten gehen.

Die skizzierte Reorientierung des Gesundheitssystems auf den Patienten und den Gesundheitsnutzen ist eine anspruchsvolle Aufgabe, die nicht in einer

Legislaturperiode zu bewältigen ist. Sie ist aber unumgebar, wenn auch in einer älter werdenden Gesellschaft eine gute Gesundheitsversorgung für alle möglich und finanzierbar sein soll. Gleichzeitig ist sie als Reformprojekt geeignet, positive Energien auf allen Seiten freizu-

Die Reorientierung des Gesundheitssystems auf den Patienten und den Gesundheitsnutzen ist nicht in einer Legislaturperiode zu bewältigen.

setzen. Bei den Leistungserbringenden, weil sie verspricht, das Spannungsverhältnis zwischen ihrem professionellen Selbstverständnis und ihren ökonomischen Interessen zu beenden, 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. ■