

Kaum ein Politikfeld betrifft die Menschen so unmittelbar wie die Gesundheitspolitik, und doch empfinden sie viele Debatten als fremd oder gar befremdlich. Das ist kein Wunder: Weil alle Akteure im Gesundheitswesen über Budgets und Fonds miteinander verbunden sind, werden Argumente verwinkelt, Begriffe strategisch gesetzt und Vorschläge nicht selten scheinheilig geführt. Der Begriff Gesundheitsfonds etwa kommt als Kürzel für die künftige Finanzierungswelt der Krankenkassen grob verharmlosend daher. Der Fonds wird aber nicht nur eine bizarre Welt von Zusatzprämien erzeugen, sondern auch die von den Menschen empfundene Qualität der Versorgung weiter erschüttern. Denn der „nationale“ Fonds bedeutet für die Gesundheitsberufe ein „globales“ Budget. Und die Berufe werden die vorgebliche „Unfinanzierbarkeit“ der Krankenversicherung vehement zu illustrieren wissen und kaum ein Argument auslassen. In der publizistischen Wahrnehmung heißt das dann, der krebskranken Verkäuferin aus Ulm „müsse“ ein lebensrettendes Medikament vorenthalten werden, weil der Fonds zu knapp bemessen ist. Eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt produziert dann auf der Systemebene Knappheitssignale, die auf der Leistungsebene perverse Effekte auslösen.

Das Problem dabei ist nicht, dass die Mittel knapp sind: Mittel sind immer knapp und wie der Fonds heißt, ist dann auch egal. Das Problem ist, dass die für die Menschen erfahrbare Versorgung nicht in für sie nachvollziehbaren und von ihnen (und sei es durch Austritt) beeinflussbaren Subsystemen verantwortet wird. Es fehlt ein mit dem Finanzierungssystem verbundenes, funktionales Wettbewerbssystem. Erst mit Einzelverträgen der Krankenkassen anstelle von „Gesamtverträgen“, die nur Fonds der Anbieter speisen, wird diese Verantwortung wieder schlüssig in die konkreten Versorgungssysteme zurückgeholt. Je etatistischer und legitimationsaufwendiger das Finanzierungssystem konstruiert wird, umso mehr braucht ein freiheitliches, versichertenahes Gesundheitswesen auch versorgungsnahe Vertragssysteme.

Als ein Eckpfeiler versorgungsnaher Vertragssysteme hat sich die G+S in der letzten Ausgabe ausführlich mit der Integrierten Versorgung beschäftigt. Wenn die erleichterte Budgetbereinigung ab 2009 entfällt, sind dafür mit dem neuen Honorierungssystem der Ärzte kompatible Bereinigungsverfahren unabdingbar. Der Beitrag von Schulze/Schwinger in dieser Ausgabe beschäftigt sich ausführlich mit dieser Frage.

Ein anderer Weg, eine qualitativ hochwertige Versorgung für die Menschen konkret zu sichern und individuell erfahrbar zu machen, sind die Disease-Management-Programme. Hier werden Struktur-, Prozess- und Ergebnis-

qualität grundständig beschrieben und in dokumentierte Programme eingebettet, die Patient, Arzt und weitere Versorgungsstufen verbinden. Während zahlreiche Vertreter der Kassenärzte und ein Großteil der Kammervertreter zunächst gegen die Programme Sturm gelaufen sind, werden sie heute nahezu reibungslos umgesetzt. Die G+S bringt in dieser Ausgabe Beiträge von Elkeles und Graf, die die Wirksamkeit der Programme näher untersuchen. Während mit der Evaluation durch das Bundesversicherungsamt eher programmeigene medizinische Ergebnisparameter untersucht werden, die Erfolge der Programme belegen sollen, stehen hier anhand weiterer Kassendaten die Vermeidung medizinischer Folgekomplikationen und -Kosten sowie die Versicherungszufriedenheit im Mittelpunkt. Wie neue, bisher unveröffentlichte Studien belegen, steigt und verstetigt sich der Nutzen der Programme in diesen Kategorien um so mehr, je aktiver die Krankenkasse ihre Versicherten in den Programme berät.

Straub und Dietrich verweisen demgegenüber vor allem auf die Wirkungsverluste aus den Fehlanreizen der Ausgleichsfinanzierung (RSA) der Programme. Sollte der gesetzlich vorgesehene indikationsbezogene Finanzausgleich (Morbi-RSA) der Krankenkassen eingeführt werden, würden sich diese Fehlanreize ggf. in ihr Gegenteil verkehren. Hatten von den DMP bisher vor allem Erkrankte im Frühstadium zusätzlich profitiert, könnte der präventive Aspekt beim Morbi-RSA unverhältnismäßig in den Hintergrund treten. Dies sollte dringend vermieden werden: zum einen durch die Kalibrierung des RSA und zum anderen durch die gesetzlich vorgesehenen Programmpauschalen.

Wie bei der Integrierten Versorgung stehen die Disease-Management-Programme für den Grundsatz „Value For Money“. Die Krankenkassen müssen die Versorgung ihrer Versicherten in Verträgen konkreter regeln als bisher. Sie müssen mit Vertragspartnern tatsächlich die Verantwortung für die „gute Versorgung“ übernehmen. Dabei werden sie regelmäßig an Ausschreibungen nicht vorbeikommen, um geeignete Vertragspartner zu finden. Auf diesem Weg befindet sich die GKV erst am Anfang und nimmt die gesetzlich eröffneten Wettbewerbsoptionen nur zögerlich an. Das ist für die GKV nicht ohne Risiko: Die Gesundheitspolitik hat alternative Systemlösungen ähnlich der Pflegeversicherung systemisch bereits weit vorangekommen. Wird unter dem Fonds nicht spürbar Wettbewerb entfaltet, steht alternativ das Modell der Pflegeversicherung schon bereit.

K.H. Schönbach

