

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33

Anmerkungen zum Gesetzentwurf „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV“, Kategorie „Medizinische Leistungserbringung“

Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. Peter Oberender

Unbestritten ist, dass es Rationalisierungspotenziale im Gesundheitswesen gibt und es ein legitimes Ziel einer Gesundheitsreform sein muss, Maßnahmen zu entwickeln, diese zu befördern. Die Frage, die es jedoch zu beantworten gilt, ist jedoch, welche institutionellen Anreizsysteme für einen adäquaten Umgang mit knappen Ressourcen vorhanden sein müssen. Nur lässt sich nicht am grünen Tisch ergründen, in welcher Höhe dies realisiert werden kann. Im deutschen Gesundheitswesen gilt es, die fehlerhaften Anreizeffekte zu eliminieren. Eine Ursache für die Verschwendung liegt in der unzureichenden Abstimmung der Sektoren begründet. Mit den Ansatzpunkten der Integrierten Versorgung nach den §§ 140 a-d SGB V wurde schon ein Schritt in die richtige Richtung getan. Es gilt aber, die ökonomische und medizinische Verantwortung neu zu organisieren. Mit der Übertragung der finanziellen Verantwortung ist jedoch den Akteuren auch ein entsprechender Handlungsspielraum zu gewährleisten. Darunter können Möglichkeiten des selektiven Kontrahierens wie auch der unterschiedlichen Ausgestaltung von Honorierungs- und Leistungsangeboten subsumiert werden. Zur Sicherstellung der Qualität muss jedoch dem Patienten –unterstützt durch einen geeigneten Sachwalter in Form einer Krankenversicherung – die Wahl zwischen verschiedenen Versorgungsmodellen möglich sein.

An dieser Stelle wird deutlich, dass es eines Versorgungswettbewerbs im Gesundheitswesen die Unterstützung durch adäquate Systeme der Informationsstandardisierung und des Qualitätsbenchmarks bedarf. Die Regelungen, die im Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG) vorgesehen sind bezüglich einer qualitätsgerichteten Strategie in der Versorgung mehr als ambivalent zu beurteilen. So ist es einerseits zu begrüßen, dass Krankenversicherungen künftig stärker davon Gebrauch machen können, über selektive Verträge nach den §§ 140 a-d SGB V Verträge mit Leistungserbringern abzuschließen. In diesem Kontext passt auch der Hinweis, dass die Anschubfinanzierung im Grundsatz eine „bevölkerungsbezogene Komponente“ einnehmen soll. Andererseits werden die Aufgabenzuweisungen an

1 den bundeseinheitlichen Spitzenverband der Krankenkassen und in dieser Konsequenz die
2 „einheitlichen und gemeinsamen“ Vorgaben für die Regelversorgung – von Ausnahmen der
3 Hilfsmittelversorgung abgesehen – wieder an Bedeutung gewinnen.

4 Es bleibt so die Frage offen, ob der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen hiermit
5 nur Ausdruck eines Kostendämpfungsmechanismus einnimmt und die Idee einer „Suchstrate-
6 gie“ durch den Wettbewerbsprozess nicht weiter verfolgt wird. Insgesamt gilt es zu kritisie-
7 ren, dass die Systemzusammenhänge zwischen den einzelnen Reformansätzen ungenügend
8 verknüpft werden, ein stetiges Trennen der eigentlich interdependenten Zusammenhänge för-
9 dert aber nicht konsistente Gesetzesentwicklungen.

10 Die Konzentration auf den Gesundheitsfonds hat erhebliche Konsequenzen in alle Bereiche
11 der Gesundheitsversorgung. Der Fonds schafft nicht nur einen Einheitsbeitrag, der weiterhin
12 einkommens- und damit lohnbezogen bleibt und die Abkoppelung der Krankenkassenbeiträge
13 von Lohnnebenkosten nicht realisiert und darüber hinaus weiterhin nicht nachhaltig ist (kein
14 Kapitaldeckungselement), sondern er zwingt die Krankenkassen in einen fatalen Kostendämp-
15 fungswettbewerb. Es wird gemäß der Fondslogik die Kasse erfolgreich sein, der es gelingt,
16 den als „homogen“ angesehenen Leistungskatalog am kostengünstigsten zu administrieren
17 und möglichst keinen Zusatzbeitrag („kleine Prämie“) zu erheben. Gerade im Bereich der
18 chronischen Erkrankungen, Diabetes, Osteoporose aber auch bei der Umsetzung alternativer
19 Versorgungsmethoden, haben die graduellen Freiheitsgrade in den letzten Jahren (Modellvor-
20 haben und Integrationsversorgung) die Kassen zusehends ermutigt, in neue Versorgungsvari-
21 anten zu investieren. Eine derartige Investition benötigt zunächst aber finanzielle Aufwen-
22 dungen, die auch dazu führen können, den Beitrag nicht zu senken. Ziel im Wettbewerbspro-
23 zess sollte es nicht sein, Billigmedizin anzubieten, sondern aus Sicht der Versicherten und
24 Patienten ein gutes Beitrags-Leistungsverhältnis zu erzielen. In diesem Sinne wirkt der Fonds
25 innovationsbremsend, was auch noch durch die Umsetzung des projektierten morbiditäts-
26 orientierten Risikostrukturausgleichs gefördert wird.

27 Wichtig ist, dass im Krankheitsfall jeder Bürger gegen das Risiko versichert ist, das seine
28 finanzielle Situation übersteigt. Insofern bleibt es ein wichtiges und richtiges Ziel einer adä-
29 quaten Gesundheitspolitik, dass tatsächlich jedem – unabhängig vom Alter – Zugang zur mo-
30 dernen Medizin garantiert wird. Jedoch gilt es, die Fortentwicklung des Leistungskatalogs mit
31 anderen Perspektiven zu betrachten. Zunächst stellt sich die Frage, was wirklich als notwen-
32 dige Leistung im Sinne der Existenzbedrohung angesehen werden und daher eine solidarische

1 Finanzierung erfahren muss. Hierbei gilt es bereits heute, Korrekturen an den Ansprüchen
2 vorzunehmen. Beispielsweise müssen der Zahnbereich und die Arzneimittel komplett heraus-
3 genommen werden, dies gilt auch für Heil- und Hilfsmittel. Selbstverständlich ist es wichtig,
4 eine Sozialklausel und eine Härtefallregelung zu behalten. Jedoch wird nicht jeder alles wei-
5 terhin unabhängig vom Einkommen und auch von seiner Mitverantwortung erhalten können.
6 So sind Ansatzpunkte der höheren Selbstbeteiligung bei verhaltensabhängigen Erkrankungen
7 durchaus eine sinnvolle Strategie, die patientenseitige Verantwortung zu stärken. Es bleibt
8 jedoch die Frage offen, ob es zielführend kann undifferenziert eine höhere Selbstbeteiligung
9 für alle Patienten einzufordern, die wenn sie an Krebs erkranken, eine adäquate Vorsorgean-
10 strengung nicht konsistent nachweisen können. Eine wettbewerbliche Lösung läge beispiels-
11 weise in einem Wettbewerb unterschiedlicher Versorgungsprogramme gerade für chronisch
12 Kranke.

13 Über den Umfang, in dem die Bürger bereit sein werden, auf einen die Regelversorgung er-
14 gänzenden Versicherungsschutz zu verzichten und damit Risiken aus dieser Ebene in den Be-
15 reich der Selbstbeteiligung zu verlagern, sind gegenwärtig zuverlässige Aussagen zwar nicht
16 möglich, wohl aber vorsichtige Prognosen über die Entwicklung des Gesundheitsbewusstseins
17 der Bevölkerung und über die Kaufkraft bestimmter Bevölkerungsschichten. Schätzungen gehen
18 davon aus, dass bei fortbestehenden Trends bis zum Jahr 2020 der deutsche Gesundheitsmarkt
19 voraussichtlich um 80 % auf 540 Mrd. € und einen BIP-Anteil von 17 % wachsen wird.

20 Es ist abzusehen, dass die bestehenden Mängel und die zukünftigen Herausforderungen die
21 inneren Widersprüche des Systems der sozialen Krankenversicherung immer wieder aufbre-
22 chen lassen, wenn es nicht gelingt, die gegenwärtigen Probleme ursachenadäquat zu lösen und
23 die zukünftigen Herausforderungen angemessen zu berücksichtigen. Angesichts der vielfälti-
24 gen Probleme müssen der Krankenhausbereich, die ambulante Versorgung sowie die Organi-
25 sationsstruktur reformiert werden. Die Wahl- und Handlungsfreiheit der Versicherten muss
26 einerseits gestärkt, andererseits im Bereich der Solidargemeinschaft eingeschränkt werden.
27 Die Lösung des Schnittstellenproblems ist aber nur über integrierte Versorgungskonzeptionen
28 möglich, die sich an einer sektorübergreifenden Vergütungs- und Kontrollstruktur orientieren.
29 Eine vernetzte Versorgungsstruktur inklusive spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen
30 könnte sich an Formen der Managed-Care-Versorgung orientieren.

31 Ein besonderer Ansatzpunkt liegt in der Ausgestaltung einer adäquaten Vergütungsstruktur.
32 Deren Ziel ist die Übernahme der finanziellen Verantwortung über alle Behandlungsstufen

1 hinweg, um den Anreiz des „Herausüberweisens“ in einen anderen Sektor zu reduzieren. Die
2 Rehabilitationseinrichtungen der Zukunft werden sich in integrierten Systemen wieder finden,
3 die regional oder/und indikationsspezifisch organisiert sind und vor allem mit einer sektor-
4 übergreifenden Vergütung ausgestattet sind. Die jeweiligen regionalen Versorgungssysteme
5 werden wiederum mit anderen Integrationssystemen konkurrieren oder gegebenenfalls auch
6 kooperieren. Bei Annahme eines Wettbewerbs zwischen verschiedenen integrierten Versor-
7 gungsformen sind folglich Behandlungsziele und Vergütung für das jeweilige Versorgungsar-
8 rangement festzusetzen, d. h. auf dezentraler Ebene zu vereinbaren. Ein regionales Versor-
9 gungsarrangement hätte beispielsweise die Kriterien für den Behandlungserfolg, die Über-
10 nahme der Vergütungsverantwortung und die Vergütungskriterien festzulegen.

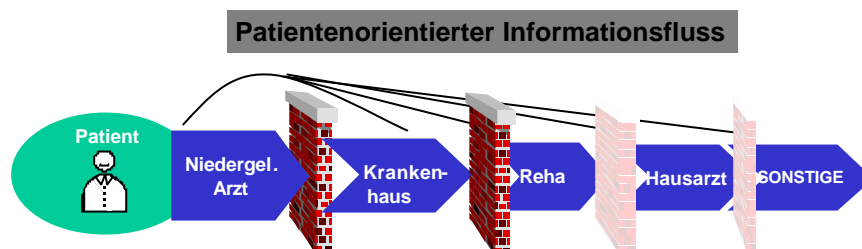
11 Vor diesem Hintergrund sind die Reformüberlegungen zur Veränderung der ambulanten Ver-
12 gütung zu begrüßen, die den Ärzten eine größere Kalkulationssicherheit gewährleisten.
13 Gleichwohl ist darauf hinzuweisen, dass die intendierte bundesweite Kalkulation von Vergü-
14 tungsregelungen, die auf Landesebene wieder nach oben und unten korrigiert werden können,
15 ein möglicherweise falsches Signal an die Organisations- und Wettbewerbsentwicklung selek-
16 tiver Verträge darstellt. Wenn die Qualitäts- und Sicherstellungsaufgabe zusehends durch
17 Krankenversicherungen und Leistungserbringern kombiniert erbracht werden soll, gilt es hier
18 größere Flexibilisierungsräume für die eine adäquate Vergütung – wie grundsätzlich in den
19 Verträgen der Integrierten Versorgung vorgesehen – zu entwickeln.

20 Da bei prospektiven Vergütungssystemen häufig der Einwand der Qualitätsverschlechterung
21 diskutiert wird, ist es wichtig zu betonen, dass sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen
22 nur dann Anreize zur Erbringung guter medizinischer Qualität haben, wenn sie in Konkurrenz
23 zu anderen Versorgungseinrichtungen stehen. Dabei spielt die Ausgestaltung der Schnittstelle
24 zwischen den Versorgungssektoren eine entscheidende Rolle. Nur wenn es gelingt, eine ge-
25 meinsame Budgetverantwortung über die Sektorengrenzen hinweg zu gestalten, beispielswei-
26 se über entsprechende sektorale Vertragsstrategien einer integrierten Versorgung, werden
27 Rationalisierungsprozesse greifen können.

1 **Abbildung: Integrationsprozesse als Schlüssel effizienter Leistungserstellung**

Versorgungsmanagement und adäquate Honorierung

Prozessorientierung statt Sektorentrennung – Kooperationen fördern die Effizienz der Mittelverwendung im Gesundheitswesen



2

3 Ein weiterer Ansatz, dem Problem der Qualitätseinbußen entgegenzusteuern, besteht darin,
4 die Vergütung an Outcome-Parametern zu orientieren. Eine derartige ergebnisorientierte Ver-
5 gütung könnte beispielsweise darin bestehen, die Vergütung an Patientenbeschwerden oder an
6 vereinbarte Zielhypothesen „anzuhängen“. So könnte z. B. bei manchen Rehabilitationsfällen,
7 wie etwa bei Rückenleiden, vereinbart werden, den Erfolg an der Reduktion der Fehltag
8 während eines bestimmten Zeitraums nach Ablauf der Rehabilitationsmaßnahme zu knüpfen.

9 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich aufgrund der vielfältigen Gestal-
10 tungsmöglichkeiten im Bereich außerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen Regelversorgung
11 die individuellen Präferenzen weitaus stärker durchsetzen können als bisher. Vor allem aber
12 bietet der mit der Reduzierung des Regelversorgungsbereichs verbundene partielle Rückzug
13 des Staates für die Leistungsanbieter auf dem Markt für Gesundheit einen größeren Schutz
14 vor willkürlichen und überhasteten staatlichen Eingriffen in das Gesundheitswesens, die bis-
15 her längerfristige Planungen unmöglich machten. Das deutsche Gesundheitswesen ist grund-
16 sätzlich gerüstet, wenn es seine ordnungspolitischen Hausaufgaben erfüllt. Vor dem Hinter-
17 grund einer kontinuierlichen Arbeitslosigkeit kann es keine dauerhafte Lösung sein, einen
18 potenziellen Beschäftigungsmarkt weiterhin mit Kostendämpfungsmaßnahmen zu regulieren
19 oder gar einem steuerfinanzierten Gesundheitswesen das Wort zu reden. An dieser Stelle
20 bleibt der Gesetzgeber aufgefordert, den Gesetzesentwurf „gegen den Strich zu bürsten“ und
21 noch mögliche Verbesserungsoptionen zu berücksichtigen.