FRANKFURTER FORUM : DISKURSE

Preis- und Qualitätsorientierung im Gesundheitssystem

Heft 13
April 2016
ISSN 2190-7366

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen

Diskurs-Hefte des Frankfurter Forums – ein Rückblick

Heft 1: Medizinischer Fortschritt in einer alternden Gesellschaft

Heft 2: Versorgungskonzepte für eine alternde Gesellschaft

Heft 3: Priorisierung, Rationierung – begriffliche Abgrenzung

Heft 4: Priorisierung, Rationierung – Lösungsansätze

Heft 5: Versorgung in einer alternden Gesellschaft

Heft 6: Chancen und Risiken individualisierter Medizin

Heft 7: Individualisierte Medizin – die Grenzen des Machbaren

Heft 8: Psychische Erkrankungen – Mythen und Fakten

Heft 9: Psychische Erkrankungen – Konzepte und Lösungen

Heft 10: Menschen in ihrer letzten Lebensphase – selbstbestimmt leben, in Würde sterben

Heft 11: Sterbehilfe – Streit um eine gesetzliche Neuregelung

Heft 12: Sozialstaatsgebot und Wettbewerbsorientierung

Alle Diskurs-Hefte sind online abrufbar unter: http://frankfurterforum-diskurse.de

Ziele

Das Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen will zentrale Fragen in der Gesellschafts- und Gesundheitspolitik mit führenden Persönlichkeiten aus Politik, Wissenschaft und Gesellschaft diskutieren und versuchen, darauf Antworten zu geben. Die unterschiedlichen ethischen, medizinischen, ökonomischen, politischen und rechtlichen Standpunkte sollen transparent und publik gemacht werden. Anregungen und Handlungsempfehlungen sollen an die Entscheider in Politik und Gesundheitssystem weitergegeben werden, um so an dessen Weiterentwicklung mitwirken zu können.

Heft 13
April 1/2016
ISSN 2190-7366

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen e.V.

Inhalt

Wettbewerb allein um niedrige Zusatzbeiträge geht fehl, ökonomisches Handeln aber bleibt unverzichtbar 4

Preis- und Qualitätsorientierung im Gesundheitssystem

MARION HAUBITZ
Organisation der gesundheitlichen Versorgung: Wo stehen wir? Wo müssen wir hin? 6

GERHARD SCHULTE
Fehlender Wettbewerb an den Sektorengrenzen: Politik- oder Systemversagen? 16

MANFRED RICHTER-REICHHELM
Die Rolle der Vertragsärzte in einem Krankenkassenwettbewerb um Versicherte 22

KARSTEN HONSEL
Wie viel Wettbewerb verträgt ein Krankenhaus? 28

ILONA KÖSTER-STEINEBACH
Sozialstaatsgebot und Wettbewerbsorientierung: Wo bleiben Beitragszahler und Patienten? 36

Politischen Konzepten für Qualitätswettbewerb fehlt es an ausreichend mächtigen Fürsprechern 46

Wettbewerb allein um niedrige Zusatzbeiträge geht fehl, ökonomisches Handeln aber bleibt unverzichtbar

GUDRUN SCHAICH-WALCH, PARLAMENTARISCHE STAATSSEKRETÄRIN A.D. / DR. JÜRGEN BAUSCH

Die Frage: „Wem nützt der Wettbewerb im Gesundheitswesen?“ ist weder einfach, noch in einem Satz zu beantworten. Das Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen hat sich im vergangenen Jahr in zwei Veranstaltungen um Antworten bemüht, die im Diskursheft 12 sowie im vorliegenden Heft dokumentiert sind.

Sehr verkürzt lässt sich erkennen, dass der Wettbewerb der Krankenkassen um Mitglieder ökonomisch nur Sinn macht, wenn die „Neuankömmlinge“ einen guten Deckungsbeitrag für den Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) mitbringen. Das tun junge und gesunde gutverdienende Beschäftigte. Wer sich als Krankenkasse um multimorbide Alte und Kranke bemüht, scheitert an den internen Finanzkontrolleuren, weil jede Haushaltsschieflage am Jahresende dazu zwingt, den Zusatzbeitrag anzuheben. In der Folge werden vor allem „gute Risiken“ ihre Kasse wechseln. Denn Kassenwahl und Beitragssatz sind zwei Seiten der gleichen Medaille.

Der Wettbewerb von Ärzten um Patienten durch guten Service und hohe Qualität der Versorgung stößt bei Überschreitung des Honorar-Regelleistungsvolumens an die Grenze der wirtschaftlichen Leistungserbringung. Das Ergebnis ist anstößig, denn der Privatpatient wird bevorzugt, weil die bei ihm erbrachten Leistungen höher und frei von Begrenzungen vergütet werden.

Und dass sich Krankenhäuser – untereinander im Wettbewerb stehend – zieren, schwerkranke Risikopatienten zu versorgen, während „gute Risiken“ die Jahresbilanz stabilisieren, ist keine Überraschung. Risikoselektion ist ein Teil des wirtschaftlichen Überlebenskampfes. Gedacht war das alles anders: Die Qualität der Versorgung, die Erprobung neuer Versorgungsformen oder sinnvoller Vorsorge- und Präventionsangebote sowie die Servicequalität sollten das bestimmende Kriterium für die Krankenkasse sein, nicht der Beitragssatz. Das alles sollte der Wettbewerb leisten. Wie wir inzwischen wissen, hat dies nicht funktioniert. Nach wie vor ist der Beitragssatz das bestimmende Kriterium. Der Gesetzgeber hat mit der Einführung des Zusatzbeitrags, dem Sonderkündigungsrecht und der Festschreibung des allgemeinen Beitragssatzes den Wettbewerb noch verstärkt.

Die Grundsatzfrage, ob Versicherte und insbesondere Patienten Wettbewerbsakteure in einem kompliziert agierenden Gesundheitssystem sind oder sein können, ist bislang nicht überzeugend beantwortet worden. Denn es ist nicht einfach, die Qualität der angebotenen Versorgung beim niedergelassenen Arzt oder einem Krankenhaus zu beurteilen. Der kranke Mensch möchte

Hilfe, und er geht davon aus, dass die Akteure im Gesundheitswesen, zu denen er über die GKV Zugang hat, das für ihn Sinnvolle in Diagnostik und Therapie tun. Da Versicherungspflicht gilt und der Leistungskatalog für alle Kassen fast identisch ist, entscheiden sich Versicherte in der Regel nach der Höhe des Zusatzbeitrags.

Daraus folgt, dass wir auf allen Ebenen der Versorgung das Abgleiten in einen reinen Preiswettbewerb befürchten müssen. Das heißt nicht, dass ökonomisches Denken und Handeln fehl am Platz wären. Das ginge an der Realität vorbei. Wir geben für die Gesundheitsversorgung von 70,2 Millionen Versicherten in der GKV ca. 210 Milliarden Euro aus, und das mit steigender Tendenz. Nicht nur das Leistungsgeschehen bei Prävention, Vorsorge oder Versorgung im Krankheitsfall, sondern auch die Beitragshöhe bestimmen über die Akzeptanz des Solidarsystems der GKV durch die Bürger. Deren Belastbarkeit ist begrenzt, was bedeutet, dass die Ressourcen im Gesundheitswesen immer limitiert sein werden.

Medizinischer Fortschritt, demografische Entwicklung und Herausforderungen wie die Integration von Flüchtlingen machen es notwendig, dass wir nicht nur sozialpolitisch und medizinisch, sondern auch wirtschaftlich denken müssen. Ein jährlicher Ausgabenzuwachs zwischen vier und fünf Prozent will erwirtschaftet werden, und die Gesamtsumme der Ausgaben muss beständig hinterfragt werden. Denn in Unternehmen, im Arzneimittelsektor, in Krankenhäusern, Arztpraxen und in anderen Berufsgruppen wird gutes Geld verdient.

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren erkennen müssen, dass Wettbewerb nicht das erfüllt, was von ihm erwartet wurde und hat deswegen Entscheidungen beispielsweise zur Nutzenbewertung und zur Qualitätssicherung getroffen. Da insbesondere Krankenkassen als Kostenträger bei der Nutzenbewertung zusammen mit Ärzten und Patientenvertretern im G-BA im Verdacht stehen, einen finanziellen Interessenskonflikt zu haben, müssen sie für Entscheidungstransparenz sorgen. Und auf die Ärzte kommt die Aufgabe zu, gerade weil sie untereinander und mit den Kliniken im Wettbewerb stehen, die Erkenntnisse des AMNOG-Nutzenbewertungsprozesses als Qualitätsinstrument für ihr Handeln zu nutzen. Das verschafft Wettbewerbsvorteile und verhilft zu einer besseren Versorgungsqualität.

Kontakt:
Dietmar Preding | Geschäftsstelle Frankfurter Forum e.V. |
Mozartstraße 5 | 63452 Hanau |
E-Mail: dp-healthcareralation@online.de
http://frankfurterforum-diskurse.de

Preis- und Qualitätsorientierung im Gesundheitssystem

Organisation der gesundheitlichen Versorgung: Wo stehen wir? Wo müssen wir hin?

PROF. DR. MED. MARION HAUBITZ, DIREKTORIN MEDIZINISCHE KLINIK III, KLINIKUM FULDA

Ist das deutsche Gesundheitswesen vorbildlich oder im internationalen Vergleich reformbedürftig? Das hängt von der Perspektive der Analyse ab. So positiv Deutschland beispielsweise in Fragen der Erreichbarkeit abschneidet, so kontraproduktiv stellt sich insbesondere in einer Gesellschaft des längeren Lebens die traditionelle Trennung in Versorgungssektoren dar. Angesichts einer reduzierten Lebensarbeitszeit ist künftig mit einem wachsenden Fachkräftemangel sowohl bei Ärzten als auch bei anderen Gesundheitsberufen zu rechnen. Insbesondere in ländlichen Regionen wird es eine Herausforderung sein, Versorgungskonzepte für die Primär- bis hin zur Langzeitversorgung zu etablieren. Die Überwindung der Sektorengrenze wäre eine zentrale Voraussetzung für einen Qualitätswettbewerb, der sich insbesondere auf populationsorientierte Qualitätsindikatoren stützen sollte. Am Beispiel der Notfallversorgung zeigt der Beitrag, welche Herausforderungen und Reformnotwendigkeiten sich künftig stellen werden.

Die Frage „Wo steht das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich?“ wird sehr unterschiedlich beantwortet. So gehen einige von zu hohen Kosten im Vergleich zu dem Erreichten (Lebenserwartung und Lebensqualität) aus. Für diese These wird im Kostenbereich die sog. Gesundheitsquote, die gesamten Gesundheitsausgaben eines Landes in Relation zum Bruttoinlandsprodukt, herangezogen (siehe Sondergutachten des SVR 2012 Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung).

Bei der Gesundheitsquote stand Deutschland 2012 nach den USA, den Niederlanden, Frankreich und der Schweiz auf Platz 4 (OECD Gesundheitsdaten 2014). Bei der Lebenserwartung lag in 2012 Deutschland mit 80,9 Jahren im Mittelfeld, wobei der OECD-Schnitt bei 79,9 Jahren lag. So war die Lebenserwartung in Europa beispielsweise in Spanien, Italien, Frankreich, Schweden und Großbritannien höher als in Deutschland (OECD Gesundheitsdaten 2014).

Andererseits wird auch die These vertreten, dass Deutschlands Gesundheitsversorgung vorbildlich sei. So garantiert eine gesetzliche Krankenversicherung einen nahezu universellen Versicherungsschutz mit einem sehr großen Leistungskatalog und niedriger Eigenbeteiligung, ein fast flächendeckendes Angebot an Gesundheitsleistungen mit hohem Standard und einem niederschwelligen Zugang mit vor allem freier Arztwahl. Trotz der Klage über die Schwierigkeiten, einen Facharzttermin zu erhalten, sind die Wartezeiten im europäischen Vergleich kurz (Roll et al. 2012), und es gibt kaum Belege für eine Rationierung. Auch sprechen Gesundheitstourismus und die von vielen Bundesbürgern abgeschlossenen Versicherungen zum Rücktransport bei Unfall und Krankheit für ein sehr gutes Gesundheitssystem

und ein hohes Vertrauen der Bürger, auch wenn dies bei Umfragen nicht so zum Ausdruck kommt.

So einfach kann man jedoch weder die eine noch die andere Argumentationskette unterschreiben. Bei der ersten These liegt das Problem u. a. darin, dass die Gesundheitsquote die Ressourcen, die in die Gesundheitsversorgung fließen, nicht valide abbildet (z. B. werden Einflüsse der Wiedervereinigung nicht berücksichtigt). Die kaufkraftbereinigten Gesundheitsausgaben als Maß für den Stellenwert und die Wichtigkeit der Gesundheitsversorgung für den Bürger im Vergleich zu anderen Gütern erscheinen hier als Parameter besser geeignet, und bei diesem liegt Deutschland im Mittelfeld (vergleiche auch SVR Sondergutachten 2012). Auch lässt sich einwenden, dass das Wachstum der Lebenserwartung besser als Maß für den Erfolg des Gesundheitssystems geeignet ist als der absolute Wert. Hier liegt Deutschland auf den vorderen Plätzen.

Gute Noten bei der Erreichbarkeit

Bei der Zahl der Ärzte pro 1000 Einwohner findet man Deutschland im OECD-Vergleich auf Rang 5 von 34, bei den Pflegenden steht Deutschland allerdings nur auf Rang 8 (OECD-Gesundheitsdaten 2014 – www.oecd.org/health/healthdata). Nimmt man andere Faktoren, wie beispielsweise die Krankenhausbetten je 1000 Einwohner, die Erreichbarkeit eines Krankenhauses der Grundversorgung oder die Zahl der Intensivbetten, so steht Deutschland sehr gut da. So können 88 Prozent der Bevölkerung ihr Krankenhaus in bis zu 15 Minuten erreichen (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2013), und in Deutschland gibt es 29,2 Intensivbetten pro 100.000 Einwohner, während der europäische Schnitt bei 11,5 Betten liegt, und Großbritannien nur 6,0 Betten für intensivpflichtige Patienten hat. Dennoch sollten auch gute Zahlen nicht davon abhalten, nach Verbesserungen zu suchen und das Potenzial von Effizienz- und Effektivitätsreserven auszuschöpfen.

Hier stellt unser traditionelles System mit einer Trennung der Sektoren im Sinne einer Versorgung beim Hausarzt, beim Facharzt und im Krankenhaus und den damit entstandenen Schnittstellen ein Problem dar. Hinzu kommen die Palliativversorgung und die Pflege mit weiteren Schnittstellen. Darüber hinaus ist die Arzneimittelversorgung getrennt zu sehen. So muss beispielsweise ein Patient, der im Rahmen des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes versorgt wird, sich die Medikamente noch aus der Apotheke holen. Diese traditionelle Trennung ist kontraproduktiv, wenn man sich die zukünftigen Versorgungsnotwendigkeiten ansieht.

In einer Gesellschaft längeren Lebens wird die Multimorbidität das Hauptversorgungsproblem, und zwar sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich; auch viele andere Gesundheitsberufe werden hiervon betroffen sein. So wird vor allem der Anteil der Hochbetagten (über 85 Jahre) sich gegenüber heute mehr als verdoppeln (ob hier die durch die Flüchtlinge entstandene Zuwanderung diesen Effekt entscheidend beeinflussen kann, ist noch nicht absehbar).

Mit dem Anteil an alten und hochbetagten Patienten steigt die Zahl der Patienten mit mehr als einer chronischen Erkrankung und damit auch die Zahl der Multimorbiden; sie liegt in der Altersstufe zwischen 75 und 79 Jahren bereits bei fast 80 Prozent (RKI 2003, Multimorbidität in Deutschland. Stand – Entwicklung – Folgen, Berlin). Die Versorgung wird mehr und mehr von chronischen Krankheiten und von der Multimorbidität dominiert. Diese ist jedoch mehr als die Summe der Einzelerkrankungen, so kommen geriatrietypische

Probleme hinzu wie Immobilität, Sturzneigung und Schwindel, kognitive Defizite, Inkontinenz und Dekubitalulzera, Fehl- und Mangelernährung und eine zu niedrige Trinkmenge sowie Depression und Angststörungen, chronische Schmerzen, starke Seh- und Hörbehinderung und Medikationsprobleme. Diese Symptome können der Ausdruck mehrerer Erkrankungen sein, und der Behandlungsschwerpunkt verschiebt sich somit auf eine personenfokussierte im Gegensatz zur erkrankungsfokussierten Betrachtung.

Wenn man sich nun fragt, was ein multimorbider Patient braucht, so steht an erster Stelle eine gute Erreichbarkeit eines Hausarztes, Facharztes und des Krankhauses sowie weiterer Gesundheitsberufe, insbesondere Pflegende sollten in seiner Nähe sein. Die für den Patienten wichtigen Ziele sind die Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung von Lebensqualität und Schmerzfreiheit, der Erhalt der Selbstständigkeit, wobei hier jede einzelne Fähigkeit wichtig ist auch bei Patienten, die auf Hilfe angewiesen sind. Wichtige Bedingungen für eine auch zukünftig gute Organisation der Gesundheitsversorgung, auf die hier eingegangen werden soll, sind:

- Ausreichend Fachkräfte (Ärzte, Pflegende, medizinische Fachangestellte, Physiotherapeuten, und andere Gesundheitsberufe)
- Reduktion von Schnittstellenproblemen – Versorgung aus einer Hand und an einem Ort
- Fairer sektorenübergreifender (populationsorientierter) Qualitätswettbewerb mit ordnungspolitisch gesehen einem Abbau von Ungleichbehandlungen an der Schnittstelle.

Fachkräfte als Voraussetzung für eine auch künftig gute Versorgung

In Bezug auf die Fachkräfte ist bereits heute der Mangel sichtbar, und dieser wird sich in den nächsten Jahren noch erheblich verschärfen. Schon heute übersteigt der Anzeigenteil im Ärzteblatt zeitweise den Informationsteil – und das, obwohl keineswegs alle Stellen ausgeschrieben werden. So berichten 58 Prozent der Krankenhäuser in einer Befragung zum Krankenhausbarometer 2013 über Probleme bei der Besetzung von Arztstellen (Blum et al. 2013). Drei in 2010 veröffentlichte Projektionen der Entwicklung der Arztzahlen kommen zwar zu unterschiedlichen quantitativen Ergebnissen, weisen aber in die gleiche Richtung; bis 2020 und erst recht bis 2030 werden Ärzte fehlen (Blum und Löffert 2010, Kopetsch et al. 2010 und Ostwald et al. 2010).

Die höchsten Zahlen errechnet dabei das WifOR-Institut mit 56 000 fehlenden Ärzten (Vollzeitstellen) in 2020 und 165 000 in 2030. Woher kommt diese negative Bilanz, wo doch der Bevölkerungsrückgang, die in den letzten Jahren zunehmende Zahl an Ärzten, die Möglichkeit, Aufgaben zu delegieren und die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben sich in die andere Richtung auswirken sollten? Der Grund ist die reduzierte Gesamtarbeitszeit der Ärzte bedingt durch andere Lebensentwürfe (die Freizeit hat höhere Bedeutung als die Bezahlung), längere familienbedingte Erwerbsunterbrechungen (nicht nur durch den steigenden Anteil von Ärztinnen), die Zunahme der Teilzeitarbeit, und vor allem die EU-Arbeitszeitrichtlinien mit einer systematischen Arbeitszeiterfassung in vielen Kliniken. Diese Erfassung macht die früher vorhandene – oft unentgeltlich geleistete – massive Mehrarbeit der Ärzte (80-Stundenwoche) unmöglich.

Höhere Studienplatzkapazitäten sind nötig

Diesen Fakten einer reduzierten Lebensarbeitszeit steht ein steigender Versorgungsbedarf durch die älter werdende Bevölkerung gegenüber. Sicher besteht Potenzial, diese Lücke zu verkleinern durch beispielsweise eine Verbesserung der Wiedereinstiegsmöglichkeit nach einer Familienpause, Ausschöpfung des Potenzials älterer Beschäftigter, Ausbau elektronischer/netzgestützter Versorgung und die Immigration von Ärzten. Daneben kann auch ein Abbau der Bürokratie, eine bessere Arbeitsteilung, die Vermeidung von Doppelstrukturen, eine bessere Verzahnung von stationärer und ambulanter Medizin und letztendlich ein Abbau von Krankenhausbetten „Ärzte einsparen".

Meiner Meinung nach wird man um einen Ausbau der Studienplatzkapazitäten dennoch nicht herumkommen, zumal einerseits die Krankenhäuser zur Zeit gerade in der Notfallversorgung und in unterversorgten Gebieten mehr Aufgaben erhalten, und andererseits die zunehmende Spezialisierung zu einem höheren Bedarf an Ärzten führen wird.

Noch ausgeprägter als bei den Ärzten wird der Mangel in anderen Gesundheitsberufen, vor allem in der Kranken- und Altenpflege. So prognostizieren verschiedene Studien einen Mangel an Vollzeitstellen zwischen 135 000 und 193 000 bis 2025, sogar bis zu 430 000 bis 2050 (siehe SVR Sondergutachten 2012). Dabei hängt der Bedarf unter anderem von den Fragen ab, ob wir durch den medizinische Fortschritt gesunde oder kranke Jahre gewinnen, und

Verteilung der Vertragsärzte

Jahr	Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung	
	Allgemein-/Prak. Ärzte, Internisten, Kinderärzte		Alle anderen Facharztgruppen	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
1993	62.375	59,7 %	42.181	40,3 %
1994	62.340	58,7 %	43.900	41,3 %
1995	62.477	58,1 %	45.020	41,9 %
1996	59.828	54,8 %	49.290	45,2 %
1997	60.244	54,6 %	50.151	45,4 %
1998	59.120	52,5 %	53.563	47,5 %
1999	59.290	52,4 %	53.891	47,6 %
2000	59.788	52,2 %	54.703	47,8 %
2001	59.741	51,5 %	56.292	48,5 %
2002	59.075	50,6 %	57.762	49,4 %
2003	58.975	50,1 %	58.630	49,9 %
2004	59.141	50,1 %	58.944	49,9 %
2005	59.076	49,7 %	59.892	50,3 %
2006	58.972	49,3 %	60.582	50,7 %
2007	58.689	48,8 %	61.534	51,2 %
2008	58.095	48,2 %	62.377	51,8 %
2009	57.631	47,6 %	63.497	52,4 %
2010	57.157	47,1 %	64.257	52,9 %
2011	56.654	46,6 %	65.007	53,4 %
2012	56.125	45,9 %	66.065	54,1 %
2013	55.614	45,5 %	66.685	54,5 %
2014	54.975	45,0 %	67.095	55,0 %

Quelle: Kopetsch 2010, Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2008/2014, SVR

Abbildung 1: Zwischen 1993 und 2015 hat die Zahl der Fachärzte um fast 60 Prozent zugenommen, die der Hausärzte dagegen um 12 Prozent abgenommen.

wie die Präferenzen bestimmter Versorgungsarrangements ausfallen. So nimmt der Anteil der informellen Pflege durch die Angehörigen ab, die Inanspruchnahme professioneller ambulanter bzw. stationärer Pflegeleistung zu. Dabei kostet der „Heimsog" besonders viele Stellen.

Auch bestehen regional erhebliche Unterschiede, und so ergeben sich Herausforderungen für die Versorgungsplanung. Will man für ein ausreichendes Angebot an Pflegenden sorgen, so muss man neben den Maßnahmen, die bei den Ärzten bereits genannt sind, wie eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Wiedereinstiegsmöglichkeit nach der Familienpause, Ausschöpfung des Potenzials älterer Mitarbeiter, vor allem den Beruf attraktiver gestalten. Hierzu gehört auch die in anderen Ländern längst erreichte Akademisierung der Pflege mit dem Ziel, auch in der Pflege Forschung und Evidenzbasierung zu fördern. Darüber hinaus müssen unterschiedliche Qualifikationsstufen ausgebaut (Stichwort: Qualifikation der Helferberufe in der Pflege), Fort- und Weiterbildungsangebote verstärkt und die Arbeitsbedingungen verbessert werden. Hierzu zählen auch und vor allem neue Modelle der Kooperation mit Aufgaben- und Verantwortungsteilung.

Gesundheitsversorgung für ländliche Regionen

Bei den regionalen Unterschieden fällt sofort der Mangel in den ländlichen Regionen auf. In vielen Gebieten (auch im Vogelsberg und in der Rhön) finden vor allem Hausärzte keine Nachfolger mehr. So waren mit dem Stichtag von 30. Juni 2013 nach Aussage der KVen bereits 106 von 883 hausärztlichen Planungsbereichen unterversorgt (Versorgungsgrad unter 90 Prozent) (SVR Gutachten Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche 2014).

In Hessen gibt es bis 2025 einen hohen Nachbesetzungsbedarf mit vielen Bezirken, in denen 70 Prozent und mehr der Hausärzte ihre Praxis abgeben werden. Sieht man sich die Verteilung der Vertragsärzte an, hat zwischen 1993 und 2015 die Zahl der Fachärzte zugenommen (um 59,1 Prozent), die Zahl der Hausärzte aber abgenommen (um 11,9 Prozent) (siehe Abbildung 1). Es wird in Kürze 60 Prozent Fachärzte und 40 Prozent Hausärzte geben, und bei den neuen Gebietsanerkennungen, die jedes Jahr von den Landesärztekammern nach Prüfung ausgesprochen werden, stehen mittlerweile 90 Prozent Spezialisten 10 Prozent Generalisten gegenüber.

Nur jeder zweite Hausarzt wird Nachfolger finden

Es ist damit zu rechnen, dass in Hessen nur jeder zweite Hausarzt einen Nachfolger finden wird. Dies wird den Trend zur Überversorgung in Ballungsgebieten (wie dem Rhein-Main-Gebiet) und Unterversorgung in ländlichen Regionen eher noch verstärken, wenn nicht Maßnahmen ergriffen werden, diese Entwicklung umzukehren.

Hierzu zählen vor allem die Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium, die Verbesserung der Weiterbildungsorganisation im Fach Allgemeinmedizin, die Förderung der Niederlassung und die deutlich bessere Vergütung in unterversorgten Gebieten (Vergütungszuschlag von 50 Prozent auf alle ärztlichen Grundleistungen, genaueres siehe SVR Gutachten 2014), der Aufkauf von Arztsitzen in stark überversorgten Gebieten und anderes mehr. Auch wenn es gelingen sollte, mehr Hausärzte aufs Land zu locken und darüber hinaus die schwierige Pflegesituation in diesen Gebieten zu verbessern, bleibt die Versorgung eine Herausforderung. Hier hat der SVR das lokale Gesundheitszentrum vorgeschlagen (siehe Abbildung 2). Praxisgestützt oder stationär gestützt soll es eine breites Spektrum von der Primär- bis zur Langzeitversorgung anbieten.

Neben Einrichtungen für die akuten Betreuung sind mobile Praxen und mobile Dienste, regionale Arztnetze, die Palliativversorgung, die Langzeitpflege, aber auch die Prävention integriert. Für ältere chronisch Kranke sollen ländliche Quartierskonzepte, die häusliche Versorgung, aber auch Bürgerbus und Hol- und Bringedienste integriert sein. Ein Casemanager soll die Koordination übernehmen; Telemedizin und Telenursing sollen ebenso eingebunden werden. In diesen Gesundheitszentren wäre auch eine weitere Voraussetzung für eine gute Betreuung multimorbider Patienten – eine Versorgung aus einer Hand an einem Ort – gewährleistet. Zudem könnte dort ein wichtiger Beitrag zur Reduktion von Schnittstellenproblemen zwischen den Sektoren geleistet werden.

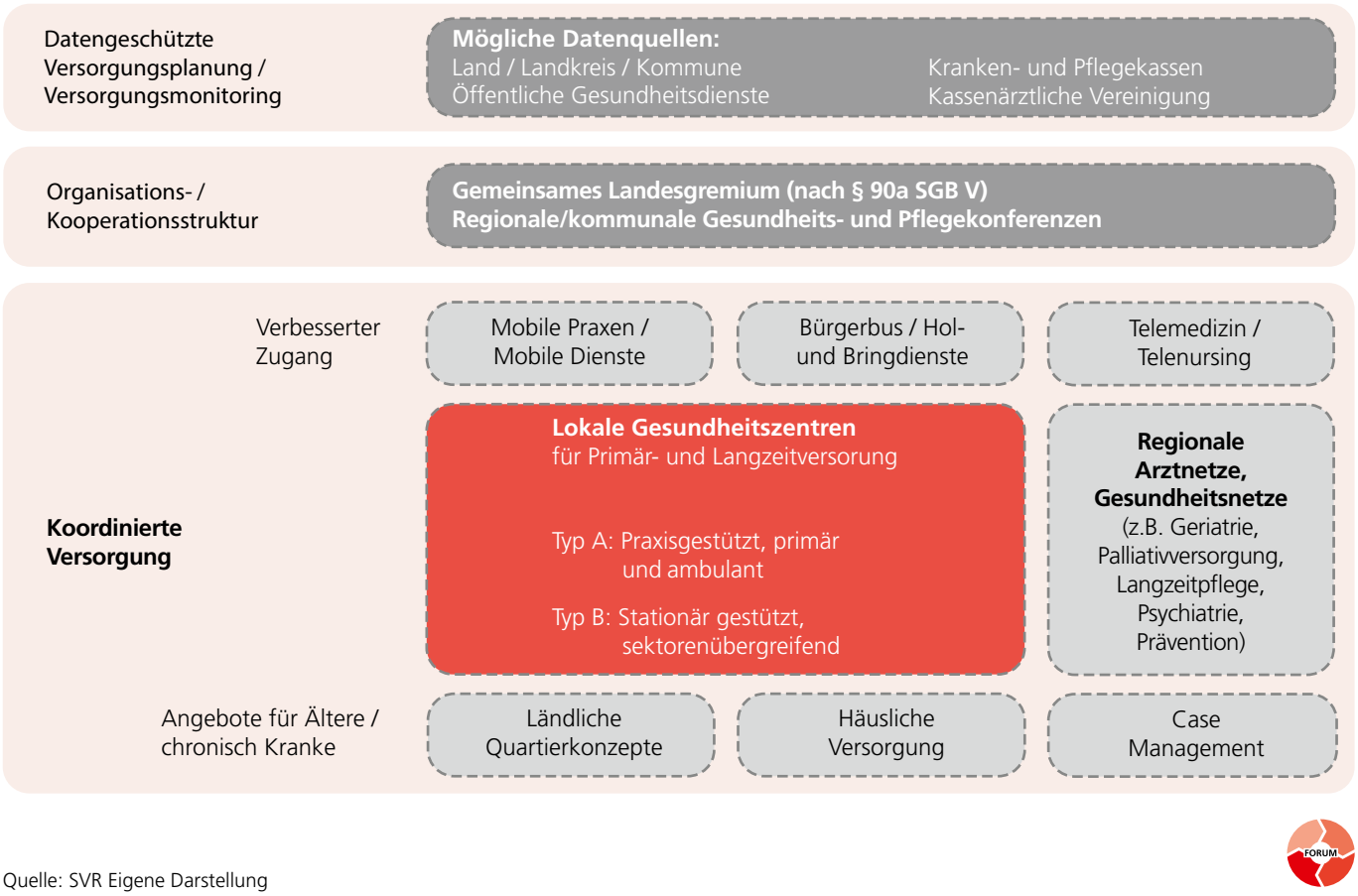
Reduktion von Schnittstellenproblemen

Das Problem der Schnittstellen in der gesundheitlichen Versorgung ist seit langem bekannt. Hier soll beispielhaft nur auf die besonders häufig mit Problemen behaftete Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung eingegangen werden, obwohl noch zahlreiche weitere Schnittstellen bestehen, wie beispielsweise die zur Pflege, zur Palliativversorgung oder die zwischen Haus- und Fachärzten, die zu Schwierigkeiten gerade in der unabgestimmten Polypharmakotherapie führen kann. Der ambulante Sektor und das Krankenhaus haben bei der Versorgung der Patienten differente Interessen und Organisationsstrukturen. So benötigt das Krankenhaus freie Betten und möchte die Patienten möglichst bald entlassen, auch am Wochenende. Dies läuft den Interessen der Vertragsärzte entgegen, die keine Zeit haben, die Medikation und beispielsweise die pflegerische Versorgung am Wochenende zu organisieren.

Erforderlich ist jedoch gerade bei multimorbiden Patienten eine Organisation aus Sicht des Patienten, ein Entlassungsmanagement, zu dem die Krankenhäuser auch gesetzlich verpflichtet sind. Viele Krankenhäuser erbringen nach eigener Auskunft bereits viele Leistungen an der Schnittstelle stationär /ambulant wie ein systematisches Entlassungs- und Überleitungsmanagement mit Implementierung des Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ oder ein Casemanagement.

Dennoch gibt es hier noch viel Potenzial zur Verbesserung, exemplarisch soll hier die sektorenübergreifende Arzneimitteltherapie genannt werden. So erleiden mehr als 20 Prozent der Patienten einer interdisziplinären Notaufnahme

Lokale Gesundheitszentren – Modell des Sachverständigenrats



Quelle: SVR Eigene Darstellung

Abbildung 2: Das vom Sachverständigenrat vorgeschlagene Modell soll praxisgestützt oder stationär gestützt ein breites Spektrum von der Primär- bis zur Langzeitversorgung anbieten.

unerwünschte Arzneimittelwirkungen oder hatten Medikationsfehler (Müller et al. 2011). Ungewollte Abweichungen der Therapie entstehen bei 20 bis 75 Prozent aller Patienten bei der stationären Aufnahme bzw. Entlassung, oft mit erheblichem Schadenspotenzial (siehe Übersicht Thürmann 2015). Medikamente werden bei der Aufnahme und nach der Entlassung umgestellt, neu dosiert oder zusammengefasst (z. B. bei Antihypertensiva – Förderung der Adhärenz, wenn weniger Tabletten eingenommen werden müssen). Diese Änderungen betreffen etwa ein Drittel der Patienten (Himmel et al. 2004).

Hier liegen viele Fehlerquellen und Verbesserungsmöglichkeiten z. B. durch strukturierte/standardisierte Arztbriefe mit zeitnaher Übermittelung und einem ausführlichen strukturierten Medikationsplan mit Einbindung von Apothekern (der Nutzen eines pharmazeutischen Medikationsmanagements ist zum Beispiel bei Polypharmakotherapie bei der Überleitung von einem in den anderen Sektor belegt) (siehe z. B. Krüger-Brand 2015). Gerade hier bietet die elektronisch gestützte Gesundheitsversorgung Chancen. So könnte die elektronische Gesundheitskarte zur Anwendung kommen und damit den strukturierten papierbasierten Medikationsplan ersetzen bzw. ergänzen oder die Dokumentation eines intersektoralen Gesamtkonzeptes der Medikation enthalten.

Als weitere wichtige Maßnahmen zum Abbau von Schnittstellenproblemen sei die Zusammenführung der Dokumentation aus ärztlichem und pflegerischem Bereich genannt, die Definition von Dokumentenstandards, die Normierung von IT-Schnittstellen (Normierungsvorgaben durch den G-BA mit verbindlicher Festlegung der Rahmenbedingungen), eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Pflegeberatung und Erweiterung der nachstationären Behandlungsmöglichkeiten des Krankenhauses im

Sinne von Transitional Care-Modellen. Zur Qualitätssicherung sollten ungeplante Rehospitalisierungen in die Berichterstattung aufgenommen werden. Darüber hinaus müssen weitere Indikatoren für die Umsetzung des patientenorientierten Entlassungsmanagements entwickelt werden.

Ein weiterer Aspekt, der noch zu wenig verwirklicht wird, sind integrierte Versorgungsmodelle, in denen ein Team den Patienten ambulant und stationär versorgt. Ein Beispiel für eine sektorenübergreifende Versorgung ist das Belegarztsystem.

Sektorübergreifender Qualitätswettbewerb

Im Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung sollte es nicht nur um den Preis, sondern auch um die Qualität der Behandlung gehen. Hierdurch werden Innovationen und originelle, dem Patienten dienliche Konzepte gefördert. Hierzu müssen zum einen Informationen über die Qualität vorliegen (dies ist zurzeit nicht gegeben). Zum anderen müssen ordnungspolitische Defizite an der Schnittstelle behoben werden (so dürfen die Regelungen zu neuen Behandlungsmethoden nicht zwischen stationärem und ambulantem Bereich unterscheiden; ähnliches gilt für Preise, Vergütung und Investitionsfinanzierung). Während Vorgaben zur Struktur und Therapie (nach Leitlinien) stationär und ambulant bestehen, wird die Qualität der Behandlung nur stationär durch eine externe Qualitätssicherung „überprüft"; ambulant besteht ein internes Qualitätsmanagement (Praxen müssen keine Daten veröffentlichen). So sind Versorgung und Qualitätssicherung nach Sektoren getrennt.

Dies ist vor allem bei chronischen Erkrankungen und komplexen Behandlungen nicht zielführend, wenn man es patientenbezogen sieht, da oft mehrere Institutionen und auch Berufsgruppen an der Versorgung eines einzelnen Patienten beteiligt sind. Für den Patienten stehen Lebensdauer- bzw. Lebenserwartung und Lebensqualität im Vordergrund, und es spielt keine Rolle, in welchem Sektor die Leistungen erbracht werden. Ein Beispiel für den Wechsel zwischen den Sektoren, Ärzten und Berufsgruppen soll die Abbildung 3 darstellen. Hier geht es um einen Patienten mit einem Kolonkarzinom und seine wechselnden Ärzte. Die Beurteilung der Qualität auch im Sinne eines Wettbewerbs kann sinnvoll patientenorientiert nur im Ganzen erfolgen.

Mit der Überwindung der Sektorengrenze in der Qualitätssicherung können Daten aus einem Sektor zur Qualitätsmessung in anderen Sektoren genutzt werden (SVR Sondergutachten 2012; Beispiel vermeidbare Krankenhausaufenthalte bei guter ambulanter Versorgung oder gute ambulante Rehabilitation ohne Komplikationen nach operativem Eingriff im Krankenhaus). Darüber hinaus müssten Follow-up-Daten herangezogen und die zersplitterten Daten zusammengeführt werden. Die Messung patientenrelevanter Ergebnisse einer gesamten Behandlungskette könnte die Entwicklung einer sektorenübergreifenden Qualitätsverantwortung unterstützten.

Für die Zukunft empfiehlt sich daher eine Fokussierung auf populationsorientierte und sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren, die weiterentwickelt werden müssen und dem wissenschaftlichen Fortschritt anzupassen sind. Eine Veröffentlichung der Daten ist wichtig, sodass man Regionen, Arztnetze, Krankenhäuser und Versicherungen vergleichen kann. Grundlage der Indikatoren sollten Routinedaten sein, um den bürokratischen Aufwand zu minimieren.

Als Beispiel für eine zukünftig zu verbessernde Versorgung in einem wichtigen Bereich soll abschließend die Notfallversorgung dargestellt werden. Hier lassen sich die Fragen „Wo stehen wir? Was wurde erreicht? Wo müssen wir noch hin?" exemplarisch besonders gut darstellen. Auch ist hier mit der Entwicklung einer Versorgung aus einer Hand eine Qualitätssicherung viel besser zu erreichen.

Notfallversorgung

In Deutschland ist die Notfallversorgung föderal organisiert und hat sich aus historischen Gründen in drei Bereiche gegliedert – ambulante Therapie, Rettungswesen und Krankenhäuser. So gibt es den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst, der die hausärztliche Versorgung im Notfall außerhalb der Routinearbeitszeiten übernehmen soll, den Rettungsdienst (häufig bei der Feuerwehr verankert) und die Notaufnahme der Krankenhäuser, wobei über 90 Prozent aller Krankenhäuser an der Notversorgung teilnehmen.

Der kassen(vertrags)ärztliche Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) stellt die vertragsärztliche ambulante Versorgung außerhalb der Sprechstunden sicher. In vielen KV-Regionen, wie zum Beispiel in Hessen, wurde in den letzten Jahren das Bereitschaftsdienstsystem reformiert, und erhebliche Verbesserungen wurden erreicht. Dies betrifft vor allem eine gerechtere Verteilung und Bezahlung der Dienste. Motivation war vor allem, in strukturschwachen Regionen, die Dienstbelastung zu senken, da diese ein Niederlassungshindernis für junge Kollegen darstellt. In Hessen bestand vor der Reform ei-

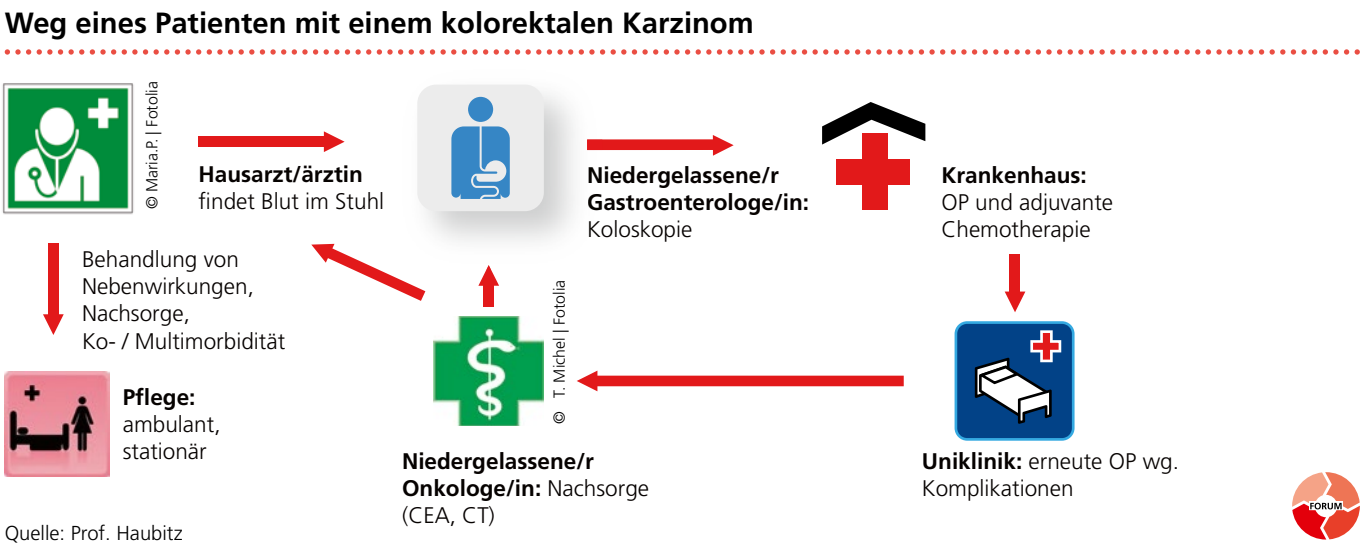


Abbildung 3: Das Beispiel eines Patienten mit einem kolorektalen Karzinoms zeigt, wie Patienten zwischen Versorgungssektoren, Ärzten und Berufsgruppen wechseln. Die Beurteilung der Behandlungsqualität kann hier nur patientenorientiert im Ganzen erfolgen.

ne ungleiche Verteilung der Dienste aufgrund der unterschiedlichen Zahl der Arztsitze in einem Bezirk. So lag in 15 Prozent der Bezirke die Zahl der Arztsitze unter 10, während andere Bezirke über 1000 Arztsitze hatten (Roth 2013). In Hessen sind nun die Präsenz- und die Hausbesuchsdienste getrennt. Die überwiegende Zahl der Bereitschaftsdienstpraxen befinden sich an oder in einem Krankenhaus, werden aber von Vertragsärzten besetzt.

Der Rettungsdienst wird nach Rechtslage im Bereich „Versorgung mit Krankentransport" angesiedelt. Dies ist ein Problem, da die Vergütung die Anreize setzt, die Patienten ins Krankenhaus zu transportieren, da nur in diesem Falle die Leistung „vollständig" bezahlt wird. Neben der falschen Leistungsebene und den dabei anfallenden vermehrten Kosten tragen auch diese Patienten zu einer Überfrachtung der Krankenhäuser in den Zeiten außerhalb der regulären Arbeitszeit bei.

Geregelte Arbeitszeit als Faktor für Arbeitszufriedenheit

Betrachtet man die abendliche und nächtliche Versorgung, die Wochenenden und Feiertage und zählt diese Zeiten zusammen, so ergeben sich etwa 6000 zu versorgende Stunden pro Jahr für das Krankenhaus. Hier muss bedacht werden, dass gerade die Dienstbelastung für viele jüngere Kollegen ein sehr wichtiger Faktor bei der Wahl ihres Arbeitsplatzes ist. So gaben bei einer 2012 durchgeführten bundesweiten anonymen Online-Befragung Medizinstudierende bei der Frage nach den wichtigsten Gründen, nicht kurativ tätig zu sein, „wenig geregelte Arbeitszeit und Nachtdienste im Krankenhaus" mit 71 Prozent an zweiter Stelle an. Umgekehrt spielten bei der Arbeitszufriedenheit geregelte Arbeitszeiten eine wichtige Rolle (Kasch et al. 2015). Hier haben die Krankenhäuser ein zunehmendes Problem. So verzeichnen die Notaufnahmen in den letzten Jahren einen stetigen Patientenzuwachs.

Es wurden 2014 8,4 Millionen gesetzlich Versicherte in Notfallambulanzen der Krankenhäuser behandelt (ca. 14 Prozent mehr als im Vorjahr; Daten des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung). Am Klinikum Fulda konnte von 2013 auf 2014 und von 2014 auf 2015 eine jeweils zehnprozentige Steigerung der Fallzahlen in der Notaufnahme beobachtet werden, sodass in 2015 rund 3500 Patienten pro Monat behandelt wurden. Ein Ende des Anstiegs ist nicht absehbar. Erstaunlicherweise gibt es keinen Wochentag, an dem im Schnitt weniger Patienten kommen. Die Notaufnahmen der Krankenhäuser sind längst die Hauptversorgungsstelle für Patienten außerhalb der regulären Arbeitszeit geworden, und viele Patienten könnten im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst ambulant behandelt werden oder sind keine Notfälle.

Dieses Problem wird auch aus anderen Ländern berichtet, wie beispielsweise eine Studie aus Österreich zeigt, in der in der Inneren Medizin fast die Hälfte aller Spitalambulanzbesuche als nicht gerechtfertigt eingestuft wurden (Rissbacher et al. 2010). Eine kürzlich veröffentlichte deutsche Studie bestätigt die Einschätzung, dass viele Kranken-

hausfälle (hierunter auch Notfälle) mit einer guten ambulanten Versorgung und Organisation vermeidbar wären, auch für Deutschland (Sundmacher et al. 2015).

Andererseits sind die Notfallaufnahmen zunehmend defizitär. So stehen nach der Deutschen Krankenhausgesellschaft einem Erlös von 32 Euro pro ambulantem Notfall Kosten von 120 Euro gegenüber. Für die Kliniken entstünden damit bis zu einer Milliarde Euro ungedeckter Kosten (siehe DÄ Beerheide und Rieser 2015). Dies führt zu einem falschen Anreiz, Patienten, die sich in der Notfallaufnahme vorstellen, aufzunehmen, und das um so mehr, da sich vor allem ältere Patienten dies gerne wünschen, da sie auf eine „komplette stationäre Abklärung" und „Aufarbeitung" ihrer Gesundheitsprobleme hoffen, wobei hier auch Leistungen wie ein Konsil beim HNO-Arzt („ich höre doch so schlecht") und bei anderen Fachkollegen erwartet wird.

Da die gesundheitliche Versorgung im Notfall ein wichtiger Bereich der Daseinsvorsorge ist, muss diese für eine auch zukünftig qualitativ hochwertige Versorgung gut organisiert sein. Ziel ist dabei, Patienten mit akuten, schweren Gesundheitsproblemen rund um die Uhr schnell und gut, aber auch effizient zu versorgen. Dabei muss die richtige Versorgungsebene erreicht und so unnötige Rettungsdiensteinsätze und nicht erforderliche Krankenhausaufnahmen vermieden werden. Dies ist aus qualitativen und ökonomischen Gründen geboten, gerade wenn man an den ländlichen Raum und die Vorhaltekosten und Belastungen der knappen Fachkräfte denkt. Hier ist einiges zu tun. Ziel muss eine Notfallversorgung aus einer (organisatorischen) Hand sein. Hierbei sollten Erreichbarkeitskriterien vereinheitlicht werden. Der Patient sollte eine einheitliche Telefonnummer für eine zentrale Leitstelle haben, die die weitere Versorgung organisiert.

Dort wird der Anruf von einem erfahrenen Arzt entgegengenommen, der sich die Beschwerden anhört und den Patient berät, ihn beispielsweise bittet, sich bei fehlender Besserung wieder zu melden oder ihm eine Anlaufstelle (Notfall- bzw. Bereitschaftsdienstpraxis, Notaufnahme im Krankenhaus) vermittelt oder einen Hausbesuch oder einen Transport ins nächste Krankenhaus mit oder ohne Notarzt organisiert. Bei den Hausbesuchen im Notdienst sollten den Ärzten ein begrenztes Dispensierrecht zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung zuerkannt werden, um zu verhindern, dass die Patienten für ihre Notfallmedikamente erst noch eine Apotheke aufsuchen müssen, die in ländlichen Gebieten unter Umständen weit entfernt und ohne Auto nicht zu erreichen ist.

Vertragsärzte direkt in Notaufnahme einbinden

Außerdem wäre es sinnvoll, nicht nur über eine kassenärztliche Bereitschaftsdienstpraxis oder eine Portalpraxis im oder am Krankenhaus nachzudenken, sondern die niedergelassenen kassenärztlich tätigen Kollegen sollten direkt in der Notaufnahme arbeiten. Hiermit sind viele Synergien zu erreichen, wie die Bündelung der Zufahrtswege, eine Risikoreduktion für den Patienten – sollte sich die Erkrankung doch als akut gefährdend herausstellen, die gemeinsame Nutzung von Räumen und apparativer Diagnostik sowie die gemeinsame Unterstützung durch nicht-ärztliches Personal.

Die Krankenhausärzte ständen als „Back-up" für die Vertragsärzte zur Verfügung und umgekehrt, und außerdem könnten Präferenzen der Vertragsärzte besser berücksichtigt werden. Durch eine klare Dokumentation wird doppelte Arbeit vermieden, den unterschiedlichen Präferenzen der Vertragsärzte kann entgegengekommen werden (Arbeit am Telefon in der Leitzentrale oder in einer Notfallpraxis oder Durchführung von Hausbesuchen), die Qualität kann systematisch untersucht und ggf. gezielt verbessert werden (Aufzeichnung der Telefonate, Follow-up auch zum Beispiel bezüglich Entlassungsdiagnosen), und die Kosten werden ebenfalls reduziert.

Als weiterer wichtiger Faktor muss eine gute hausärztliche Versorgung mit Zugang auch außerhalb der normalen Öffnungszeiten (Abendsprechstunde bis 22 Uhr, Samstagsprechstunde) etabliert bzw. gefördert werden. Dies kann nach einer amerikanischen Studie von O´Malley die Rate der Notfallambulanzbesuche und der ungeplanten Versorgungsnotwendigkeiten ebenfalls reduzieren (O´Malley 2013). Im Krankenhaus erscheint eine interdisziplinäre Notaufnahme mit einer Integration von Allgemeinmedizinern empfehlenswert. Idealerweise sollte die Bereitschaftsdienstpraxis in der Notaufnahme sein, und hausärztlich zu versorgende Patienten sollten dort vom einem Facharzt für Allgemeinmedizin versorgt werden.

Insbesondere im ländlichen Bereich ist eine angeschlossene Notfall- und Kurzlieger-Station ein gutes Konzept (Groening et al. 2013). Auf dieser Station könnte für die Gruppe von multimorbiden Patienten, die nur einer kurzen Intervention bedürfen, allerdings häufig wiederaufgenommen werden müssen (klassisches Beispiel: dekompensierte Herzinsuffizienz), der Schwerpunkt auf die Versorgungsplanung gelegt werden. Hier ist ein Team aus zum Beispiel Pflegenden, Sozialarbeitern, Case-Managern und einem Arzt wichtig. In diesem Konzept wäre es wichtig, einerseits

einen Allgemeinmediziner zu integrieren und andererseits einen engen Kontakt mit den niedergelassenen Hausärzten und anderen Gesundheitsberufen zu unterhalten, um für den Patienten das ideale Konzept (einschließlich Entlassungsmanagement, Pflegeüberleitung) zu etablieren.

Es bleibt zu entscheiden, ob es Sicherstellungszuschläge für versorgungsrelevante Krankenhäuser zur Finanzierung der Fixkosten der Notfälle geben sollte, oder ob der Notfall im DRG-System kodierrelevant sein sollte. Möglich wäre dies über eine Zusatzbezeichnung Notfall oder noch besser über ein System, welches Notfälle nach Schwere und Ressourcenbedarf einstuft. Umgekehrt sollte an die Kliniken Anforderungen bezüglich Personal und apparativen Vorgaben gestellt werden (siehe Augurzky et al. 2014).

Es lässt sich als Resümee festhalten, dass die in diesem Beitrag exemplarisch geschilderten Problemschwerpunkte in der gesundheitspolitischen Diskussion nur gelöst bzw. verbessert werden können, wenn es gelingt, die Trennung des stationären und ambulanten Sektors zu überwinden.

E-Mail-Kontakt: Marion.Haubitz@klinikum-fulda.de

Literaturverzeichnis

Beerheide R, Rieser S (2015) Bereitschaftsdienste unter Beobachtung. Deutsches Ärzteblatt Jg. 112, Heft 42, Seite 1407-1408

Blum K, Löffert S (2010) Ärztemangel im Krankenhaus – Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen, Froschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf

Blum K, Löffert S, Offermanns M, Steffen P (2013) Krankenhaus Barometer 2013, DKI (Deutsches Krankenhaus Institut e.V.) Düsseldorf

Himmel W, Kochen MM, Sorns U, Hummers-Pradier E (2004) Drug changes at the interface between primary and secondary care, International J Clin Pharmacol Theraupeutics 42: 103-109

Kasch R, Engelhardt M, Förch M, Merk H, Walcher F, Fröhlich S (2015) Leistungsbereit bei geregelter Arbeitszeit. Deutsches Ärzteblatt 112, 45: 1550-1552

Kopetsch T (2010) Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus: Studie zur Altersstruktur und Arztzahlentwicklungm Berlin: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung

Krüger-Brand E (2015) Medikationsplan für mehr Sicherheit. Deutsches Ärzteblatt 112, S A1410-1413

Müller F, Mathews A, Kirchner M et al. (2011) Adverse drug events and medication errosr in an emergency department. Br J Clin Pharmacol 72

Ostwald DA, Ehrhard T, Bruntsdh F, Schmidt H, Friedl C (2010) Fachkräftemangel: Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030, Darmstadt/Frankfurt a. M.

Rissbacher C, Rissbacher P, FlaattenH et al. (2012) Gründe für die ungerechtfertigte Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 15: 176-184

RKI (2003) Multimorbidität in Deutschland. Stand- Entwicklung-Folgen, Berlin

Roll K, Stargardt T, Schreyögg J (2012). The effect of type of insurance and income on waiting time in outpatient care. Geneva Papers on Risk and Insurance, Issues and Practice 37; 609-632

Roth KM (2013) Mehr Lebensqualität dank moderner Strukturen: Die Reform des ÄBD, Kassenärztliche Vereinigung Hessen. Auf den Punkt 3: 14-16

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
- Sondergutachten 2009 Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens
- Sondergutachten 2012 Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung
- Gutachten 2014 Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche

Sundmacher L, Fischbach D, Schüttig W, Naumann C, Faisst C (2015) Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study with German providers. Health Policy 119; 1415-1423

Thürmann P (2015) Vermeidungsstrategien von Fehlern bei der Arzneimitteltherapie S. 508-515, in Patientensicherheitsmanagement, Gausmann P, Henninger M, Koppenberg J (Hrsg.).

PROF. DR. MED. MARION HAUBITZ

Frau Prof. Haubitz hat an der Justus-Liebig-Universität in Gießen studiert und promoviert. Ihre Habilitation und ihre Ernennung zur außerplanmäßigen Professorin erfolgte an der Medizinischen Hochschule in Hannover. Dort wurde sie auch Fachärztin für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie. Seit 2007 ist sie Mitglied im Sachverständigenrat der Bundesregierung zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Ihre klinisch wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen in der Verträglichkeit von Dialyseverfahren, in der Nierentransplantation und bei den Autoimmunerkrankungen. Seit dem 1. Januar 2011 ist sie Direktorin der Medizinischen Klinik III (Klinik für Nieren- und Hochdruckerkrankungen) am Klinikum Fulda.

Preis- und Qualitätsorientierung im Gesundheitssystem

Fehlender Wettbewerb an den Sektorengrenzen: Politik- oder Systemversagen?

RECHTSANWALT GERHARD SCHULTE, MINSTERIALDIREKTOR A.D.

So sehr die Verzahnung des ambulanten und des stationären Versorgungssektors zum gesundheitspolitischen Standardvokabular gehört, so wenig ist es in den vergangenen 20 Jahren gelungen, diesem Ziel näher zu kommen. Ein Blick in die Gesetzgebungshistorie seit 1989 macht deutlich, dass die Handlungsoptionen der Krankenhäuser schrittweise erweitert worden sind, ohne dass gleiche Wettbewerbsbedingungen für ambulant tätige Ärzte geschaffen worden wären. Am Beispiel der Praxiskliniken lässt sich illustrieren, wie gesetzgeberische Ansätze durch bewusstes oder zufälliges Zusammenwirken der Beauftragten konterkariert worden sind. Auch die gleichermaßen zaghafte Anlage und zögerliche Umsetzung der ambulanten spezialfachärztlichen Entwicklung lässt den Schluss zu, dass es sich beim fehlenden Wettbewerb an der Sektorengrenze um eine Kombination aus Politik- und Systemversagen handelt.

I. Ausgangslage

Das Bekenntnis zu „ambulant vor stationär" oder „die Überwindung der Sektorengrenzen ambulant / stationär" gehören zum gesundheitspolitischen Vokabular der Entscheidungsträger in Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung. Nach vielen Jahren der Wiederholung sei die Frage erlaubt: Warum veranlassen diese Glaubenssätze die Entscheidungsträger zu wenig, ihren Bekenntnissen zum Durchbruch zu verhelfen, oder warum versuchen sie sogar, eine Entwicklung zu mehr Wettbewerb an den Sektorengrenzen zu verhindern? Einem ehrlichen Bekenntnis zu den historisch gewachsenen Sektorengrenzen in Deutschland und ihren vielleicht möglichen Vorzügen wäre einfacher zu begegnen, als die Scheingefechte weiterzuführen.

Zum Stand der Diskussion einige Schlaglichter aus den vergangenen Monaten:

- „Die Verzahnung von ambulantem und stationärem Bereich ist unausweichlich. … es ist alles in Bewegung. … Wir werden das nicht politisch forcieren. Das ist eine Frage der Entwicklung." Gesundheitspolitische(r) Sprecher(in) einer Bundestagsfraktion;
- „Anachronistischer Luxus, behindert den medizinischen Fortschritt." Vorstand einer Universitätsklinikums;
- Die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung veranstaltete im Dezember 2015 einen Kongress zum Thema „Wege zur Überwindung der Sektorengrenzen". Dort war ein Beitrag „Aufgaben der Versorgungsforschung im Prozess der Überwindung sektoraler Grenzen" zu hören, der voraussetzt, dass es einen solchen Prozess aktuell gäbe und dass Versorgungsforschung erforderlich oder hilfreich sei, um der allseits geteilten

Erkenntnis zum Durchbruch zu verhelfen. Der sich anschließende Beitrag „Wer hat die besten Chancen auf Mittelzuteilung aus dem Innovationsfonds?“ legt wohl nahe, dass die Mittel für die Versorgungsforschung aus dem Innovationsfonds kommen könnten. Beides – Versorgungsforschung und Innovationfonds – ist für die Überwindung der Sektorengrenzen entbehrlich. Man müsste schlicht wollen und handeln.

Nur am Rande sei angemerkt, dass es für Privatpatienten keine institutionellen Hindernisse an den Sektorengrenzen gibt. Sie können sich zum Beispiel von Krankenhausärzten nach einem stationären Aufenthalt ambulant weiterbehandeln oder von Vertragsärzten in Praxiskliniken operieren und stationär betreuen lassen.

Im Kontext der Diskussion über Wettbewerb an den Sektorengrenzen wird häufig die sogenannte doppelte Facharztschiene als eine Ursache für die deutsche Fehlentwicklung genannt. Das ist weniger ein Problem als vielmehr ein Vorteil. Denn fachärztliche Behandlung ist unbestritten im ambulanten und stationären Bereich erforderlich. Die Kritiker der doppelten Facharztschiene wollen die fachärztliche Behandlung überwiegend ins Krankenhaus verlagern und versprechen sich davon wohl Effizienzvorteile. Die Auseinandersetzung über eine angemessene Vergütung der Notfallambulanzen in Krankenhäusern zeigt jedoch deutlich, dass Krankenhausärzte gar nicht in der Lage sind, zu ambulanten Preisen auch nur kostendeckend zu arbeiten. Ein Wettbewerbshindernis ist allerdings, dass Fachärzte beider Sektoren nicht das tun können, was sie gelernt haben und was Patienten von ihnen erwarten.

Der Fortschritt in der Medizin ermöglicht seit vielen Jahren immer mehr ambulante Behandlungen, die auch in aller Regel kostengünstiger sind als die zuvor notwendige stationäre Versorgung. Gleichwohl sind die Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung zwischen 1992 und 2013 für stationäre Einrichtungen von 37,1 auf 39,1 Prozent der Gesamtausgaben gestiegen und die für ambulante ärztliche Leistungen in diesem Zeitraum von 24,9 auf 21,0 Prozent gesunken. Auch wenn man alle Ausgaben der ambulanten Versorgung einschließlich der Arznei-, Heil- und Hilfsmittel betrachtet, haben diese sich von 54,2 auf 52,0 Prozent der Gesamtausgaben verringert (siehe Abbildung 1).

In der Diskussion zur Überwindung der ja nicht aufgezwungenen, sondern selbst geschaffenen Sektorengrenzen werden die gesundheitspolitischen Ziele häufig nicht klar benannt:

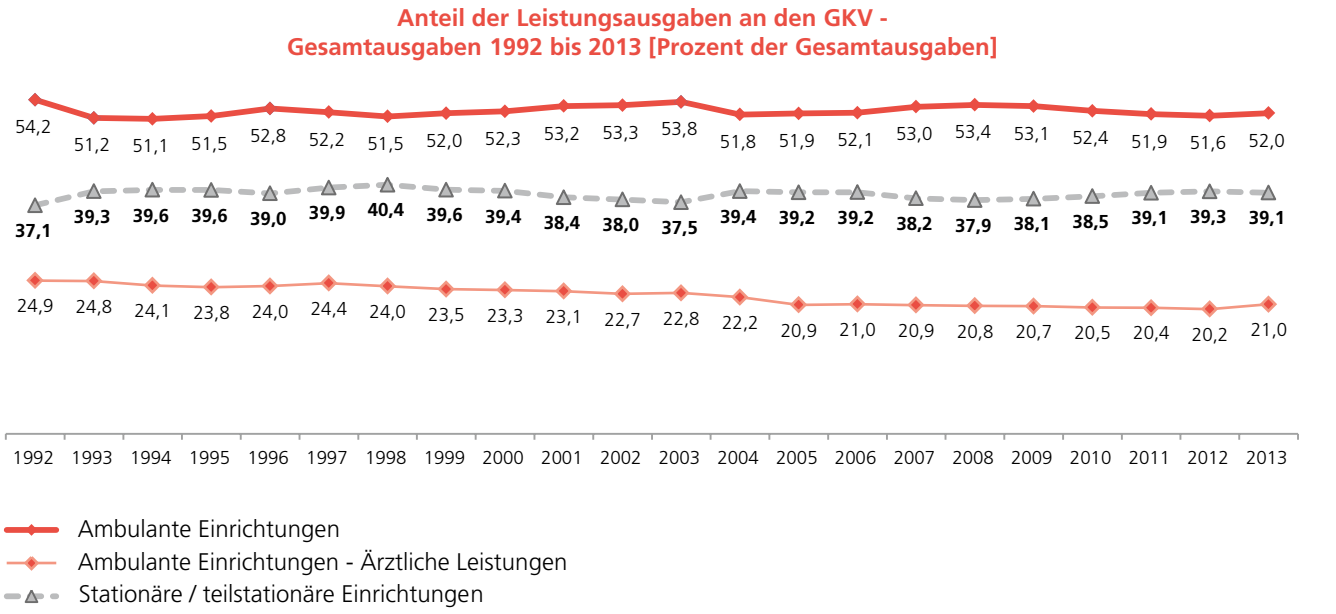
- Geht es um die Verbesserung der Übergänge von der stationären zur ambulanten Versorgung und umgekehrt?
- Um die bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung?
- Um sektorübergreifende oder
- um sektorunabhängige Versorgung?

Und um wessen Nutzen geht es? Den der Ärzte, der Krankenhausträger, der gesetzlichen oder privaten Krankenkassen oder um den der Patienten?

II. Die Gesetzgebung zur Sektorengrenze seit Inkrafttreten des SGB V am 1. Januar 1989

Bei Inkrafttreten des SGB V Anfang 1989 gab es nur wenige Möglichkeiten sektorenübergreifender Versorgung. Hervorzuheben ist insbesondere der Paragraf 115, der es

Ausgabenanteile – 20 Jahre ohne Veränderung



Quelle: Statistischen Bundesamt, Gesundheitsausgabenrechnung, Datenabzug 08. Oktober 2015

Abbildung 1: Die Zahl der ambulanten Behandlungen hat in der Vergangenheit stark zugenommen. Dennoch ist der Ausgabenanteil für stationäre Einrichtungen seit 1993 auf 39,1 Prozent gestiegen, der für ambulante ärztliche Leistungen ist von fast 25 auf 21 Prozent gesunken.

niedergelassenen Vertragsärzten ermöglicht, als Belegarzt im Krankenhaus arbeiten zu können oder Versicherte in Praxiskliniken, die in Trägerschaft von Vertragsärzten stehen, ambulant und stationär zu versorgen. Das Belegarztwesen ist in den letzten Jahren weitgehend ausgehöhlt worden, da viele Krankenhäuser dazu übergegangen sind, niedergelassene Ärzte als Honorarärzte und somit wie Angestellte des Krankenhauses einzusetzen.

Hierzu hat auch eine Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) beigetragen, die die Privatliquidation von krankenhausfremden Ärzten neben den Fallpauschalen zurecht ausgeschlossen hat. Über den Werdegang der Praxiskliniken wird im Folgenden noch berichtet. Die Ermächtigung von Krankenhausärzten zur ambulanten Versorgung bei regionaler Unterversorgung gemäß Paragraf 116 und die Einrichtung von Hochschulambulanzen zu Ausbildungszwecken gemäß Paragraf 117 sowie die psychiatrischen Institutsambulanzen zu Behandlung schwerer Erkrankungen gemäß Paragraf 118 sind sinnvolle Ergänzungen der ambulanten Versorgung, aber nicht wettbewerbsrelevant.

Im Jahre 1990 wurde die Durchführung künstlicher Befruchtungen auch Krankenhäusern ermöglicht (Paragraf 121 a), was durchaus wettbewerbsrelevant, aber nur von geringer Bedeutung ist. Dagegen sind durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 mit der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus (Paragraf 115 a) und dem ambulanten Operieren im Krankenhaus (Paragraf 115 b) die Handlungsmöglichkeiten des Krankenhauses beträchtlich erweitert worden. Im Jahre 2002 wurde die Fortsetzung der Arzneimitteltherapie durch Krankenhäuser (Paragraf 115 c) und 2003 die ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung (Paragraf 116 a) ermöglicht, was als wettbewerbsneutral einzuordnen ist.

Im Jahre 2009 hat der Bundesgesetzgeber versucht, die Behandlung in Praxiskliniken zu fördern (Paragraf 122), was bisher als gescheitert betrachtet werden kann. Mit der Neufassung des Paragrafen 116 b im Jahre 2011 zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung ist ein interessantes Wettbewerbsfeld für Vertragsärzte und Krankenhäuser eröffnet worden, das einer näheren Betrachtung wert ist. Im Jahre 2012 sind geriatrische Institutsambulanzen zur ambulanten Versorgung zugelassen worden (Paragraf 118 a), und 2015 wurde das Krankenhausentlass-Management mit erweiterten Handlungsmöglichkeiten für Krankenhäu-

ser neu geregelt (Paragraf 39 Abs. 1a). Schließlich werden mit dem Krankenhausstrukturgesetz 2016 die Kassenärztlichen Vereinigungen veranlasst, Portalpraxen an Kliniken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung während der sprechstundenfreien Zeiten einzurichten und überwiegend zu finanzieren. Die Umsetzung der Portalpraxen und deren Auswirkung bleibt abzuwarten.

Von besonderem Interesse für den Wettbewerb an den Sektorengrenzen ist die Neufassung der gesetzlichen Grundlage für die integrierte Versorgung durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015. Der Gesetzgeber hat offensichtlich realisiert, dass der Integrationsansatz durch Gestaltungsmöglichkeiten der Vertragspartner weitgehend gescheitert ist. Die Rahmenbedingungen waren unattraktiv, die Einflussmöglichkeiten der Aufsichtsbehörden abschreckend, die geforderte Flächendeckung unrealistisch und die finanziellen Risiken der Krankenkassen nach Ende der Anschubfinanzierung zu hoch.

Der neue Paragraf 140 a hat die Gestaltungsmöglichkeiten vereinheitlicht und transparenter gemacht, sowie den Einfluss der Aufsicht begrenzt. Im Absatz 3, Satz 2 wird eine interessante Gestaltungsmöglichkeit angeboten: „Die Partner des Vertrages über eine besondere Versorgung …. können sich ….darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist."

Auch wenn laut Begründung eines Änderungsantrages des Gesundheitsausschusses des Bundestages hierdurch den Krankenhäusern eine ambulante Behandlung auf vertraglicher Ebene ermöglicht werden sollte und nicht etwa den Vertragsärzten zum Beispiel kurzstationäre Behandlungen in Praxiskliniken, so ist jedenfalls dem Grunde nach die strikte Begrenzung auf den zugewiesenen Sektor für beide Versorgungsebenen durchbrochen.

Die Gesetzgebungshistorie lässt folgende Bewertung zu:

- Im Wesentlichen sind die Handlungsoptionen der Krankenhäuser erweitert worden. Unter dem Einfluss der Bundesländer als Sachwalter der Krankenhäuser verspricht sich der Gesetzgeber offensichtlich mehr von der Ausweitung der Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenhäuser als von einem fairen Wettbewerb mit gleich langen Spießen.
- Nur zum geringen Teil sind die gesetzlichen Neuregelungen wettbewerbsrelevant.
- Bei wettbewerbsrelevanten Sachverhalten mangelt es an der Bereitschaft der Vertragspartner, davon in angemessener Weise Gebrauch zu machen.

III. Der Hindernislauf von Praxiskliniken und ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung

Zwei Gestaltungsmöglichkeiten an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung, die am ehesten dem Anspruch der Überwindung der Sektorengrenze gerecht werden könnten, haben eine bemerkenswerte Geschichte.

Seit dem Gesundheitsreformgesetz von 1989 soll durch dreiseitige Verträge zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten die Behandlung in Einrichtungen gefördert werden, in denen Versicherte durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden (Paragraf 115 Abs. 2 Satz 1, Ziffer 1 SBG V). In diesen Praxiskliniken betreut ein Facharzt seine Patienten über den gesamten Therapieverlauf von Diagnose bis zur Schmerztherapie. Die Infektionsgefahr ist in Praxiskliniken deutlich geringer als in Krankenhäusern. Gleichwohl ist es zu keinen Vertragsschlüssen gekommen.

Dem Gesetzgeber war die Schwierigkeit beim Zustandekommen dreiseitiger Verträge wohl bewusst. Er hat deshalb für den Fall des Nichtzustandekommens eine Entscheidung auf Antrag einer der drei Vertragspartner durch die Landesschiedsstelle vorgesehen. In keinem Bundesland wurde ein entsprechender Antrag gestellt, auch nicht von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die die Interessen der Vertragsärzte in Praxiskliniken zu vertreten hätten. Für diesen Fall sollten nach der Gesetzeslage die Inhalte durch Rechtsverordnung der Landesregierung bis zum 31. Dezember 1990 bestimmt werden. In keinem Bundesland ist es zu einer Rechtsverordnung gekommen.

Der Bundesregierung hat in einem Gesetzentwurf vom 22. November 1995 einen neuen Anlauf gesucht und eine stationäre Versorgung von bis zu vier Tagen und maximal vier Betten je Vertragsarzt in Praxiskliniken ermöglichen wollen. Aufgeschreckt durch den Gesetzentwurf kommen 1996 blitzartig dreiseitige Verträge zustande, die in wenigen Sätzen den Gesetzeswortlaut wiedergeben und darüber hinaus nur feststellen, dass bei der Einrichtung von Praxiskliniken die Vorgaben der Landeskrankenhausplanung zu berücksichtigen sind.

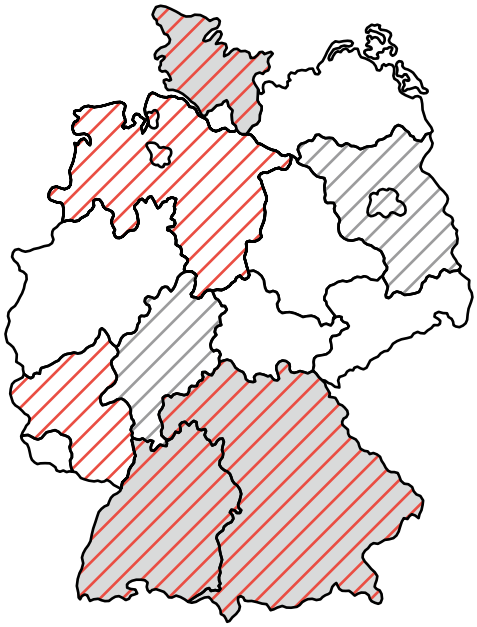
Der Gesetzentwurf der Bundesregierung ist im Bundesrat gescheitert und, wie von den Vertragsparteien be-

Exkurs: Was macht ein Krankenhaus aus?

Anteil Krankenhäuser ohne Computertomographen / Intensivbetten [%]
(Datenbasis: 1.392 Plankrankenhäuser, 2012)

Kein Comptertomograph:
481 Krankenhäuser (35 %)

- Schleswig-Holstein: 56%
- Bremen: 42%
- Niedersachsen: 42%
- Rheinland-Pfalz: 38%
- Baden-Württemberg: 43%
- Bayern: 42%



Keine Intensivbetten:
257 Krankenhäuser (18 %)

- Schleswig-Holstein: 42%
- Berlin: 23 %
- Brandenburg: 27 %
- Hessen: 24 %
- Baden-Württemberg: 25 %
- Bayern: 26 %

Quelle: Statistischen Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1.1.; 2012

Abbildung 2: Von bundesweit 1392 Plankrankenhäusern haben im Jahr 2012 257 keine Intensivbetten und 481 keinen Computertomografen vorgehalten. Die Bedeutung dieser Häuser für die stationäre Versorgung ist vor diesem Hintergrund kritisch zu diskutieren.

absichtigt, ist es in keinem Bundesland zur Aufnahme einer Praxisklinik in den Krankenhausplan gekommen.

Durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz 2009 ist die Behandlung in Praxiskliniken (Paragraf 122 SGB V) einen Schritt weitergekommen. Der GKV-Spitzenverband und der Verband der Praxiskliniken sollen danach einen Katalog von in Praxiskliniken ambulant und stationär durchführbaren Behandlungen und Maßnahmen zur Sicherung der Qualität vereinbaren. Drei Monate nach Inkrafttreten des Paragrafen 122 fordert der Bundesrat in einem anderen Gesetzgebungsverfahren die Aufhebung des Paragrafen 122, was die Bundesregierung zurückweist. GKV-Spitzenverband und Deutsche Praxisklinik nehmen 2010 die geforderten Gespräche auf. Sie werden vom GKV-Spitzenverband 2011 abgebrochen, wobei unausgesprochen die Sorge entscheidend war, dass es den Krankenhäusern bei einer Verlagerung bestimmter Operationen in Praxiskliniken gelingt, die Betten anderweitig zu füllen.

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) ist der interessanteste Ansatz der jüngsten Zeit zu einer wettbewerblichen und ebenenübergreifenden Struktur. Sie stellt eine neue intrasektorale Schnittstelle innerhalb des ambulanten Sektors dar. Zwar ist bedauerlicherweise die Vereinheitlichung des Wettbewerbsrahmens auf ein schmales Feld von nur einem Prozent des Ausgabenvolumens der ambulanten ärztlichen Versorgung begrenzt, aber einheitliche Qualifikations- und Qualitätsanforderungen sowie einheitliche Vergütung ohne Bedarfsplanung und ohne Mengenbegrenzung sind ein mutiger Schritt in die richtige Richtung. Die Umsetzung ist trotz redlicher Bemühungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu langsam, da hoch komplex. Nach vier Jahren sind lediglich 40 Anzeigen bei den erweiterten Landesausschüssen eingegangen und 28

Berechtigungen zur ASV-Teilnahme ausgesprochen (Stand Ende November 2015). Die diagnosebezogene Gebührenordnung in Euro steht noch aus. Die vorgesehene Kalkulation auf betriebswirtschaftlicher Grundlage und unter Berücksichtigung der spezifischen Investitionsbedingungen für Vertragsärzte und Krankenhäuser sind der richtige Weg. Das Handlungsfeld für ASV müsste zeitnah erweitert und die Umsetzung erheblich beschleunigt werden, wenn man nicht Jahrzehnte zu warten bereit ist.

Conclusio: Eine Reihe von Initiativen für verbesserte Übergänge oder eine Verzahnung von ambulanten und stationären Strukturen sind mehr oder weniger gescheitert. Gerade überzeugende gesetzgeberische Ansätze werden

- entweder durch bewusstes und gewolltes Zusammenwirken der Beauftragten verhindert,
- oder vom Gesetzgeber so zaghaft, kompliziert und eingegrenzt angelegt, dass sie bestenfalls als Modellvorhaben taugen.

Beim fehlenden Wettbewerb an den Sektorengrenzen haben wir es mit einer partiellen Kombination von Politik- und Systemversagen zu tun. Verantwortliche in Bund und Ländern blockieren sich gegenseitig. Die Vertreter von Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhausgesellschaften fühlen sich recht wohl im bestehenden System.

IV. Perspektiven

Wie könnte eine am Patienteninteresse ausgerichtete Versorgungsstruktur aussehen? Dazu zunächst ein Blick auf die aktuelle Krankenhausstruktur in Deutschland. Im Jahr 2010 betrug die Verweildauer von circa 40 Prozent aller Krankenhausfälle höchstens drei Tage (SVR-Gesundheit 2012). Wenngleich sicher nicht sämtliche dieser sieben Millionen Patienten hätten ambulant behandelt werden können, zeigen die kontinuierlich sinkende Verweildauer, die Zunahme von Kurzliegern und die vielen Stundenfälle das erhebliche Potenzial ambulanter Leistungserbringung. Wenn von 1392 Plankrankenhäusern 257 keine Intensivbetten und 481 keinen Computertomografen haben, stellt sich ohnehin die Frage, ob wir diese Krankenhäuser brauchen (siehe Abbildung 2).

Stattdessen brauchen wir leistungsfähige kleinere Einrichtungen aus einer Kombination von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Praxiskliniken. MVZ können zur Zeit nicht das leisten, was der Name zu versprechen scheint. Sie sind normaler Teil der ambulanten Versorgung mit der Möglichkeit, angestellte Ärzte zu beschäftigen. Mit den erweiterten Funktionen der Praxisklinik, auch kurzstationär zu behandeln, könnten lokale Gesundheitszentren entstehen, die insbesondere in ländlichen Regionen eine wohnortnahe Versorgung ohne naheliegendes Krankenhaus sicherstellen können.

Gesundheitspolitisches Ziel muss eine sektorübergreifende – oder besser – eine sektorunabhängige Versorgungsstruktur sein. Der ordnungspolitische Rahmen für diese Struktur wäre:

- Gleiche Vergütung für ärztliche und pflegerische Leistungen (analog der ASV),
- Investitionsförderung über Preise,
- Gleiche Kriterien für die Zulassung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
- Gemeinsame Bedarfsplanung ambulant/stationär,
- Sektorübergreifende Qualitätsmessung- und sicherung,
- Wirtschaftlichkeitsprüfung auf gleicher rechtlicher Grundlage und
- Sicherstellungsauftrag in gemeinsamer Verantwortung der Vertragspartner.

Das Konzept ist anspruchsvoll, aber zu schaffen.

E-Mail-Kontakt:
schulte.ag@t-online.de

RA GERHARD SCHULTE

Studium der Rechtswissenschaft und Politischen Wissenschaft in Münster, Köln und Freiburg im Breisgau; 1. und 2. juristische Staatsprüfung in Freiburg. Von 1985 bis 1990 war Schulte Leiter der Gruppe Sozial- und Gesellschaftspolitik im Bundeskanzleramt. Von 1991 bis 1995 leitete er die Abteilung Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung und Arzneimittel im Bundesministerium für Gesundheit. Von 1996 bis 2007 war er Vorstandsvorsitzender des BKK Landesverbandes Bayern.

Preis- und Qualitätsorientierung im Gesundheitssystem
Die Rolle der Vertragsärzte in einem Krankenkassenwettbewerb um Versicherte

DR. MANFRED RICHTER-REICHHELM, FRÜHERER VORSITZENDER DER KBV UND DER KV BERLIN

Die Rolle der Vertragsärzte im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander ist nicht gesetzlich geregelt. Kritisch wird in der Regel die Zusammenarbeit von Vertragsärzten mit anderen Akteuren wie etwa der Pharmaindustrie gesehen. Dagegen wird eine schädliche Einflussnahme der Krankenkassen auf die Arbeit von Vertragsärzten offensichtlich auch dann nicht vermutet, wenn Ärzten daraus ein finanzieller Vorteil entsteht. Dies ist kritisch zu hinterfragen, hat doch in der Vergangenheit der Wettbewerb der Krankenkassen nicht primär der Suche nach besseren Versorgungsstrukturen gedient, sondern das Ziel waren zumeist kurzfristige Einsparungen und die Gewinnung von Versicherten mit „guten Risiken". Auch die Erfahrungen aus Selektivverträgen geben bisher Anlass zu zweifeln, dass Krankenkassen wie behauptet „Anwälte der Patienten" sind. Gleichermaßen ambivalent und zwischen Ablehnung und Kooperation schwankend haben sich in den vergangenen Jahren ärztliche Berufsverbände und Körperschaften gezeigt. Uneingeschränkt positiv sind insgesamt lediglich solche Kooperationen von Ärzten mit Krankenkassen zu werten, die das Ziel haben, die sektorübergreifende und populationsorientierte Versorgung zu verbessern.

Dürfen und sollen Vertragsärzte eine Rolle in einem Kassenwettbewerb um Versicherte spielen? Diese Fragen sind nicht unberechtigt, bedenkt man die kritische Einstellung des Aufsichtsministeriums und des Gesetzgebers zu Fragen der Zusammenarbeit von Vertragsärzten untereinander sowie mit Apothekern und pharmazeutischen Unternehmern, aber auch mit Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Hier sind strenge Regeln vorgeschrieben, wenn es um finanzielle und/oder materielle Unterstützung seitens der Partner geht. Leicht ist von Einflussnahme und Korruption bzw. Vorteilsnahme und Bestechlichkeit die Rede.

Wenn andererseits die Kooperation der Vertragsärzte im Wettbewerb der Kassen nicht untersagt, sondern gar erwartet wird, muss man wohl davon ausgehen, dass seitens der Politik die Gefahr einer unwillkommenen und schädlichen Einflussnahme der Kassen auf die vertragsärztliche Arbeit nicht vermutet wird – wenngleich dem Vertragsarzt durchaus dieser oder jener materielle Vorteil entstehen mag.

Aufgaben der Ärzte und Vertragsärzte

Stellt sich die Frage: wollen Vertragsärzte eine Rolle im Kassenwettbewerb um Versicherte spielen? Verbietet ihnen ihr „Ehrenkodex" eine Zusammenarbeit? Begeben sie sich in Gefahr angesichts der Einbettung ihrer Arbeit in das Zivil-, Straf- und Sozialrecht?

Der auch von den Medien und in der Öffentlichkeit viel zitierte hippokratische Eid (siehe Abbildung 1) als „Ehrenkodex" ist heute abgelöst durch das Arztgelöbnis. Im Ergebnis ist danach der Arzt der Anwalt des einzelnen

Kranken und dessen Wohl verpflichtet, er ist nicht Anwalt einer Sozialversicherung und nicht Anwalt des Staates.

Er darf bei der Ausübung seines Berufes dem Patienten nicht seine persönlichen, weltanschaulichen, moralischen oder politischen Vorstellungen aufzwingen. Er hat als Vertrauter des Patienten uneingeschränkte Verschwiegenheit über den Tod des Patienten hinaus zu wahren.

Weicht die Rolle des Vertragsarztes von diesem Kodex ab? Der Vertragsarzt ist darüber hinaus sozialrechtlich verpflichtet: Paragraf 12 des Sozialgesetzbuches (SGB V) schreibt vor, dass die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Nicht notwenige oder unwirtschaftliche Leistungen sind nicht erlaubt. Hier fließen also zusätzliche Verpflichtungen ein, die nicht gerechtfertigte Kosten für die Solidarversicherung verhindern sollen. Diese Verpflichtung gilt explizit für die Versicherten, die Leistungserbringer und die Krankenkassen.

Wettbewerb der Krankenkassen

Auf seiner Internetseite schreibt das Bundesgesundheitsministerium zum Wettbewerb im Gesundheitswesen:

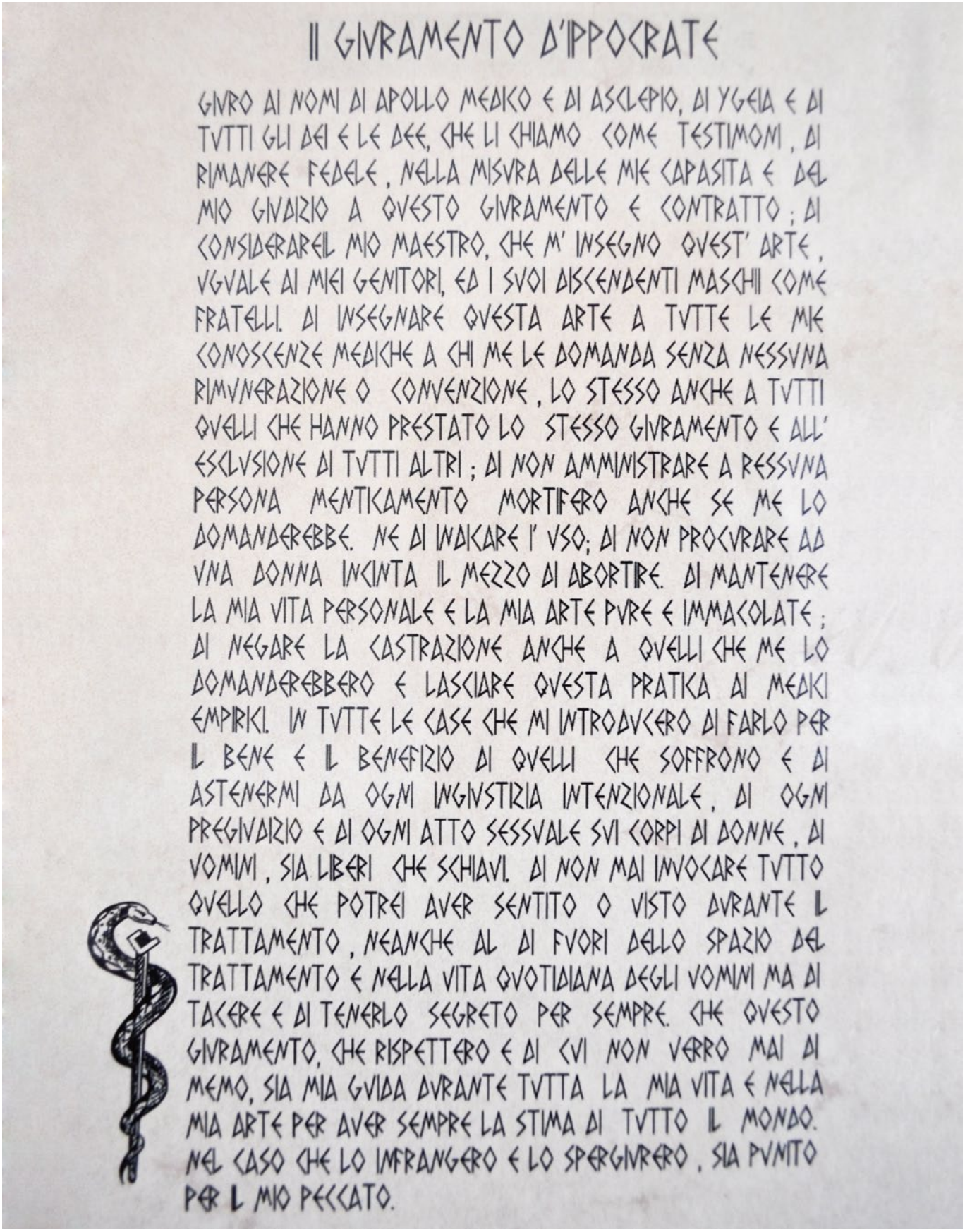
„Wettbewerb im Gesundheitswesen nützt den Patientinnen und Patienten. Sie erhalten so eine größere Wahlfreiheit und am Ende eine bessere Behandlung. […] Wettbewerb im Gesundheitswesen ist also kein Selbstzweck, sondern der Weg zu einer besseren medizinischen Qualität, zu mehr Effizienz und zu weniger Bürokratie. […] In einem gesunden und wettbewerblichen Krankenkassensystem konkurrieren die gesetzlichen Krankenkassen darum, wer seinen Versicherten das beste Angebot zum bestmöglichen Preis machen kann. Die Versicherten werden bei der Wahl ihrer Krankenkasse sowohl das Leistungsangebot der Krankenkassen als auch die Höhe des Zusatzbeitrags vergleichen."

Genügen die gesetzlichen Krankenkassen diesem vom Bundesgesundheitsministerium gesetzten Anspruch? Zweifel sind angebracht. Geht es wirklich um Qualität und bessere Versorgung? Oder geht es eher um Vermeidung von Zusatzbeiträgen und kurzfristige Einsparungen, um ein gutes Ranking im Kassenvergleich und ein gutes Risikoprofil der Versicherten?

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) stellt bislang nur einen Wettbewerb um sogenannte gute Risiken fest: So können Verträge zu Kinderfrüherkennungsuntersuchungen, Zusatzleistungen für junge Familien oder Berufstätige dauerhaft vereinbart werden (TK). Echte Versorgungsverträge attrahieren eher eine Klientel, die krank ist und damit Kosten verursacht, auf denen die Krankenkasse trotz des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs sitzen bleibt. Die Krankenkasse KKH war ja unrühmlich aufgefallen, da ihre Telefonberater die Anweisung hatten, teuren Patienten eher andere Kassen zu empfehlen, währenddessen sogenannte Haltepatienten mit Zusatzleistungen angezogen und gehalten werden sollten.

Die AOK sieht Vorteile der IV-Verträge nach Paragraf 140 SGB V:

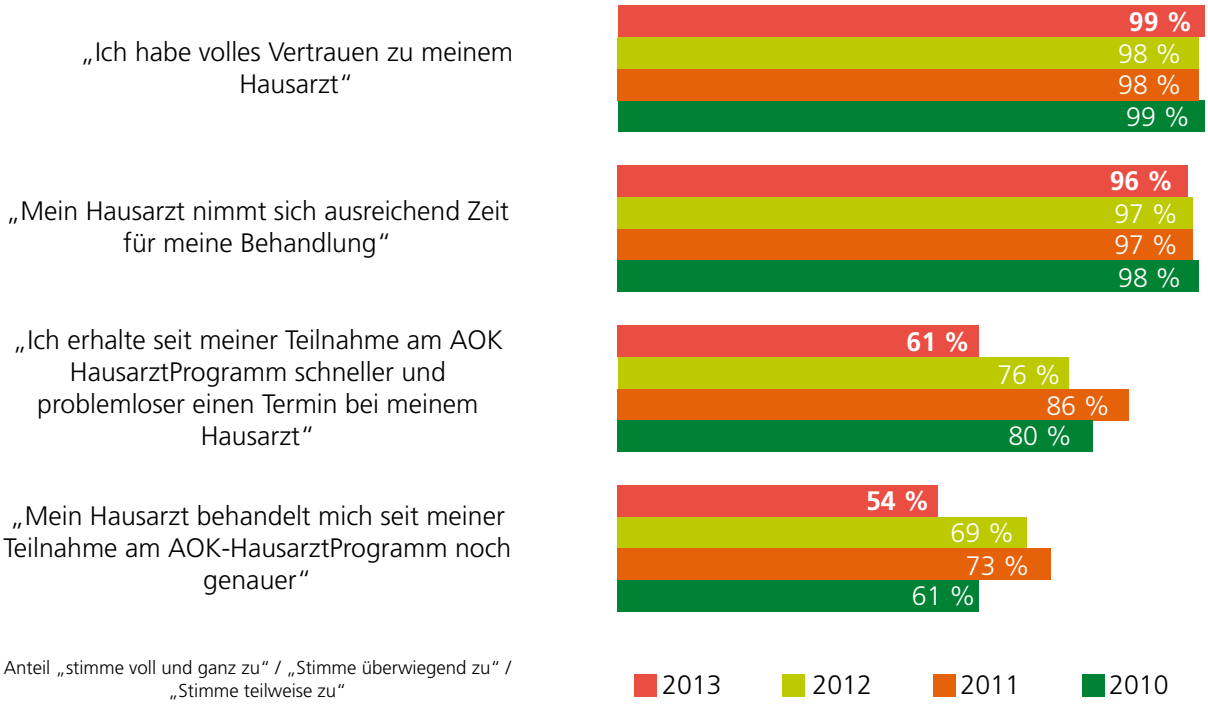
- Durch die Möglichkeit von Einzelverträgen können patientenorientierte, Sektor übergreifende Versorgungsstrukturen geschaffen werden.
- Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung gewinnen an Bedeutung.
- Kassenärztliche Vereinigungen sind als Vertragspartner ausgeschlossen.



© Alfi | Fotolia

Abbildung 1: Der hippokratische Eid ist heute durch das Arztgelöbnis abgelöst worden. Er ist danach allein dem Wohl des Kranken verpflichtet, nicht aber ist er Anwalt einer Sozialversicherung oder gar des Staates.

Wettbewerb der Kassen – wem nützen Hausarztverträge?



Quelle: AOK Baden-Württemberg

Abbildung 2: Ergebnisse einer Prognos-Umfrage zur hausarztzentrierten Versorgung der AOK Baden-Württemberg: Die Werte einzelner Frageitems sind im Jahr 2013 hinter die Ausgangswerte der ersten Umfrage im Jahr 2010 zurückgefallen.

- Die Kassen können ihren Versicherten für die Teilnahme an IV-Programmen einen Bonus gewähren.

Im Sachverständigenbericht 2012 steht zur Frage „Aus welchen Überlegungen heraus macht die Krankenkasse einen Vertrag“:

- Der wichtigste Aspekt für die Teilnahme an der integrierten Versorgung nach Paragraf 140a-d SGB V ist aus Sicht der Krankenkassen die Steigerung der Qualität, gefolgt von Kostensenkungen und der Steigerung der Zufriedenheit der Patienten.

Aber:

- Diese Erwartungen hat am ehesten die Möglichkeit zur selektiven Auswahl von Leistungserbringern erfüllt, gefolgt von der Steigerung der Patientenzufriedenheit und dem Imagegewinn für die Krankenkasse. Ergo: Qualitätsverbesserung und Kostensenkung stehen dem Sachverständigenrat zufolge im Hintergrund.

Auch der viel zitierte AOK-Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg zeigt relativ weiche Erfolgsparameter. Die Telefonumfrage von prognos ergab:

- „Mein Hausarzt berät mich ausführlich über Möglichkeiten der Gesundheitsförderung“ (70 Prozent).
- „Seitdem ich am HausarztProgramm teilnehme, erhalte ich schneller und problemloser einen Termin bei meinem Hausarzt“ (63,7 Prozent).
- „Mein Hausarzt behandelt mich seit meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm noch genauer“ (52,4 Prozent).

Interessant dabei ist, dass die von den HZV-Versicherten geschätzte Qualität der Versorgung nach einem „Zwischenhoch“ im Jahre 2013 in wesentlichen Punkten deutlich unter die Eingangswertung der Teilnehmer von 2010 zurückgefallen ist (siehe Abbildung 2).

Versicherte oder Kranke?

- Kassenwettbewerb um **Versicherte**
  - Junge
  - Gesunde
  - Versicherte zur Quersubvention der Kranken?
- **Positionen:**
  - Kassen: angeblich Anwalt der Kranken
  - Ärzte: Kassen nur Anwalt der Versicherten, nicht der Kranken

Quelle: Dr. Richter-Reichhelm

Abbildung 3: Krankenkassen betonen, Anwälte der Patienten zu sein, für Ärzte sind Kassen eher Anwälte ihrer Versicherten.

Versicherte oder Kranke?

Geht es also beim Kassenwettbewerb und bei den Selektivverträgen um Vorteile für den Versicherten oder den Kranken? Meine Zwischenbilanz lautet: die Kassen sind vorrangig an jungen und gesunden Versicherten interessiert, die im Sinne einer Quersubvention die überschießenden Kosten der Kranken auffangen oder mindern. Während die Kassen für sich reklamieren, Anwalt der Patienten zu sein, betonen die Ärzte, die Kassen seien nur Anwalt der Versicherten, Anwalt der Kranken seien allein die Ärzte (siehe Abbildung 3).

Hilfe der Vertragsärzte im Kassenwettbewerb?

In dieser Frage ist die Position der Vertragsärzte und der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) uneinheitlich. Gut erinnerlich ist mir der beachtenswerte Auftritt von Herbert Rebscher im Jahr 2000 vor Vertretern der KBV und der KVen in Berlin. Die Vertragsärzte sorgten sich um die Gefährdung ihres Sicherstellungsauftrags nach der qua Gesetz ermöglichten selektiven Kontrahierung der Kassen – an der KV vorbei. Offen und direkt sagte damals Herbert Rebscher, er werde diese Möglichkeiten nutzen, um die Monopolstellung und die Macht der KVen anzugreifen und zu schmälern. Die anwesenden Ärztefunktionäre überlegten gar – nicht zum ersten Mal – ihren Sicherstellungsauftrag zurückzugeben. Die formalen und juristischen Implikationen wurden dabei völlig vernachlässigt. Das Meinungsbild bei einer Probeabstimmung war knapp, den Sicherstellungsauftrag zu behalten.

Am Rande des Deutschen Ärztetages 2002 in Rostock wurde durch die KV Mecklenburg-Vorpommern sogar eine Satellitensitzung neben der KBV-Vertreterversammlung abgehalten, in der gegen die Disease-Management-Programme (DMP) und die Verträge zur Integrierten Versorgung (IV) gewettert wurde. Man brachte die – mit dem Einverständnis der Kranken versehene – Übermittlung persönlicher Patientendaten an die Krankenkassen gar mit einem „Verrat der Kranken" und einer Stasi-Bespitzlung in Zusammenhang. Der Datenschutz sei höchst gefährdet! Auf einer Sitzung des Länderausschusses der KBV in Berlin wurde der KV-Vorsitzende von Nordrhein, Leo Hansen, auf das Übelste beschimpft, weil er ein DMP zum Diabetes mellitus in der Pipeline hatte.

Hilfe der Vertragsärzte im Kassenwettbewerb

Bemerkenswert war in dieser Zeit, dass die schärfsten Kritiker am „Datenverrat" zügig im Folgequartal ihre DMP-Verträge abschlossen. Die Vertragsärzte wurden also Helfer der Krankenkassen in ihrem Wettbewerb um Versicherte. Da wurden und werden die Vertragsärzte per Rundschreiben durch eine AOK zur sorgfältigen und korrekten Diagnose-Kodierung aufgerufen. Rechtlich gewiss nicht anzugreifen, die Kodierung zu optimieren. Konkurrenzkassen sahen dies kritisch, denn der Effekt war eine Steigerung des Zuflusses auf dem Gesundheitsfonds dank korrekter und verbesserter Kodierung – zuungunsten der anderen Kassen.

Aktive Rolle der Vertragsärzte?

Keine Einwände, wenn

- Datenschutz/Einverständnis der Versicherten gewährleistet
- Im Ergebnis bessere Behandlung
- Bessere medizinische Qualität
- Mehr Effizienz
- Weniger Bürokratie

Quelle: Dr. Richter-Reichhelm

Abbildung 4: Positiv ist bei Einhaltung bestimmter Bedingungen die Hilfe von Vertragsärzten im Suchprozess für Innovationen zu sehen.

Ich selbst hatte als Vorsitzender der KV Berlin bei meinen Kolleginnen und Kollegen für ein DMP „Koronare Herzkrankheiten KHK“ der AOK geworben. Auch hier bedeutete die ärztliche Unterstützung, dass aus dem Topf des Risikostrukturausgleichs per „Staubsaugereffekt“ zusätzliche Gelder in den Kassentopf nach Berlin flossen, was wiederum der Kasse auskömmlichere Honorarverträge mit der KV ermöglichte – seinerzeit noch nicht gemeinsam und einheitlich.

In Berlin und in Brandenburg schloss die AOK umstrittene Bonusverträge mit der KV ab, die Boni versprachen, wenn hohe Arzneiverordnungskosten gesenkt würden. Mit großem Erfolg in Brandenburg, ohne Effekt in Berlin. In diesem oder jenem Fall kann man gewiss die Frage stellen, ob die Hilfe der Vertragsärzte vertretbar war oder ein „Gschmäckle“ hatte.

Wettbewerb als Suchprozess für Innovationen

Unbestritten positiv zu beurteilen ist die vertragsärztliche Hilfe im Kassenwettbewerb, wenn es um den Suchprozess nach Innovationen geht (siehe Abbildung 4). Allerdings gilt es Voraussetzungen zu vereinbaren und zu erfüllen:

- Die Versicherten müssen volle Transparenz über die Leistungen der Kassen wie der Ärzte erhalten
- Eine Kommodifizierung von ärztlichen Leistungen muss unbedingt vermieden werden

Beispiele für derartige Innovationen sind

- neue Integrationsverträge nach Paragraf 140 SGB V, die diesen Namen auch verdienen. Ein IV-Vertrag „linkes Knie“ kann es nicht sein. Die integrierte Vollversorgung ist gefragt.
- Ein gutes Pilotprojekt ist das „Gesunde Kinzigtal“. Dort profitieren – auch wirtschaftlich – sowohl die teilnehmenden Kassen als auch die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, vor allem aber die Patienten durch die nachgewiesene Verbesserung der Versorgungsqualität.
- Der Innovationsfonds stellt ein Erfolg versprechendes Angebot dar, wenn Ärzte gemeinsam mit den Kostenträgern Projekte anstoßen, die die Förderung der folgenden Gebiete zum Ziel haben: Telemedizin, Versorgungsmodelle in strukturschwachen Gebieten, Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen, Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung, Modellprojekte zur Arzneimitteltherapiesicherheit bei multimorbiden Patienten.

Hier das Ziel zu erreichen, die sektorübergreifende Versorgung zu verbessern sowie diese Projekte im Sinne der Versorgungsforschung wissenschaftlich zu begleiten, ist des „Schweißes der Edlen“ und der Unterstützung der Vertragsärzte wert.

E-Mail-Kontakt:
manfred@ri-rei.de

DR. MANFRED RICHTER-REICHHELM

Dr. Manfred Richter-Reichhelm hat in Köln und Berlin Humanmedizin studiert. Nach Medizinalassistenz und Facharztweiterbildung war er ab 1974 als Facharzt für Urologie in Berlin-Tegel niedergelassen, seit dem Jahr 2000 in Gemeinschaftspraxis mit Partner Dr. J. Krain; die Praxisübergabe erfolgte 2006. Richter-Reichhelm war neben seinem Engagement in Berufsverbänden von 1981 bis 2004 Mitglied der Vertreterversammlung der KV Berlin. Desweiteren war er von 1983 bis 2004 Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin. Dem Vorstand der Kammer gehörte er von 1983 bis 1985 an, dem Vorstand der KV von 1985 bis 1988. Vorstandsvorsitzender der KV Berlin war er zwischen 1989 und 1992 sowie 1997 und 2004. Zudem gehörte er von 1997 bis 1999 dem KBV-Vorstand an, 2000 bis 2004 als dessen Vorstandsvorsitzender. Er engagiert sich im Kuratorium der Kaiserin Friedrich Stiftung sowie als Vorstandsvorsitzender des Vereins Erinnerungs-, Bildungs- und Begegnungsstätte EBB Alt Rehse.

Preis- und Qualitätsorientierung im Gesundheitssystem
Wie viel Wettbewerb verträgt ein Krankenhaus?

KARSTEN HONSEL, VORSTANDSVORSITZENDER DER GESUNDHEIT NORDHESSEN HOLDING AG, KASSEL

Der Wettbewerb ist für die stationäre Versorgung in Deutschland vielfältig reguliert und in mehreren seiner Dimensionen eingeschränkt. Dabei prägen insbesondere die sich aus den Landesplanungen ergebenden Strukturen die Wettbewerbssituation der Krankenhäuser in den Bundesländern. Auch die Produktpreise sind politisch mitgeprägt, da die Basisfallwerte durch die Selbstverwaltung in jedem Bundesland separat festgelegt werden. Für weitere Verzerrungen sorgt die duale Finanzierung, da Krankenhäuser seit Jahren von den Bundesländern zu wenig Investitionsmittel erhalten. Betrachtet man allerdings insgesamt die Ziele Versorgungssicherheit, -qualität und Kostenkontrolle, dann werden diese durch die staatlichen, wettbewerbsbeschränkenden Eingriffe im Wesentlichen erreicht. Jedoch zeigt der hohe Anteil an Krankenhäusern, die Defizite erwirtschaften, dass ihre wirtschaftliche Lage nicht stabil ist. Die Stärkung von Versorgungsverbünden und ein Zuschlag für Versorgungssicherheit in der Fläche können hier in die richtige Richtung weisen.

Wie viel Wettbewerb verträgt ein Krankenhaus?

Die Krankenhäuser in Deutschland sind als Teil der Volkswirtschaft von erheblicher Bedeutung. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für die Krankenhausbehandlung betrugen im Jahr 2014 68 Milliarden Euro. In deutschen Krankenhäusern sind ca. 1,2 Millionen Menschen beschäftigt. Krankenhäuser gehören regelmäßig zu den großen Arbeitgebern ihrer Region. Gleichzeitig erbringen sie Leistungen für ihre Patienten, die dem Bereich der öffentlichen Daseinsvorsorge zugeordnet werden können. Der Zugang ist – zumindest teilweise – im wahrsten Sinne des Wortes von existenzieller Bedeutung. Vor diesem Hintergrund kommt der Frage „Wie viel Wettbewerb verträgt ein Krankenhaus?“ ein besonderes Gewicht zu.

Die Wirtschaftsordnung der Bundesrepublik Deutschland ist die soziale Marktwirtschaft. Wettbewerb und Bedürfnisbefriedigung werden über Märkte organsiert. Dabei werden ordnungspolitische Rahmenbedingungen gesetzt, die das Marktgeschehen in sozialpolitische Vorstellungen einbetten. Für den Bereich der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung ist der Wettbewerb jedoch durch den Gesetzgeber eingeschränkt.

Im Folgenden soll aus der Sicht eines Krankenhauses und anhand von verschiedenen Wettbewerbsdimensionen untersucht werden, an welchen Stellen der Wettbewerb durch die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen von Bund bzw. den Ländern begrenzt ist. Es wird untersucht, mit welchen ordnungspolitischen Motiven diese Eingriffe vorgenommen werden und in welchen Bereichen Krankenhäuser sich im Wettbewerb befinden. Abschließend wird eine Bewertung vorgenommen. Hierbei geht es ins-

besondere um die Frage, ob die ordnungspolitischen Ziele durch die Eingriffe in den Wettbewerb erreicht werden.

Die Eingriffe in den Wettbewerb im Bereich des Gesundheitswesens geschehen auf der Grundlage eines breiten gesellschaftspolitischen Konsenses. Die Auffassung, dass die stationäre Gesundheitsversorgung vollständig wettbewerblich organisiert und von ausschließlich privaten Marktteilnehmern erbracht werden soll, ist in Deutschland aus Sicht des Autors dauerhaft nicht konsensfähig.

In der Literatur gibt es eine Vielzahl von Definitionen des Wettbewerbs. Gut verständlich ist dabei die Definition von Wikipedia. Sie lautet: „Wettbewerb bezeichnet in der Wirtschaftswissenschaft das Streben von mindestens zwei Akteuren (Wirtschaftssubjekten) nach einem Ziel, wobei der höhere Zielerreichungsgrad eines Akteurs einen niedrigeren Zielerreichungsgrad eines anderen bedingt."

Die Wettbewerbsdimensionen von Krankenhäusern

Folgende Wettbewerbsdimensionen sollen für Krankenhäuser näher betrachtet werden:

- Produktangebot
- Produktpreis
- Produktmengen
- Investitionsfinanzierung/Kapitalbeschaffung
- Qualität der Produkte
- Personalgewinnung
- Mitarbeitervergütung
- Ressourcen/Beschaffung.

Die Übersichtsdarstellung (siehe Abbildung 1) macht deutlich, in welchem Umfang diese Dimensionen des Wettbewerbs eingeschränkt sind:

Das Produktangebot

Die Gesundheitsvorsorge im stationären Bereich ist Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge. Die Gewährleistung einheitlicher Lebensbedingungen dient dabei als Begründung für weitreichende Eingriffe der öffentlichen Hand zur Regelung von Standorten und dem Umfang von medizinischen Leistungsangeboten. Ziel ist es, eine wohnortnahe medizinische Versorgung sicherzustellen. Das Ziel in Paragraf 1 Absatz 1 Krankenhausgesetz (KHG) formuliert: Zweck diese Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine qualitativ hochwertige patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

Diese Zieldefinition steht im Widerspruch zur Definition von Wettbewerb, der ja gerade darauf ausgerichtet ist, dass sich ein Wettbewerber gegenüber und zu Lasten eines anderen Wettbewerbers Vorteile verschafft, den Marktaustritt eines Wettbewerbers inbegriffen.

Seit 1972 wird die stationäre Krankenversorgung in Deutschland durch die Krankenhauspläne der Bundesländer bestimmt. Diese legen in sehr unterschiedlicher Detailtiefe fest, an welchem Standort (bzw. an welchem Krankenhaus) Leistungen erbracht werden. Sie regeln ferner die Fachabteilungsstruktur und die Kapazität (i.d.R. die Anzahl der Betten). Aktuell gibt es Überlegungen, die Planungsinhalte um die Notfallversorgung zu erweitern. Sind Krankenhäuser im Landeskrankenhausplan ausgewiesen, so besteht für die gesetzliche Krankenversicherung ein Kontrahierungszwang, soweit die medizinischen Leis-

Wettbewerbsdimensionen im Krankenhausmarkt

Dimension	Einschränkung des Wettbewerbs	Kommentar
Produktangebot		■ Die Krankenhausplanung reguliert, in welchen medizinischen Feldern ein Krankenhaus tätig sein darf
Kapital		■ Investitionen werden vom Bundesland über Fördermittel finanziert
Preis		■ Staatliches Festpreissystem mit Fallpauschalen (G-DRG)
Produktmengen		■ Mengensteuerung durch Krankenhaus-Budgets
Qualität		■ Keine Transparenz über die Behandlungsqualität der Häuser für Patienten ■ Qualität ist nicht preisbildend
Personal		■ Freie Personalplanung- und auswahl
Mitarbeitervergütung		■ Grundsätzlich freie Gestaltungsspielräume
Ressourcen/ Beschaffung		■ Unregulierte Beschaffung

Uneingeschränkter Wettbewerb Wettbewerb teilweise eingeschränkt Stark eingeschränkter Wettbewerb

Quelle: Karsten Honsel

Abbildung 1: Die Darstellung lässt erkennen, in welchem Umfang die verschiedenen Dimensionen von Wettbewerb eingeschränkt sind.

tungen durch die Landeskrankenhausplanung abgedeckt sind. Diese Leistungen sind dem Krankenhaus grundsätzlich zu vergüten. Über die Gesamtheit der Leistungen und die Gesamtvergütung der Summe aller medizinischen Leistungen verhandelt das Krankenhaus mit allen Krankenkassen „einheitlich und gemeinsam". Die Vergütung ist dabei festgeschrieben.

Das Land stellt damit sicher, dass medizinische Leistungen an dem von ihm durch die Krankenhausplanung formulierten Ort der Bevölkerung zur Verfügung stehen. Auf diesem Wege soll das Ziel der „patienten- und bedarfsgerechten Versorgung" des Paragrafen 1 KHG erreicht werden. Wesentlicher Punkt der Bedarfsgerechtigkeit ist dabei die Möglichkeit, ein Krankenhaus im Notfall in einer angemessenen Zeit zu erreichen. Dies ist beispielsweise bei einem Herzinfarkt oder Schlaganfall von überragender Bedeutung für den Patienten. In der praktischen Umsetzung dieser Krankenhausplanung haben sich zwischen den Bundesländern und einzelnen Regionen sehr unterschiedliche Strukturen ergeben. So ist die durchschnittliche Krankenhausgröße unterschiedlich. In Süddeutschland (insbesondere Bayern, aber auch Baden-Württemberg) ist die durchschnittliche Größe der Häuser gering und die Anzahl der Häuser relativ groß. In den neuen Bundesländern (insbesondere Sachsen) sind die Krankenhäuser im Durchschnitt deutlich größer. Auch die Krankenhausdichte ist höchst unterschiedlich.

Es ist festzuhalten, dass das Leistungsangebot in der stationären medizinischen Versorgung durch die Landeskrankenhausplanung festgeschrieben ist und somit nicht dem Wettbewerb unterliegt. Die sich aus den Landesplanungen ergebenden Strukturen sind andererseits sehr unterschiedlich. Sie prägen die Wettbewerbssituation des einzelnen Krankenhauses maßgeblich.

Ein Sonderfall ist die Psychiatrie. Hier ist die Notfallversorgung über die Zuordnung von Versorgungsregionen, die bis auf die Ebene einzelner Straßen festgeschrieben sind, detailliert geregelt. Psychiatrische Krankenhäuser

sind verpflichtet, Patienten aus dem Versorgungssektor aufzunehmen. Patienten aus anderen Sektoren sind in die zuständige psychiatrische Klinik zu verlegen. Diese Regelung soll 100-prozentige Versorgungssicherheit gewährleisten. Im Gegenzug wird Wettbewerb um Notfallpatienten unterbunden.

Krankenhäuser unterliegen trotz der Landeskrankenhausplanung dem Wettbewerbsrecht. Zusammenschlüsse sind nach den Bedingungen des Kartellrechts genehmigungspflichtig. Diese gesetzliche Regelung ist für den Autor nicht nachvollziehbar.

Der Produktpreis

Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen folgt besonderen Regeln. Eine Erkrankung tritt i.d.R. schicksalhaft auf. Die Nachfrage nach einer medizinischen Leistung ist somit nicht das Ergebnis einer autonomen Konsumentscheidung. Dabei ist gleichzeitig die sogenannte „Kreuzpreiselastizität" extrem gering. Ein steigender Preis hat bei einem ernsthaft erkrankten kaum Auswirkung auf den Umfang der Nachfrage. Es besteht daher die Möglichkeit für Anbieter von Krankenhausleistungen, hohe Preise durchzusetzen. Daher kann eine freie Preisfindung bei stationären Krankenhausleistungen zu Beschränkungen beim Zugang zu diesen Leistungen führen.

Auch hierzu gibt der Paragraf 1 KHG Ziele vor: Es soll die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung zu sozial tragbaren Pflegesätzen sichergestellt werden. Um diese Ziele sicherzustellen, sind die Preise für Krankenhausbehandlungen in Deutschland weitgehend standardisiert und somit keine Dimension des Wettbewerbs.

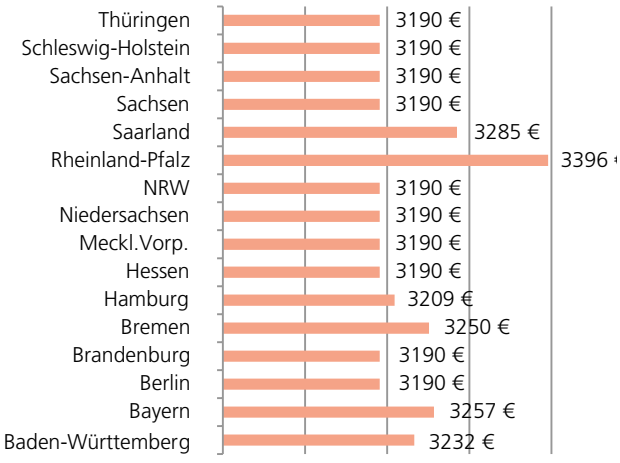
Die Krankenhausplanung beschreibt über die Benennung von Fachabteilungen, welche medizinischen Leistungen ein Krankenhaus erbringen darf. Das InEK (Institut für Entgeltkalkulation) veröffentlicht jährlich einen Leistungskatalog, in dem alle stationären Leistungen der Krankenhäuser in Deutschland erfasst sind.

Diese Leistungen heißen DRG (Diagnosis Related Groups). Jede Behandlung eines Patienten wird nach Abschluss in eine DRG überführt. Dies geschieht, indem die Diagnosen und die einzelnen Behandlungsschritte dokumentiert werden. Die Kombination aus Diagnosen (ICD) und Behandlungen (ICPM) führen zu einer DRG. Im übertragenden Sinne ist die DRG somit das Produkt. Für jede DRG hat das InEK berechnet, wie ökonomisch aufwändig die DRG im Vergleich zum Durchschnitt aller DRG ist. Dieser Faktor wird Casemix-Index genannt. Zur Berechnung des Preises für eine medizinische Leistung wird nun die Grundvergütung, der sogenannte Basisfallwert, mit dem Casemix-Index multipliziert. So wird der Preis für eine medizinische Behandlung für alle Krankenhäuser grundsätzlich auf dem gleichen Weg ermittelt. Preisdifferenzen ergeben sich nur daraus, dass der Basisfallwert durch die Selbstverwaltung in jedem Bundesland jährlich separat festgelegt wird. Er variierte 2015 zwischen 3190 und 3396 Euro, ohne dass es dafür einen ordnungspolitischen Grund gibt. Zudem gibt es Kataloge von zusätzlich vergüteten Leistungen, die bundeseinheitlich sind und i.d.R. Sachkosten betreffen.

Die Produktmengen

Neben Produkt und Preis ist auch die Höhe der Gesamtvergütung eines Krankenhauses in einem Geschäftsjahr geregelt und unterliegt nicht dem Wettbewerb. Das Krankenhaus verhandelt jedes Jahr ein Budget. In diesem Budget sind die einzelnen Leistungen dem Inhalt und der Menge nach, aber auch die Gesamtleistung geregelt und fixiert. Erbringt ein Krankenhaus Leistungen, die in der Summe der Vergütungen (also die Summe der einzelnen DRG) über dem Budget liegt, so sind 65 Prozent an die Krankenkassen zurückzuzahlen. Die Gesamtvergütung ist budgetiert. Diese

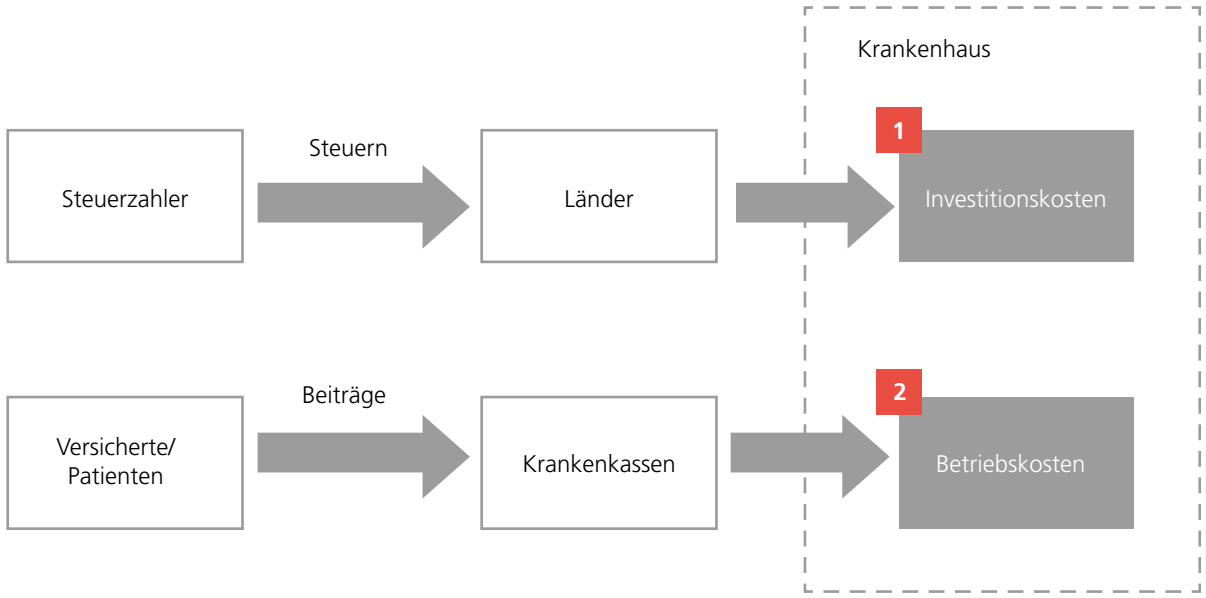
Landesbasisfallwert 2015 (EUR)



Quelle: AOK

Abbildung 2: Der Landesbasisfallwert variierte 2015 regional deutlich – ohne dass es dafür ordnungspolitische Gründe gäbe.

Duale Krankenhausfinanzierung



Quelle: Karsten Honsel

Abbildung 3: In der dualen Finanzierung sollen die Krankenkassen über die DRG und die Krankenhausbudgets die Betriebskosten finanzieren, wohingegen die Investitionskosten von den Ländern bereitgestellt werden sollen.

Regel ist wettbewerbsfeindlich. Im Wettbewerb um Patienten erfolgreiche Krankenhäuser erhalten nur 35 Prozent der Vergütung, wenn das Budget überschritten wird. Mit dieser Regelung soll das Ziel der „tragbaren Pflegesätze" erreicht werden.

Gelingt es einem Krankenhaus dauerhaft Vergütungen zu generieren, die über dem Budget liegen, so kann das Budget erhöht werden. Die gesetzlichen Regelungen sehen hier vor, dass diese Leistungen nur mit deutlichen Abschlägen in das Budget aufgenommen werden. Die Preise orientieren sich ausschließlich an einzelnen Patientenbehandlungen (DRG). Kosten der Sicherstellung der Versorgung z.B. im Bereich der Notfallmedizin wurden bislang nicht gesondert vergütet.

Qualität

Die Qualität eines Produkts oder einer Dienstleistung ist in den meisten Branchen ein wichtiger Wettbewerbsfaktor. Dabei ist es üblich, dass für Produkte mit einer überdurchschnittlichen Qualität besser Preise erzielt werden können. Dies hat für die Unternehmen im Wettbewerb erhebliche Bedeutung. Marktteilnehmer wählen bezüglich Preis, Qualität und Produktmengen individuelle Strategien. Einerseits gibt es Wettbewerber, die Produkte von einer hohen Qualität zu einem hohen Preis anbieten („Feinkost Käfer"). Andererseits gibt es Wettbewerber, die mit einer angemessenen Qualität große Mengen von Produkten zu einem niedrigen Preis absetzen wollen (Discounter im Lebensmittelbereich). Für den Bereich der stationären Krankenversorgung ist die Qualität der medizinischen Leistung derzeit nicht preisrelevant. Eine schlechte Qualität führt bislang nicht zu einem Abschlag. Eine gute Qualität nicht zu einer höheren Vergütung.

Zwar sind seit 2006 Qualitätsberichte für Krankenhäuser vorgeschrieben. Diese sind jedoch nur Fachleuten verständlich. Auch Patientenportale im Internet versuchen, die Qualität von Krankenhäusern zu bewerten.

Dennoch ist die Qualität der Krankenhausbehandlung als Wettbewerbsfaktor nicht ohne Bedeutung. Sowohl Bewertungen von Krankenkassen als auch Patienten-Portale im Internet gewinnen an Bedeutung. Krankenhäuser reagieren auf diese Entwicklung durch Qualitätsmessung

und Veröffentlichung durch eigene Internetportale. Etwa 340 Krankenhäuser aus Deutschland veröffentlichen und vergleichen Qualitätsdaten bei IQM. Der Gesetzgeber hat nun im Krankenhausstrukturgesetz erstmalig Regelungen vorbereitet, die Qualität preisbildend machen. Krankenhäuser mit einer unterdurchschnittlichen Qualität sollen Preisabschläge hinnehmen müssen. Verbessert sich die Qualität nicht, kann dies zum Verlust des Versorgungsauftrags führen. Die Folge wäre ein Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Versorgungsangebot.

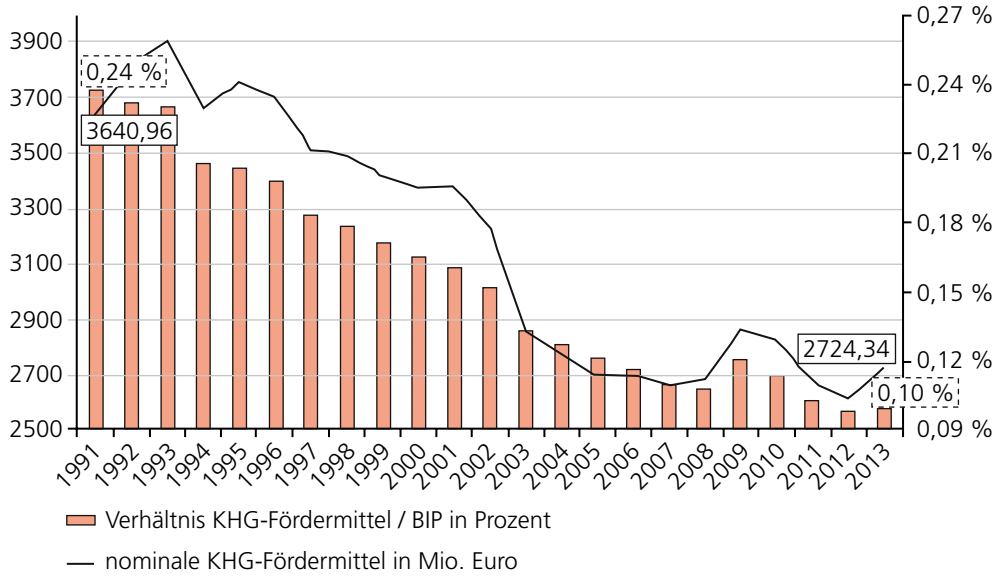
Der Gesetzgeber hat vor diesem Hintergrund das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) gegründet, das bis Ende 2018 ein System zur Qualitätsmessung entwickeln soll. Dieses System muss justiziabel sein, wenn es preisbildend wirken soll. Eine besondere Herausforderung stellt die Risikoadjustierung dieses Systems dar. Das System muss nicht nur das Ergebnis einer Behandlung messen. Es muss auch die Ausgangsbasis bei Beginn der Behandlung eines Patienten abbilden. Wettbewerbsbeschränkend wirkt der Ansatz, dass nur eine Malus-Regelung, nicht aber ein Bonus bei besonders guter Qualität vorgesehen ist.

Kapitalbeschaffung / Investitionsfinanzierung

Das medizinische Leistungsangebot wird über die Landeskrankenhauspläne gesteuert. Hieraus abgeleitet ist das Prinzip der dualen Krankenhausfinanzierung (siehe Abbildung 3). Während die Krankenkassen über die DRG und die Krankenhausbudgets die Betriebskosten finanzieren, sollen die Investitionen von den Ländern bereitgestellt werden. Die Bundesländer bestimmen zunächst das Leistungsangebot und übernehmen dann die Investitionen. Diesem gesetzlichen Anspruch werden die Bundesländer nicht gerecht. Die Fördermittel sinken seit Jahren. Der Investitionsstau beträgt nach Berechnung des RWI 2015 zwölf Milliarden Euro (siehe Abbildung 4).

Die duale Finanzierung funktioniert nicht. Krankenhäuser erhalten zu wenig Investitionsmittel und müssen Investitionen aus den Betriebskosten finanzieren. Die Zuweisung der Mittel erfolgt über die Landesministerien. Indirekt stellt die duale Finanzierung einen Wettbewerbsfaktor dar. Krankenhäuser, die hohe Einzelförderungen z.B. für Neu- oder Teilneubauten erhalten, sind gegenüber anderen im Vorteil. Sie haben nach Abschluss solcher Baumaßnahmen Kostenvorteile bei den Betriebskosten.

Entwicklung der nominalen KHG-Fördermittel (Mio-Euro) und im Verhältnis zum BIP (%) zwischen 1991 und 2013



Quelle: DKG

Abbildung 4: Die Fördermittel der Länder sinken seit Jahren, so dass Krankenhäuser als Folge Investitionen aus den Betriebskosten finanzieren müssen.

Personalgewinnung – Mitarbeitervergütung – Ressourcen / Beschaffung

In allen drei genannten Dimensionen des Wettbewerbs gelten für Krankenhäuser die gleichen Bedingungen wie in anderen Branchen der Volkswirtschaft. Mitarbeiter und Ressourcenbeschaffung sind wettbewerblich organisiert. Hier stehen die Krankenhäuser im Wettbewerb sowohl mit anderen Krankenhäusern, als auch mit anderen Unternehmen z.B. um qualifiziertes Personal.

Da Krankenhäuser Spezialistenorganisationen sind, kommt der Gewinnung von qualifiziertem Personal in der Krankenversorgung große Bedeutung zu. Dies gilt insbesondere im ärztlichen Bereich aber auch in der spezialisierten Pflege sowie Teilen des sogenannten Funktionsdienstes in den diagnostischen Bereichen. Personalengpässe in einzelnen Bereichen, wie beispielsweise der OP-Pflege, können erhebliche ökonomische Auswirkungen haben. Insbesondere im ländlichen Bereich wird es zunehmend schwerer, qualifiziertes Personal in ausreichender Anzahl zu finden. Eine umfassende Mitarbeiterorientierung ist daher im Krankenhaus ein wesentlicher Erfolgsfaktor.

Führen die Eingriffe in den Wettbewerb zu den gewünschten Ergebnissen?

Die im Paragrafen 1 des KHG formulierten Ziele, die die Grundlage für die Einschränkungen des Wettbewerbs im Krankenhauswesen sind, lassen sich unter folgende Überschriften subsummieren:

- Versorgungssicherheit
- Versorgungsqualität
- Kostenkontrolle.

Eine Bewertung der Zielerreichung folgt diesen Überschriften.

Versorgungssicherheit

Die stationäre medizinische Versorgung in Deutschland ist grundsätzlich gut. Krankenhausbetten stehen in ausreichender Form und i.d.R. wohnortnah zur Verfügung. Die Krankenhausplanung und der damit verbundene Eingriff in den Wettbewerb hat im Wesentlichen zur Zielerreichung geführt. Eine Diskussion über unterschiedliche Versorgungsgqualitäten in den einzelnen Bundesländern gibt es nicht, obwohl die Krankenhausplanung zu unterschiedlichen Strukturen in den Bundesländern geführt hat. Somit scheint es keine relevanten Versorgungsunterschiede zwischen den Bundesländern zu geben. Gleichzeitig ist die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuer nicht stabil, aber im Vergleich der Bundesländer unterschiedlich. Die Analyse zeigt, dass Bundesländer, die eine geringere Anzahl von Krankenhäusern mit einer höheren Durchschnittsgröße im Krankenhausplan verankert haben, wirtschaftlich stabilere Krankenhäuser haben.

Versorgungsqualität

In der öffentlichen Wahrnehmung ist die Qualität der Krankenhausbehandlung in Deutschland weit überwiegend gut. Als Indiz mag hier gelten, dass Deutsche, die im Ausland erkranken, sich häufig zur Behandlung ins Heimatland begeben. Dennoch hat die Frage der Qualität in der öffentlichen Diskussion in den letzten zwei Jahren stark an Bedeutung gewonnen. Auslöser für die Diskussion sind nach Auffassung des Autors zwei unterschiedliche Sachverhalte.

Zum einen hat das im Jahr 2004 in Deutschland eingeführte Vergütungssystem mit den DRG (Fallpauschalen) zu verkürzten Verweildauern in Krankenhäusern geführt. Gleichzeitig wurden Kostensteigerungen nicht ausfinanziert. Es sind somit aus wirtschaftlichen Gründen fortlaufende Produktivitätssteigerungen bei der stationären Behandlung von Patienten notwendig. Dies führt zu einer erheblichen Arbeitsverdichtung. Es bleibt weniger Zeit für die Behandlung, insbesondere die Pflege des einzelnen Patienten, der dies als Qualitätsverschlechterung wahrnimmt.

Die Krankenkassen instrumentalisieren die Qualitätsdiskussion mit dem Ziel der Veränderung der Krankenhausstruktur. Ziel ist dabei der Abbau von Krankenhausbetten und die Schließung kleiner Krankenhäuser. Dies soll nach Meinung der Krankenkassen zu Kosteneinsparungen führen.

Qualität wird unabhängig davon als Dimension des Wettbewerbs für Krankenhäuser an Bedeutung gewinnen. Sollte es dem IQTiG gelingen, ein justiziables System der Qualitätsmessung von Krankenhausbehandlungen zu erarbeiten, wird Qualität auch preisbildend werden und damit in den Fokus des Wettbewerbs rücken.

Kostenkontrolle

Die Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen in Deutschland weisen seit vielen Jahren mit ca. elf Prozent einen relativ konstanten Anteil am Bruttoinlandsprodukt aus. Insofern entfalten Eingriffe des Staates in das Gesundheitswesen Wirkung. Dies ist bemerkenswert, da das Gesundheitswesen und insbesondere die Krankenhäuser

den auch für andere Branchen üblichen Kostensteigerungen bei Personal- und Sachkosten unterliegen. Darüber hinaus entstehen Kostensteigerungen aus der demografischen Entwicklung sowie dem medizinischen Fortschritt.

Betrachtet man die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser, wird deutlich, dass im Jahr 2014 ca. 31 Prozent von ihnen einen Verlust ausgewiesen haben. Besonders kritisch ist die Situation dabei bei kleinen und medizinisch undifferenzierten Krankenhäusern, wie sie im ländlichen Raum anzutreffen sind. Insofern wird ein Teil der Kosten der stationären Krankenversorgung faktisch den Trägern bzw. Gesellschaftern der Krankenhäuser auferlegt.

Eine wesentliche Ursache für die wirtschaftlichen Probleme dieser Häuser ist die Sicherstellung der Notfallversorgung in der Fläche (Versorgungssicherheit). Diese Vorhaltung wird bislang nicht getrennt finanziert. Sie muss aus den Fallvergütungen quersubventioniert werden, was für kleine Krankenhäuser oft nicht vollständig möglich ist. Der Gesetzgeber hat nun zur Sicherstellung der Versorgung mit der Einführung eines „Sicherstellungszuschlags“ reagiert. Die konkrete Umsetzung dieser neuen gesetzlichen Regelung in der Praxis steht aus.

Fazit und Ausblick

Im Krankenhausgesetz sind Ziele für die stationäre Krankenversorgung formuliert. Sie lassen sich unter den Schlagworten Versorgungssicherheit, gute Versorgungsqualität und Kostenkontrolle subsummieren. Um diese Ziele zu erreichen, kommt es zu staatlichen Eingriffen, die wettbewerbsbeschränkend wirken. Im Wesentlichen werden dadurch die gesetzten Ziele erreicht. Dies rechtfertigt die Eingriffe in den Wettbewerb für die Vergangenheit grundsätzlich. Jedoch sind die deutschen Krankenhäuser wirtschaftlich nicht stabil.

Vergleicht man die Ergebnisse auf Ebene der einzelnen Bundesländer, so wird deutlich, dass Länder, die auf eine geringere Zahl und höhere Durchschnittsgröße gesetzt haben, gleichfalls zu guten Ergebnissen bei der Versorgungssicherheit und -qualität kommen, jedoch wirtschaftlich stabilere Krankenhäuser haben.

Dies kann einen Weg aufzeigen, wie Versorgungssicherheit, -qualität und Kostenkontrolle auch künftig gewährleistet werden können. Denkbar ist auch eine Stärkung von Krankenhausverbünden. Versorgungssicherheit in der Fläche muss bezahlt werden. Ein Sicherstellungszuschlag weist hier in die richtige Richtung. Es bedarf einer gesellschaftspolitischen Diskussion zur künftigen Struktur der Krankenversorgung.

E-Mail-Kontakt: Karsten.Honsel@gnh.net

KARSTEN HONSEL

Diplom-Kaufmann Karsten Honsel ist seit 2015 Vorstandsvorsitzender der Gesundheit Nordhessen Holding AG, Kassel; zuvor war er Kaufmännischer Direktor des Universitätsklinikums Bonn sowie langjähriger Geschäftsführer der Klinikum Region Hannover GmbH mit den Geschäftsbereichen Finanzen und Infrastruktur.

Preis- und Qualitätsorientierung im Gesundheitssystem

Sozialstaatsgebot und Wettbewerbsordnung: Wo bleiben Beitragszahler und Patienten?

DR. ILONA KÖSTER-STEINEBACH, REFERENTIN QUALITÄT UND TRANSPARENZ IM GESUNDHEITSWESEN, VERBRAUCHERZENRTALE BUNDESVERBAND

Beim Wettbewerb im deutschen Gesundheitswesen handelt es sich nicht um einen bilateralen, sondern um einen „triangulierten Markt". Dort haben Patienten mittelbar, nämlich über die kollektive Vertretung von Patienteninteressen, begrenzten Einfluss auf die Verhandlungen von Krankenkassen und Leistungserbringern. Der Wettbewerb zwischen Leistungserbringern und der Kostendruck für die Krankenkassen haben massive Auswirkungen auf die Patienten. Dies zeigt sich einerseits in einem wachsenden Druck auf Patienten zur Inanspruchnahme von Selbstzahlerleistungen, andererseits in einem Innovationsstau im Leistungskatalog der GKV, da die Akteure kein Interesse an seiner Ausweitung haben. Die strukturellen Rahmenbedingungen im Gemeinsamen Bundesausschuss verhindern indes, dass Patientenbeteiligung als ein effektiver Korrekturmechanismus wirken kann. Verstärkt wird dieser Umstand durch die fehlende Transparenz über Leistungs- und Servicequalität bei Ärzten und Krankenkassen. Vor diesem Hintergrund muss auch die Vergabe der Patienten- und Verbraucherberatung an einen neuen Anbieter besonders kritisch gesehen werden.

1. Einleitung

In der neoklassischen Wirtschaftstheorie sind freier Markt und Wettbewerb quasi Garanten für optimale Ergebnisse und maximale Leistungsanreize. In dieser Tradition stehen auch verschiedene Rufe nach mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen sowie diverse Gesundheitsreformen, insbesondere die Gesundheitsreform aus dem Jahr 2007 (Inkrafttreten) mit der Einführung/Ausweitung der sogenannten Selektivverträge. Nunmehr ist es an der Zeit, einen Blick darauf zu werfen, was der Wettbewerb bisher für die Patienten bzw. die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung gebracht hat. Schließlich stehen sie erklärtermaßen im Mittelpunkt des Gesundheitswesens – ihre Versorgung ist einzige Daseinsberechtigung des gesamten Systems.

2. Themenkonkretisierung und Begriffsdefinitionen

2.1 Wettbewerb

Im neoliberalen Glaubensgebäude, in dem der vollkommene Markt an die Stelle der Realität tritt oder treten soll, werden dem Wettbewerb verschiedene Wirkungen zugeschrieben, darunter:

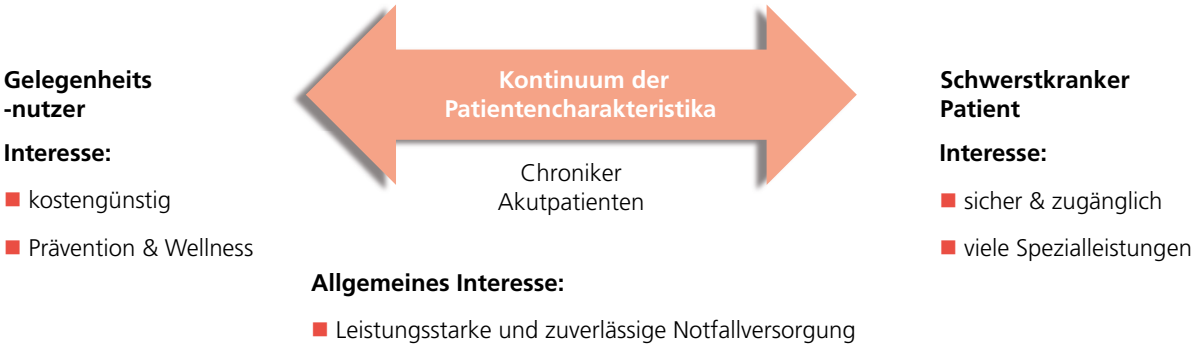
- **Allokationseffizienz** mit entsprechenden Leistungsanreizen und eine primäre Einkommensverteilung nach dem Prinzip der Leistungsgerechtigkeit.
- **Distributionseffizienz:** Es kommen diejenigen Nachfrager zum Zuge, die entsprechend ihrer Präferenzen bereit und in der Lage sind, den Marktpreis für das Gut zu zahlen.

- **Innovationsanreize**

Was gerne aus dem Blick gerät sind die Voraussetzungen, damit der Wettbewerb diese segensreichen Funktionen entfalten kann. Dazu zählt insbesondere, dass es keine Markteintritts- und -austrittsschranken gibt. Eine weitere Voraussetzung ist die vollständige Markttransparenz, in der Produzenten wie Konsumenten vollständig u.a. über die Qualität der Güter, die Kosten ihrer Herstellung, ihre eigenen Präferenzen und die Zahl und Verteilung der Marktteilnehmer informiert sind.

Überhaupt ist das der einzige Zusammenhang, in dem Qualität im Modell der vollständigen Konkurrenz überhaupt auftritt, denn die einzige steuernde Information auf dem Markt ist der Preis. Die Wirtschaftstheorie selbst hat sich in der Vergangenheit mit Situationen beschäftigt, in denen Wettbewerb in der beschriebenen Konstellation nicht funktioniert bzw. funktionieren kann (z.B. natürliche Monopole, beim Vorliegen von Transaktionskosten, bei asymmetrischer Wissensverteilung), aber diese Ansätze stellen im neoliberalen Mainstream eher Randerscheinungen dar. Ihnen ist aber zu verdanken, dass es sinnvoll und legitim ist, die Frage zu stellen, wie genau denn der Wettbewerb auf einem Markt stattfindet und wo seine Einschränkungen und möglicherweise dysfunktionalen Wirkungen sind. Zunächst einmal ist für diesen Artikel eine eigene Definition des Wettbewerbs festzuhalten:

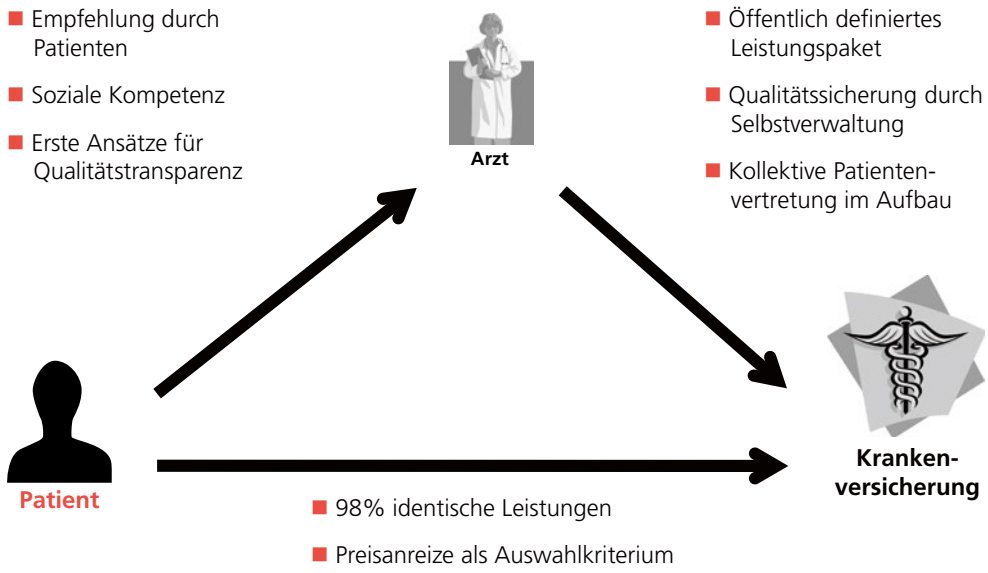
Definition des Begriffs Patienten



Quelle: Dr. Köster-Steinebach

Abbildung 1: Anstatt von einem statischen Begriff von Patienten ist es sinnvoll, von einem Kontinuum von Patientencharakteristika auszugehen. Diese reichen vom Akutpatienten bis hin zum Schwerstkranken.

Das Versorgungsprinzip in der alten GKV



Quelle: Dr. Köster-Steinebach

Abbildung 2: Das System der GKV unterscheidet sich von herkömmlichen bilateralen Märkten. Bei diesem durch staatliche Normsetzung geschaffenen korporatistischen System handelt es sich um einen „triangulierten Markt" mit drei statt zwei Akteuren.

„Wettbewerb wird hier verstanden als das Streben des Einzelnen nach Maximierung des individuellen Nutzens angesichts alternativer Handlungsmöglichkeiten unter Konkurrenzbedingungen."

2.2 Sozialstaatsgebot

Auch der Begriff „Sozialstaatsgebot" ist keineswegs selbsterklärend. Tatsächlich findet sich dieser Begriff gar nicht im Grundgesetz. Dort wird nur ausgeführt:

- „Die Bundesrepublik ist ein demokratischer und **sozialer** Bundesstaat." (Art. 20)
- „Die verfassungsmäßige Ordnung in den Ländern muss den Grundsätzen des republikanischen, demokratischen und **sozialen** Rechtsstaates im Sinne dieses Grundgesetzes entsprechen." (Art. 28)

Da weitere Festlegungen fehlen, bleibt nur, den materiellen Gehalt des Begriffes indirekt abzuleiten. Vor dem Hintergrund der Artikel 1-3 Grundgesetz soll der Begriff Sozialstaatsgebot wie folgt ausgelegt werden: „Alle Menschen in Deutschland haben unabhängig von Einkommen oder anderen Umständen das Recht auf eine Gesundheitsversorgung, die die individuelle Würde und das Recht auf körperliche Unversehrtheit schützt."

2.3 Beitragszahler und Patienten

Beitragszahler sind dadurch definiert, dass ein Teil ihres Haushaltseinkommens als Zahlungsstrom an eine Krankenversicherung fließt. Im Sinne der oben getroffenen Definition von Wettbewerb ist ihr wesentliches Interesse damit, dass dieser Zahlungsstrom so gering wie möglich ist, um einen möglichst großen Anteil ihres Einkommens in anderweitigen Konsum investieren zu können (Nutzenmaximierung).

Abschließend ist noch der Blick auf den „Patienten" zu richten. Dabei fällt schnell auf, dass es „den" Patienten nicht gibt. Stattdessen muss man wohl realistisch von einem Kontinuum der Patientencharakteristika ausgehen, das von den überwiegend gesunden Gelegenheitsnutzern über Akutpatienten und Chroniker bis hin zu Schwerstkranken reicht, jeweils mit eigenen Interessenlagen (siehe Abbildung 1). Unabhängig von der jeweiligen Position auf dem Kontinuum darf davon ausgegangen werden, dass alle Patienten nur über ein sehr begrenztes Wissen verfügen. Da sie selbst keine medizinischen Experten sind, können sie sich nicht einmal im Sinne der Wirtschaftstheorie über ihre eigenen Präferenzen wirklich klar sein, noch können sie ex ante (und zum Teil auch ex post nur eingeschränkt) die ihnen angebotenen Leistungen hinsichtlich Inhalt, Preis

und Qualität beurteilen. Auch einen Marktüberblick haben sie im Regelfall nicht. Hinzu kommt, dass sie bereits aufgrund ihrer Gesundheitslage häufig nicht in der Position sind, als „mündige" Verbraucher zu agieren: Wer akut erkrankt ist und medizinische Hilfe benötigt, hat kaum die Zeit und Muße, Anbieterrecherche zu betreiben etc.

Schon damit wird klar, dass ein „Gesundheitsmarkt" im echten Sinne des Wortes Markt nur dort existiert, wo prinzipiell verzichtbare Leistungen angeboten werden (insbesondere IGeL, Wellness), der Wesenskern des Gesundheitswesens, also die Umsetzung des Rechts auf Würde und körperliche Unversehrtheit, sich aber prinzipiell vom Markt unterscheidet.

2.4. Wettbewerb im deutschen Gesundheitswesen

Der Grundgedanke eines Marktes ist der, dass autonom agierende Anbieter auf ebensolche Nachfrager treffen und sich in ihrem Zusammenspiel Preise bilden. Die Anbieter entscheiden darüber, welche Produkte sie zu welchem Preis anbieten und die Nachfrager darüber, welche sie zu welchem Preis konsumieren. Märkte sind also bilateral. Das System der GKV ist hiervon grundlegend verschieden (siehe Abbildung 2) und besteht aus einem sogenannten „triangulierten Markt": Es gibt also drei statt zwei Akteure. In diesem durch staatliche Normsetzung geschaffenen korporatistischen System haben die Patienten nur (oder immerhin) mittelbar, durch die kollektive Vertretung von Patienteninteressen, begrenzten Einfluss auf die Verhandlungen von Krankenkassen und Leistungserbringern.

In das eher geruhsame korporatistische System der GKV wurden über verschiedene Reformen Elemente des Wettbewerbs eingeführt, die im Folgenden exemplarisch näher untersucht werden sollen:

- Wettbewerb der Leistungserbringer untereinander um Patienten
- Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte
- Selektives Kontrahieren zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern.

3. Wettbewerb der Leistungserbringer und seine Auswirkungen auf die Patienten

3.1 Elemente des Wettbewerbs der Leistungserbringer

Im Grunde befinden sich Ärzte in Deutschland in einer im Vergleich zu Unternehmern und vielen Freiberuflern hoch privilegierten Situation. Die ärztliche Bedarfsplanung garantiert den niedergelassenen Ärzten nahezu Gebietsmonopole oder zumindest -oligopole, insbesondere dort, wo sie in ihrer Logik weit vom tatsächlichen Bedarf abweicht und Knappheit generiert. In Fachgebieten, wo der Bedarf erheblich untergedeckt ist, können sich Ärzte ihre Patienten regelrecht aussuchen, etwa indem sie die Zustimmung zu einer IGeL-Leistung im Zusammenhang mit normalen Untersuchungsterminen einfordern. Wenn hier Wettbewerb zwischen den Ärzten herrscht, dann eher um die Bindung attraktiver Patienten als um den Verbleib auf dem Markt: Insolvenzen von niedergelassenen Ärzten sind äußerst selten.

Anders ist die Konstellation im Krankenhaussektor. Die Gesundheitsgesetzgebung der letzten Jahre hat immer wieder auch Kostendämpfung im stationären Bereich umfasst. Aus Patientensicht sind verschiedene Probleme rund um die „Wettbewerbsbedingungen" der Krankenhäuser evident. Eines davon ist die unzureichende Investitionskostenfinanzierung, die Häuser dazu zwingt, notwendige Investitionen aus den für die Krankenversorgung bestimmten Vergütungen abzuzweigen oder eben darauf zu verzichten.

Die Gegenfinanzierung kann durch Personaleinsparungen geschehen, aber auch durch verdeckte Rationierung, wenn eigentlich nötige, aber nicht kostendeckende oder gar lukrative Leistungen nicht erbracht werden. Auch weist das DRG-System in seiner jetzigen Ausgestaltung tiefschürfende ungelöste Probleme auf. Aus Patientensicht besonders bedeutsam erscheinen folgende:

- Aufgrund ihrer Charakteristika besonders aufwendig zu versorgende Patienten (z.B. Demenzpatienten, Menschen mit Behinderungen) sind in ihren besonderen Bedürfnissen im Vergütungssystem nicht erfasst. Gleiches gilt für Hochkostenpatienten aufgrund spezieller Erkrankungen und besonders anspruchsvolle Strukturen wie z.B. in Universitätskliniken.
- Die Kostenrelationen von Behandlungskategorien sind nicht realitätsgerecht. So scheinen insbesondere Notfallversorgung und pädiatrische Abteilungen Zuschussgeschäfte zu sein, während planbare Leistungen offensichtlich finanziell attraktiv sind.
- Die Logik, dass Einsparungen zu einer Reduktion der Basisfallwerte führen, bedingt einen Kellertreppeneffekt: Um schwarze Zahlen oder gar Gewinne ausweisen zu können, muss immer weiter rationalisiert werden, was insbesondere durch Personaleinsparungen (Pflege, the-

rapeutisches Personal, Outsourcing von Dienstleistungen) geschieht. Das wiederum reduziert die Fallwerte.

- Die Gestaltung und Aufrechterhaltung der ambulanten Versorgung erfordert die gezielte Ausbildung von Nachwuchsmedizinern in den Fachgebieten, in denen Mangel herrscht oder herrschen wird. Die Krankenhäuser decken diese Versorgungsgebiete unter der DRG-Logik kaum ab und bilden hier folglich auch nicht aus.

Mit Blick auf die Politik fällt in der Krankenhauspolitik eine gewisse Paradoxie auf: Während durch Kostendruck auf Bundesebene angestrebt wird, den vorhandenen Angebotsüberschuss im Krankenhaussektor zu reduzieren, ergibt sich auf lokaler Ebene eine gänzlich andere Situation. In der Krankenhausplanung gibt es jedoch bisher (noch) keine Konzepte, um echte Bedarfsdefinition und -messung zur Grundlage wirksamer Steuerung zu machen.

3.2 Leistungserbringerwettbewerb und seine Konsequenzen für Patienten

Angesichts des Nebeneinanders von Unzulänglichkeiten der Krankenhausfinanzierung, Kostendruck und Abwesenheit adäquater planerischer Instrumente scheint die Konsequenz für den stationären Sektor unausweichlich: Es werden Versorgungsangebote (Krankenhäuser, Fachabteilungen) vom Markt gedrängt, die im Sinne des Sozialstaatsgebots bedeutsam sind, während diejenigen Leistungsanbieter, die sich im System unter finanziellen Aspekten optimal verhalten, prosperieren, auch wenn sie wenig zur echten Bedarfsdeckung beitragen. Die Patienten sind von fehlenden Angeboten, Patientenselektion, insbesondere Unterversorgung von vulnerablen Patientengruppen, und massiven Qualitätsdefiziten insbesondere aufgrund von Personaleinsparungen betroffen.

Beide Konstellationen, der Finanzdruck auf den Krankenhäusern mit der nachfolgenden Kommerzialisierung der Entscheidungen ebenso wie die komfortable Anbietersituation vieler niedergelassener Ärzte, sind ein hervorragender Nährboden für die Ausbreitung von Selbstzahlerleistungen. Patienten sehen sich einem wachsenden Druck zur Inanspruchnahme ausgesetzt, der wegen der Informationsasymmetrie, ungleicher (Markt-)Machtverhältnisse und unzureichender Ausgestaltung und Umsetzung von Patientenrechten oft nur äußerst schwer abzuwehren ist. Selbstzahlerleistungen haben auch weitreichende Konsequenzen für das System der gesetzlichen Krankenversicherung als solches: Die Ausgestaltung des Leistungskatalogs obliegt den Verhandlungen von Krankenkassen und Leistungserbringern im G-BA.

Dass die Krankenkassen unter Kostenaspekten kein Interesse an einer Ausweitung haben, überrascht wenig. Diese Haltung wurde vor der Einführung des „Wettbewerbselementes" Selbstzahlerleistung vom Einnahmeninteresse der Leistungserbringer aufgewogen. Da es aber für die Leistungserbringer deutlich attraktiver ist, die Leistung weiter privat abzurechnen, fehlt eine treibende (stimmberechtigte) Kraft, die die Weiterentwicklung des Leistungskatalogs vorantreibt. Es kommt zu einem Innovationsstau, und auch medizinisch sinnvolle und nutzenstiftende Methoden finden keinen Weg mehr in das Leistungspaket der GKV. Zugang haben dann nur noch Patienten, die über die entsprechende Zahlungsbereitschaft und -fähigkeit verfügen, was dem o.g. Sozialstaatsgebot zuwiderläuft.

Steuerungsdefizite ergeben sich auch bei der Versorgungsqualität. Für die Krankenhäuser bestehen (zumindest kurzfristig) massive Anreize zur angebotsinduzierten Leistungsausweitung und insbesondere zur Personalreduktion. Dass darunter Indikations-, Pflege- und letztlich Ergebnisqualität der Behandlungen deutlich leiden, ist unmittelbar einsichtig. Allerdings bildet die gesetzliche Qualitätssicherung, die überwiegend im G-BA festgelegt wird, die bestehenden Qualitätsvarianzen und -probleme nicht adäquat ab.

Im Bereich der Krankenhäuser werden zwar in etwa 30 Verfahren sogenannte „Qualitätsdaten" je Krankenhaus erhoben und teilweise auch veröffentlicht, aber patientenrelevante oder gar -verständliche Ergebnisse werden kaum produziert. Beispielsweise gibt kein Verfahren Auskunft über die Güte der Personalausstattung in einem Krankenhaus. Noch schlechter ist die Transparenz im ambulanten Sektor: Die gesetzliche Qualitätssicherung produziert für den ambulanten Sektor erst gar keine öffentlich zugänglichen und einzelnen Ärzten zugeordnete Daten über die Versorgungsqualität. In der Konsequenz bedeutet die Sachlage, ambulant wie stationär, dass Patienten nicht nur aufgrund ihrer inhärenten Charakteristika (vgl. 2.3), sondern auch aufgrund des Mangels an tragfähigen Qualitätsinformationen kaum zu qualitätsorientierten Wahlentscheidungen befähigt sind.

3.3 Patientenbeteiligung als Korrekturmechanismus?

Seit 2004 ist die Vertretung „der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen" (Paragraf 140f SGB V) im G-BA gesetzlich etabliert.

Patientenbeteiligung und Leistungskatalog

- Grundlegender Zielkonflikt zwischen Interesse
  - an Leistungsgewährung und knappen Ressourcen im Gesundheitswesen ist präsent.
- Hürde 1: interne Ressourcenknappheit
  - Suche nach und Priorisierung von Themen erforderlich!
- Hürde 2: Vorhandensein von Studien
  - Studien konzentrieren sich auf ökonomisch Interessantes!
- Hürde 3: Rechtliche Rahmenbedingungen
  - Erfolglose oder von Industrie nicht aufgegriffene Anträge (§ 137e SGB V!) können Angebot verschlechtern!
- Hürde 4: Ökonomische Rahmenbedingungen
  - Beispiel Knochendichtemessung: Aufnahme in den Leistungskatalog bewirkt letztlich Verschlechterung vieler Patienten (vorher selektiv).

Unter den aktuellen Rahmenbedingungen kann Patientenbeteiligung nicht hinreichend für Aktualität des Leistungskatalogs sorgen.

Quelle: Dr. Köster-Steinebach

Abbildung 3: Die Patientenbeteiligung ist bei der Durchsetzung ihrer Anliegen auf Unterstützung von Dritter Seite angewiesen.

Nun könnte man hoffen, dass durch diese Patientenbeteiligung ein hinreichender Einfluss auf die Entscheidungen der Selbstverwaltung ausgeübt wird, um perspektivisch gegen die Dysfunktionalitäten des Wettbewerbs vorzugehen.

Schon der Blick auf die strukturellen Rahmenbedingungen ist wenig ermutigend. So hat die Patientenvertretung zwar ein Antrags- und Mitberatungsrecht, aber kein eigenes Stimmrecht. Bei der Durchsetzung von Anliegen ist sie also auf die Unterstützung entweder der Leistungserbringer oder der Krankenkassen angewiesen. Wenn deren Interessen beide nicht mit dem der Patienten konform gehen, besteht keine Aussicht auf Durchsetzungserfolg. Wirksam wird die Patientenvertretung im Wesentlichen durch moralische Legitimation und gute Argumente. Im Konfliktfall wirken diese Faktoren aber nur in der öffentlichen Debatte. Mindestens 98 Prozent der Beratungen im G-BA sind aber nichtöffentlich und die Patientenvertreter zur Verschwiegenheit verpflichtet. Einschränkend wirkt auch die Beschränkung der Beteiligung: An der Festlegung ambulanter oder stationärer Vergütungssysteme ist die Patientenvertretung nicht beteiligt; auch wichtige Vertragsverhandlungen (Bundesmantelvertrag, Selektivverträge, uvm.) finden ohne Beteiligung, nicht selten sogar ohne spätere Kenntnis der Inhalte statt. Damit fehlen wichtige Informations- und Handlungsmöglichkeiten, um Einfluss auf den Wettbewerb zu nehmen (siehe Abbildung 3).

Träger der Patientenvertretung sind nach der Patientenbeteiligungsverordnung vier sogenannte maßgebliche Organisationen mit vollständig unterschiedlicher Binnenstruktur und Anliegen, so dass die interne Einigung auf Positionen nicht immer konfliktfrei verlaufen kann. Wesentlich hinderlicher bezüglich einer effektiven Interessenvertretung ist aber die im Wesentlichen auf ehrenamtliches Engagement angewiesene Personalsituation. Die Verbände können auf dramatisch wachsende inhaltliche Anforderungen an den G-BA nicht mit klassischer Personaleinstellung reagieren.

Zwar gibt es eine (personell kleine) Stabsstelle unter Finanzkontrolle der Träger des G-BA (!) sowie Kostenübernahme für Sitzungsteilnahmen in Gremien des G-BA, aber die Arbeit der maßgeblichen Organisationen bei der Suche nach Patientenvertretern und bei der Positionsfindung ist komplett aus Eigenmitteln zu tragen. Damit ist es für die Verbände ökonomisch rational, sich möglichst wenig in der Patientenvertretung zu engagieren und ihr knappes hauptamtliches Personal lieber in andere Verwendungszwecke zu investieren. Insgesamt sind alle diese Rahmenbedingungen alles andere als hinreichend, um den im Interesse der Patienten erforderlichen Einfluss auf den G-BA sowie darüber hinaus und letztlich auf den „Wettbewerb" der Leistungserbringer auszuüben.

4. Wettbewerb der Krankenkassen und seine Auswirkungen auf die Patienten

Unternehmen unterstellt man im Wettbewerb ein Gewinnerzielungsinteresse. Die gleiche Annahme kann man für Krankenkassen nicht treffen. Statt des Gewinnmotivs erscheint es plausibel, den handelnden Personen vor allem ein Interesse am Erhalt ihrer Positionen und Arbeitsplätze und mithin am Fortbestand ihrer Organisation zu unterstellen. Der Fortbestand einer Kasse wiederum hat durchaus eine ökonomische Komponente: Diese darf nicht (so weit) in die roten Zahlen geraten, dass sie in die Insolvenz gerät. Für einen ausgeglichenen Haushalt wiederum ist in erster Linie entscheidend, dass die Leistungsausgaben für die Ver-

sicherten plus die Verwaltungskosten die Einnahmen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich nicht übersteigen. Positiver Gestaltungsspielraum lässt sich überdies für eine Kasse nur gewinnen, wenn sie die Ausgaben im Standardgeschäft spürbar unter die Erlöse senken kann.

4.1 Instrumente des Kassenwettbewerbs

Als Träger der mittelbaren Staatsgewalt unterliegen die Krankenkassen einer umfangreichen Regulierung und Einschränkung ihrer Handlungsmöglichkeiten. Als potenzielle Instrumente eines Wettbewerbs untereinander stehen ihnen im Wesentlichen drei Handlungsmöglichkeiten offen:

- **Zusatzbeitrag/Preis**
- **Selektivverträge**, die hier aus Gründen der logischen Systematik einengend verstanden werden als Ausgestaltung des bestehenden Leistungskatalogs durch organisatorische Innovationen und Auswahl von Leistungserbringern
- **Satzungsleistungen**, also die einseitige Ausweitung des Leistungskatalogs.

Mit allen drei Elementen lassen sich zunächst positive Erwartungen an den Wettbewerb verknüpfen: Preissignale sollen für eine effiziente Allokation auf dem Krankenversicherungsmarkt und damit eine Kostensenkung im Gesundheitswesen sorgen. Indem mittels Selektivverträgen nach neuen und besseren organisatorischen Lösungen gesucht wird, werden ein entsprechendes Entdeckungsverfahren erstmalig systematisch etabliert und langfristig organisatorische Innovationen in der GKV gefördert. Und die Satzungsleistungen ermöglichen Verbrauchern auch ein inhaltliches Wahlrecht bei zusätzlichen Leistungen.

So positiv diese Punkte auf den ersten Blick klingen, so ausgeprägt sind auch die Nachteile des derzeitigen Wettbewerbs in den genannten Feldern. Besonders ausgeprägt sind diese Nachteile beim Wettbewerb über den Preis. Es ist immer noch hochattraktiv, möglichst gesunde Versicherte (bzw. möglichst gesunde Kranke) zu versichern, so dass sich die Kassen in ihren Maßnahmen darauf konzentrieren, diese zu attrahieren (siehe Abbildung 4).

In der Regel sind gerade die jungen, gesunden Versicherten auch am ehesten wechselwillig. Kranke Menschen sind stattdessen so mit der Bewältigung ihrer Situation beschäftigt, dass sie keinen Krankenkassenwechsel wagen. Genau diese Versicherten sind aber eine finanzielle Last für ihre Krankenkasse, so dass immer wieder glaubhafte Berichte auftauchen, in denen Betroffene den Druck schildern, ihre Krankenkasse zu verlassen. Keinesfalls bestehen Anreize, in eine für den teuren Patienten angemessene Versorgung zu investieren.

Der Preisdruck bei den Krankenkassen bewirkt auch, dass sie Innovationen im Leistungskatalog ausgesprochen kritisch gegenüberstehen. Damit sind wir mitten im Bereich der Satzungsleistungen. Insgesamt stellt sich die Frage, ob ein Wettbewerb mittels Satzungsleistungen überhaupt systemkonform sein kann: Soweit Leistungen nicht in den Bereich der medizinischen Notwendigkeit fallen, sollten sie im Interesse der Beitragszahler nicht aus den Zwangsbeiträgen der Sozialversicherung finanziert werden. Effektive und effiziente Leistungen wiederum sollten im Interesse des Sozialstaatsgebots baldmöglichst allen Bedürftigen zur Verfügung stehen.

Unter der gegebenen Anreizstruktur wäre es für eine Kasse in jedem Fall fatal, in Satzungsleistungen zu investieren, von denen teure kranke Patienten profitieren. Stattdessen werden freie Mittel in Leistungen gelenkt, die gut im Rahmen des Marketings der Kasse aufgegriffen werden können. Im Ergebnis bedeuten die beiden bisher behandelten Wettbewerbsinstrumente, dass ausschließlich Anreize geschaffen werden, die einer bedarfsgerechten Versorgung im Krankheitsfall entgegenstehen.

Wer sich einmal mit den komplexen und umfangreichen Tabellen des Produktfinders Krankenkassen bei der Stiftung Warentest auseinander gesetzt hat, dem ist auch der nächste Nachteil bewusst: der hohe Informationsaufwand, den Versicherte bei der Suche nach der „richtigen" Krankenkasse betreiben müssen. Immerhin sind die Informationen zu den Satzungsleistungen noch vergleichsweise zugänglich. Komplett anders ist die Lage bei den Selektivverträgen. Diese werden als Geschäftsgeheimnis der Beteiligten behandelt. Damit Bürger eine qualitätsorientierte Wahlentscheidung unter Berücksichtigung der Selektivverträge treffen könnten, müsste über diese bekannt (und in vergleichender Form aufbereitet) sein,

- bei welchen Krankenkassen
- in welchen Regionen
- für welche Indikationen/Leistungen
- bei welchen teilnehmenden Ärzten und
- über welche Qualität

Verträge abgeschlossen wurden. Das ist nicht der Fall. Unter der jetzigen Rechtslage sind auch Verträge, die eine schlechtere Leistung als die im Kollektivvertrag (aber eben zu geringeren Kosten für die Krankenkasse) bieten, keineswegs ausgeschlossen. Einblick für die Öffentlichkeit

Wettbewerb der Krankenkassen

Instrument	Ziel/Vorteile	Nachteile für Patienten
Zusatzbeitrag/Preis	■ Effiziente Allokation ■ Einsparungen	■ Konzentration auf Versicherte mit positivem Deckungsbeitrag ■ Druck auf teure Versicherte ■ Preisdruck bei Leistungen und damitQualitäts-verfall ■ Innovationsstau bei Versorgung
Selektivverträge	■ Suche nach besten Lösungen	■ Intransparenz ■ Verträge zu Lasten der Patienten? ■ Keine Beteiligung/Korrektur ■ Zersplittertes Angebot ■ Informations-kosten
Satzungsleistungen	■ Wahlmöglichkeit für Verbraucher	■ Lenkung der Mittel in Marketing ■ Zersplitterung/ Informations-kosten

Quelle: Dr. Köster-Steinebach

Abbildung 4: Instrumente im derzeitigen Wettbewerbskonzept in der GKV und ihre Auswirkungen auf Patienten.

oder gar Einwirkungsmöglichkeiten für eine kollektive Patientenvertretung gibt es bei diesen „Wettbewerbsinstrumenten" nicht.

Ohne Transparenz ist auch systematisch ausgeschlossen, dass der Kollektivvertrag von den in Selektivverträgen gefundenen Organisationsinnovationen profitiert. Darüber hinaus bedeuten Selektivverträge auch, dass sich nur solche Krankenkassen gestalterisch betätigen können, die über einen hohen Marktanteil verfügen. Nur bei einer hohen Marktdurchdringung lohnt es sich für die Leistungserbringer, für die im Selektivvertrag gebotenen Vergütungsanreize ihre Versorgungsabläufe umzugestalten. Damit bekommt der Kassenmarkt eine Tendenz zum natürlichen Monopol oder zumindest Oligopol. Nicht nur, dass damit die Wahlfreiheit für Patienten wieder eingeschränkt wird, Krankenkassen, die im Sinne von Selektivverträgen handlungsfähig sind, sind in jedem Fall auch „too big to fail" und besitzen so übermäßiges politisches Machtpotenzial.

Evident ist unter diesen Wettbewerbsbedingungen auch, dass alle Beteiligten, Leistungserbringer, Krankenkassen und auch Patienten, zur Preissensibilität erzogen werden. Andere Informationen, vor allem Qualitätsaussagen, stehen ihnen nicht zur Verfügung. Destabilisierend wirkt vor allem der Bewusstseinswandel, der in den Führungsetagen der Krankenkassen initiiert wurde: Immer stärker versteht man sich nicht mehr als Träger mittelbarer Staatsgewalt, der dem Sozialstaatsgebot verpflichtet ist, sondern als Unternehmen, das seine eigenen Vorteile verfolgt.

Für Patienten ist das eine fatale Entwicklung, sind sie doch im Ernstfall von ihren Krankenversicherungen noch weitaus abhängiger als von einzelnen Leistungserbringern. Hochproblematisch ist die Intransparenz über die Leistungsqualität der Krankenkassen, z.B. die Güte ihrer Beratungsleistungen und insbesondere ihr Verhalten bei Leistungsanträgen.

4.2. Die Bedeutung der Unabhängigen Patientenberatung für das System der GKV

Indem die Krankenkassen in den Wettbewerb gestellt wurden, gilt es, auch sie unter der Fragestellung, welche Schutzmechanismen für Patienten notwendig sind, genau unter die Lupe zu nehmen. Versicherte benötigen nicht nur gegenüber Leistungserbringern, sondern auch gegenüber ihrer Krankenkasse Schutz, (Rechts-)Beratung und Beistand, um existenziell wichtige Anliegen durchsetzen zu können.

Diesem Gedanken trägt prinzipiell Paragraf 65b SGB V mit der Förderung der Verbraucher- und Patientenberatung Rechnung. Allerdings wird schon in der Anknüpfung dieser Aufgabe an den GKV-Spitzenverband ein grundlegender ordnungspolitischer Webfehler deutlich: Einrichtungen, die Patienten/Verbrauchern bei der Durchsetzung ihrer Interessen gegen zunehmend unternehmerisch agierende Krankenkassen unterstützen, sollten nicht von der Förderung und damit Auswahl und Beeinflussung durch den Spitzenverband eben jener Krankenkassen abhängen.

Im Jahr 2015 haben sich die Verantwortlichen im GKV-Spitzenverband und der Patientenbeauftragte der Bundesregierung entschieden, die Vergabe des Auftrags zur Verbraucher- und Patientenberatung im Rahmen eines europaweiten Ausschreibungsverfahrens vorzunehmen und den Zuschlag nicht mehr an Organisationen der Patientenvertretung, sondern an ein privatwirtschaftliches Unternehmen zu erteilen. An dieser Stelle soll keine negative Aussage über diesen neuen Anbieter gemacht werden. Dennoch muss auf die negativen Wirkungen dieser Entscheidung insbesondere mit Blick auf den Kassenwettbewerb aufmerksam gemacht werden. Drei negative Auswirkungen sind besonders weitreichend:

- **Für die Patienten:** Die Ausschreibung legt ein hohes Gewicht auf die Kontaktzahl und die Erreichbarkeit. Sinnvoll sind Kontakte aber nur, wenn dabei auch die Probleme der Patienten/Versicherten gelöst werden. Dazu werden aber keine tragfähigen Vorgaben gemacht. Die geplante Struktur, die bezüglich des Personaleinsatzes ein absolutes Schwergewicht auf die Telefonberatung legt, spiegelt die Auftragsvorgaben des GKV-Spitzenverbands wieder. Die bisherigen Erfahrungen zeigen aber, dass viele Beratungsanliegen komplexer Natur waren und intensive, oft auch persönliche Kontakte bis zur Lösung erfordern. Damit bleibt zu befürchten, dass zukünftig zwar hohe Kontaktzahl und gute Erreichbarkeit erzielt und öffentlich dokumentiert werden, aber die Anliegen der Patienten nicht zufriedenstellend gelöst werden. Hierzu bedarf es nicht der Unabhängigkeit des Anbieters im Sinne einer organisationalen Trennung von Stakeholdern, sondern der Auswahl von Trägern, die parteilich im Sinne der Patienten agieren. Das kann aber nicht über den freien Markt, sondern muss über gesetzliche Vorgaben sichergestellt werden.
- **Für die Entscheidungsqualität der Gemeinsamen Selbstverwaltung und der Politik:** Die Patientenbeteiligung im G-BA stellt derzeit eines der sehr wenigen Korrektive für dysfunktionale Entscheidungen der Selbstverwaltung dar. Dazu benötigen die darin engagierten Verbände vor allem Personal sowie Informationen über Fehlentwicklungen in der Versorgung. Beides wurde in der Vergangenheit auch unter Rückgriff auf die upd gewonnen. Indem der Auftrag nicht mehr durch Verbände der Patientenbeteiligung nach Paragraf 140f SGB V ausgeführt wird, wird diese in einer ohnehin benachteiligten Situation weiter geschwächt. Wirksamkeit entfalten die Patientenbeteiligungsverbände auch durch ihre politische Arbeit, die in der Vergangenheit auch auf Erkenntnissen aus der upd-Beratung basierte. Eindrucksvoll kann hier auf die Diskussion um die Krankengeld-Falle verwiesen werden. In Zukunft ist der Patientenbeauftragte der Bundesregierung die einzige politisch tätige Kraft, die noch Einfluss auf die Datenerhebung und -auswertung der Verbraucher- und Patientenberatung nach Paragraf 65b SGB V hat.
- **Für den Wettbewerb der Krankenkassen:** Wie oben dargelegt gibt es keinerlei tragfähige und verglei-

Fatalitäten der upd-Entscheidung

Hintergrund: Der GKV-Spitzenverband und der Patientenbeauftragte Laumann haben entschieden, die upd an ein Privatunternehmen zu vergeben.

1.
- Ausschreibung setzt allein auf Masse („Kontaktfrequenz, Erreichbarkeit"), nicht auf Qualität („Problemlösung des Nutzers")
- Nicht Unabhängigkeit, sondern Parteilichkeit für Patienten nötig

2.
- Personal und Erfahrungen der upd flossen bisher in die Patientenbeteiligung ein => Schwächung der Patientenvertretung
- Zugang zu Beschwerdedaten nur für Patientenbeauftragten

3.
- Einzigartige Datenbasis zur Beurteilung der „harten" Service- und Leistungsqualität der Kassen fällt unter Kontrolle der Kassen
- Vergleiche zwischen Kassen nicht möglich

Die Vergabeentscheidungen hat ein mögliches Korrektiv des dysfunktionalen Kassenwettbewerbs eliminiert.

Quelle: Dr. Köster-Steinebach

Abbildung 5: Die Neuvergabe der upd ist angesichts fehlender Daten zur „harten" Service- und Leistungsqualität kritisch zu werten.

chende Informationen über die „harte“ Service- und vor allem Leistungsqualität der Krankenkassen mit der Folge, dass diese im Wettbewerb eher hinderlich als förderlich ist. Die einzige Institution, die, bei allen Einschränkungen in der Repräsentativität, in der Lage wäre, bundesweite Daten über die relative Häufigkeit und den Inhalt von Verbraucherproblemen mit den Krankenkassen in aussagekräftigem Umfang zu liefern, wäre die upd. Unter der jetzigen Konstellation ist ausgeschlossen, dass diese Datenbasis in der angedeuteten Form zur Gewinnung von Qualitätsinformationen und damit als Korrektiv des fehlgesteuerten Krankenkassenwettbewerbs ausgebaut und genutzt wird.

Als Fazit bleibt, dass im Interesse des Schutzes der Patienten, aber auch der sozialen Ausrichtung des Gesundheitswesens als solchem die derzeitige Situation der Verbraucher- und Patientenberatung nicht zufriedenstellend ist. Diese gehört in die Hände einer zivilgesellschaftlichen Struktur, die unter ausgeprägter Parteilichkeit für die Patienten im Interesse einer bestmöglichen Lösung der individuellen wie kollektiven Anliegen agiert.

5. Fazit

Prinzipiell kann Wettbewerb ausgesprochen segensreiche Wirkungen bei der Steigerung von Effizienz und bei der permanenten Suche nach neuen Lösungen entfalten. Das gilt auch im Gesundheitswesen. Wettbewerb allein, ohne Einbettung in ein staatlich reglementiertes Gesamtsystem, ist jedoch der denkbar schlechteste Allokationsmechanismus in einer sozialen Gesellschaft, da er nur „Leistungsgerechtigkeit“, nicht aber Bedarfsgerechtigkeit im Sinne des Sozialstaatsgebots herzustellen im Stande ist. Angesichts der Bedeutung des unveräußerlichen und diskriminierungsfreien Rechts auf Würde, Leben und körperliche Unversehrtheit kann deshalb Wettbewerb nur Mittel zum Zweck sein für

- die Allokation der Versorgung auf die bestgeeigneten Leistungserbringer,
- die Gewährleistung von Wahlmöglichkeiten und Freiheitsrechten von Patienten und Beitragszahlern und
- die Suche nach neuen Versorgungsinhalten und besseren Organisationsformen.

Tatsächlich rufen die Rahmenbedingungen und Einsatzgebiete des Wettbewerbs im deutschen Gesundheitswesen derzeit größtenteils negative Auswirkungen für Patienten hervor. Deshalb ist der Gesetzgeber gefordert, genau diese Rahmenbedingungen grundlegend zu reformieren.

Dabei ist die korporatistische Grundstruktur für diese Aufgabe gut geeignet, wenn sie behutsam durch Wettbewerbselemente ergänzt und vor allem wesentlich stärker als bisher durch eine gestärkte Interessenvertretung der Nutzer des Gesundheitswesens bestimmt wird. Schlüssel ist also die konsequente Ausrichtung des Gesamtsystems und auch der Einführung von Wettbewerbselementen am Patientennutzen. Damit dies gelingt, scheint ratsam, diese Aufgabe zusammen mit dem Auftrag der Patientenberatung wesentlich stärker als bisher in einer handlungs- und vor allem durchsetzungsfähigen Struktur zu verankern und sie mit weitreichenden Mitwirkungsrechten in der Gemeinsamen Selbstverwaltung und in der Politikberatung auszustatten.

E-Mail-Kontakt: Ilona.Koester-Steinebach@vzbv.de

DR. RER. POL. ILONA KÖSTER-STEINEBACH

Ilona Köster-Steinebach hat Japanologie und Volkswirtschaft an der Universtität Marburg studiert und dort in VWL promoviert. Zwischen 2004 und 2010 ist sie Fachreferentin und später Teamleiterin in Stabsstellen der KV Bayerns gewesen. Seit 2010 arbeitet Frau Köster-Steinebach als Referentin für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen beim Verbraucherzentrale Bundesverband in Berlin. Seit dem gleichen Jahr vertritt sie den Verband in der Patientenvertretung des G-BA mit dem Schwerpunkt Qualitätssicherung. Seit 2015 nimmt sie eine Gastdozentur an der Alice-Solomon-Hochschule Berlin wahr.

Preis- und Qualitätsorientierung im Gesundheitssystem
Politischen Konzepten für Qualitätswettbewerb fehlt es an ausreichend mächtigen Fürsprechern

DR. FLORIAN STAECK

Wettbewerb, so wie er bisher in der Gesetzlichen Krankenversicherung konturiert ist, trägt in der Regel nicht dazu bei, die Qualität der Versorgungsprozesse zu verbessern. Der ungeordnete Wettbewerb an den Schnittstellen der medizinischen und pflegerischen Versorgung geht sogar in vielen Fällen zu Lasten besonders vulnerabler Patientengruppen, den Alten und chronisch Kranken. Davon zeigte sich das Plenum des Frankfurter Forums bei seinem Treffen am 25./26 September 2015 in Fulda überzeugt. Es setzte damit seine im April 2015 begonnene Debatte über „Sozialstaatsgebot und Wettbewerbsorientierung im deutschen Gesundheitswesen" fort.

Die Teilnehmer zogen ein kritisches Fazit der bisherigen Bemühungen, Qualitätsstandards in der Versorgung zu implementieren und diese mit Preiswettbewerb zu verbinden. Beispielhaft zeige sich die Misere an der Schnittstelle von Krankenhaus und ambulanter Versorgung beim Entlassmanagement. Beide Sektoren hätten unterschiedliche Organisationsinteressen: Kliniken wollten mit Blick auf die DRG rechtzeitig für freie Betten sorgen, Vertragsärzte hätten keine Motivation, Pflichten aus stationärer Versorgung ihrer Patienten ohne Gegenleistung zu substituieren. Außerdem wurde berichtet, dass mindestens 20 Prozent der Notaufnahmen wegen Medikationsfehlern der Patienten erfolgten. In der Versorgung tätige Ärzte bemerkten dazu, die eigentlich nötige enge Zusammenarbeit am Übergang zwischen den Sektoren sei nicht vorhanden – und vielleicht auch nicht gewollt. Nicht wenige Leistungserbringer in den einzelnen Sektoren fürchteten sich vor mehr Transparenz, wodurch Qualitätsdefizite in der eigenen Leistungserbringung offenbar werden könnten.

Qualitätswettbewerb und seine Hindernisse: Es mache keinen Sinn, auf Player zu warten, die versuchen, sich mit einer auf Qualität fokussierten Strategie am Markt durchzusetzen, hieß es. Vielmehr sei „mehr Druck im System" nötig, um die relevanten Akteure in den verschiedenen Leistungsbereichen zu einer stärkeren Qualitätsorientierung zu zwingen. Dem wurde entgegengehalten, diese Strategie könne grundsätzlich ohnehin nur dort fruchten, wo mehrere Leistungsanbieter konkurrieren. Doch dies sei beispielsweise in der ambulanten medizinischen Versorgung in vielen ländlichen Regionen kaum mehr der Fall.

Teilnehmer des Forums hielten die spezifische Regelungsstruktur im deutschen Gesundheitswesen für einen Teil des Problems: Nirgendwo in anderen Wirtschaftsbereichen hätten die Regulierten einen derartig starken Einfluss auf die Art der Regulierung, wurde erinnert. In der Konsequenz sei die Veränderungsbereitschaft gering. Insbesondere deswegen, weil Veränderungen nicht selten erworbene Besitzstände bedrohen.

Gefragt sei der Bundesgesetzgeber, der den Akteuren neue Rechte geben müsse, hieß es. Krankenkassen, so wurden beispielhaft angeführt, könnten anhand von Daten ihrer Versicherten Unverträglichkeitsrisiken von Medikamentenkombinationen erkennen, dürften bisher aber weder Ärzte noch ihre Versicherten daraufhin ansprechen. In anderen Fällen fehle es an einer konkretisierenden Normsetzung durch den Bund. So gebe beispielsweise das Pflege-Neuausrichtungsgesetz vor, die subjektive wie objektive Pflegequalität zu erheben, doch es fehlten die konkreten Indikatoren. Als Folge könne Pflegequalität nicht bestimmt werden. Es reiche nicht, Preiswettbewerb zu installieren und zugleich auf eine Tugendethik der Marktteilnehmer

zu hoffen. Die bisherigen Entscheidungsmechanismen im deutschen Gesundheitswesen seien vielfach nicht mehr den Herausforderungen gewachsen. Gefragt sei vielmehr eine Ordnungspolitik, die Rechte und Pflichten neu verteilt und eindeutig definiert, wurde gefordert.

Die ordnungspolitischen Voraussetzungen für eine solche sektorunabhängige Struktur, die im Patienteninteresse wäre, ließen sich stichwortartig beschreiben, hieß es: Nötig seien beispielsweise eine gleiche Vergütung für ärztliche und pflegerische Leistungen in den verschiedenen Sektoren, gleiche Kriterien für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), eine gemeinsame ambulant-stationäre Bedarfsplanung, eine einheitliche sektorübergreifende Qualitätsmessung und -sicherung oder Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf gleicher rechtlicher Grundlage.

Doch in der Vergangenheit seien alle Bemühungen gescheitert, Versorgungsstrukturen zu schaffen, die bessere Übergänge zwischen den Sektoren hätten ermöglichen können. Ein Beispiel dafür sei die erstmals im Jahr 1989 gesetzlich geschaffene Option der Praxisklinik. Voraussetzung hierfür sind dreiseitige Verträge von Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten. Ziel sollte es sein, durch enge Zusammenarbeit der beteiligten Ärzte eine nahtlose ambulante und stationäre Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Das Instrument der Praxiskliniken ist allerdings bis heute weit hinter den Erwartungen des Gesetzgebers zurückgeblieben, lediglich ambulante Operationszentren konnten etabliert werden.

Weder hat ein Bundesland bis heute eine entsprechende Rechtsverordnung erlassen, noch wurde ein dreiseitiger Vertrag geschlossen. Dabei hätten Praxiskliniken das Potenzial, die stationäre Versorgung etwas dichter an den ambulanten Bereich heranzubringen, hieß es. Das Beispiel der Praxiskliniken sei kein Einzelfall, wurde erinnert. Alle Ansätze der Politik für eine sektorenübergreifende Versorgung seien von der Selbstverwaltung mit Absicht so kompliziert ausgestaltet worden, dass sie sich allenfalls für Modellversuche eigneten, wurde kritisiert. Auch das aktuelle „Siechtum" des Belegarztwesens sei dafür eine Bestätigung, da viele Hürden für diese Versorgungsform errichtet worden seien. Das Prinzip „ambulant vor stationär" spiele in der Vertragslandschaft eine unterprivilegierte Rolle, hieß es.

Der neue Leistungsbereich der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) wurde unterschiedlich dahingehend interpretiert, ob er ein weiteres Beispiel für Reformverschleppung darstellt. Die Umsetzung verlaufe langsam und komplex, hieß es einerseits. Dreieinhalb Jahre nach dem Start der ASV gebe es erst lediglich 40 Anzeigen bei den erweiterten Landesausschüssen, wobei bisher weniger als 30 Berechtigungen erteilt worden seien. Eine eigene Gebührenordnung stehe zudem noch aus. Andererseits betonten Teilnehmer, die ASV stehe vor einem Durchbruch. Angesichts der hohen Anforderungen an die Krankenhäuser etwa für die Behandlung von Patienten mit gynäkologischen Tumoren seien dreieinhalb Jahre der vorbereitenden Arbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss gar nicht so viel, wurde angemerkt.

Patienten und Wettbewerb: Teilnehmer erinnerten deutlich daran, eine wirtschaftliche und konsequent auf Qualität ausgerichtete Versorgung werde auch durch die unkoordinierte oder unnötige Inanspruchnahme des Systems von einem Teil der Versicherten behindert. Die dabei eingesetzten ärztlichen und pflegerischen Ressourcen fehlten an

anderer Stelle, etwa bei der Betreuung chronisch Kranker, hieß es. Uneinig zeigten sich Teilnehmer darüber, ob eine finanzielle Selbstbeteiligung für die Versicherten eine wirksame Gegenstrategie sein könne.

Erinnert wurde vor diesem Hintergrund an die Praxisgebühr: Diese sei nicht geschaffen worden, um eine Steuerung der Patienten im Versorgungssystem zu erreichen – und habe diese Funktion auch nie gehabt. Wenn Eigenbeteiligung tatsächlich die Inanspruchnahme steuern soll, müsse der Betrag so hoch sein, dass man dadurch neue sozialpolitische Probleme schafft, wurde gewarnt. Andere in der Versorgung Kundige versuchten das Problem in seiner Dimension einzuordnen: 98 Prozent der Patienten wählten nach einem Gespräch mit ihrem Arzt den Weg im Versorgungssystem, der ihnen empfohlen wurde.

Allerdings könnten Hausärzte in der ambulanten medizinischen Versorgung nur eingeschränkt die Rolle des „Kümmerers" einnehmen, der Patienten durch das Versorgungssystem leitet. Denn nach Feierabend – wenn der Hausarzt in der Regel nicht mehr erreichbar ist – entfalle diese Rolle. Hinzu komme, dass GKV-Versicherte häufig bei komplexen Problemen keine koordinierte Beratung zu für sie passenden Versorgungsangeboten erhalten. Denn die Beratungsstrukturen für Versicherte in der GKV und der Pflegeversicherung oder bei kommunalen Trägern seien bisher nicht aufeinander abgestimmt, hieß es. Es gebe Beratungsangebote nach dem SGB V, SGB IX, Beratung von Pflegestützpunkten oder von kommunalen Trägern. Was aber fehle, das sei eine integrierte Beratung, wurde moniert.

Generell seien die Möglichkeiten von Versicherten gering, Veränderungen etablierter Strukturen im Gesundheitswesen anzustoßen, hieß es. Patienten und Beitragszahler hätten im System der Selbstverwaltung nicht die Stellung, die es ihnen erlauben würde, bei Fehlentwicklungen durch einseitigen Preiswettbewerb gegenzusteuern. So gebe es beispielsweise ein inhärentes Interesse der ambulanten Leistungsanbieter, nicht ohne zusätzliche Vergütung den Leistungskatalog auszubauen – die entsprechenden Leistungen werden dann besser als Individuelle Gesundheitsleistungen verkauft. Strukturell schwach seien Patienteninteressen auch dadurch, dass sich durch den Krankheitsverlauf Patientencharakteristika verschieben: Gesunde Versicherte verhielten sich preissensitiv und wechselten überdurchschnittlich häufig ihre Krankenkasse, für chronisch Kranke hingegen zähle beispielsweise die zeitnahe Zugänglichkeit zu Leistungen. Krankenkassen mit einem hohen Anteil chronisch Kranker gerieten dadurch in eine finanzielle Schieflage mit dem Zwang, Zusatzbeiträge verlangen zu müssen – ein kontraproduktives Ergebnis des Mitgliederwettbewerbs.

Patientenvertreter hätten im G-BA kein Stimmrecht, sondern nur ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Des Weiteren werden sie an Verhandlungen über ambulante und stationäre Vergütungssysteme nicht beteiligt. Noch unbefriedigender stelle sich die Vertretung von Pflege-Interessen im G-BA dar. Obwohl Versicherte in dieser „Teilkaskoversicherung" unmittelbar auch Kostenträger seien, hätten sie weder Stimm- noch Beteiligungsrechte, wurde erinnert. Allerdings wurde diese Kritik aus Patientensicht von Teilnehmern relativiert. Denn die gegebenen unzulänglichen Einwirkungsmöglichkeiten von Patientenvertretern in einem korporatistischen Regelungssystem gingen zumindest mit der Chance einher, den Outcome der Versorgung zu verbessern – in einem wettbewerblichen Gesundheitssystem entfalle diese Möglichkeit vollends, wurde angemerkt.

Als Rückschlag für die Bemühungen, Interessen der Patienten zu berücksichtigen, wurde die Neuausschreibung der Unabhängigen Patientenberatung (UPD), die 2016 an einen Dienstleister vergeben wurde, kritisch bewertet. Den Zuschlag für die UPD erhalten hat ein Unternehmen, das auch Auftragnehmer von Krankenkassen ist. Durch die Kontakte mit Versicherten sei in der Vergangenheit durch die UPD ein großer Informationspool geschaffen worden, der es erlaubt, mit belastbaren Daten die Service- und Leistungsqualität der Krankenkassen zu beurteilen. Künftig sei zu befürchten, dass diese Kontrollfunktion unter dem neuen Dienstleister nicht fortgeführt werden kann. Als Folge könnte mit der UPD künftig ein Akteur geschwächt werden, der oft auf Dysfunktionalitäten des Krankenkassen-Wettbewerbs hingewiesen hat, hieß es.

Krankenhäuser und Wettbewerb: Krankenhäuser sind nur in einigen Teilbereichen einem unmittelbaren Wettbewerb ausgesetzt. Dies gilt etwa für die Personalgewinnung, die Mitarbeitervergütung oder die Beschaffung. Für alle übrigen Leistungen ist der Preis, den ein Krankenhaus für eine Leistung erzielen kann, de facto politisch festgelegt. Dabei dient der politische Auftrag der kommunalen Daseinsvorsorge und der einheitlichen Lebensbedingungen als Rechtfertigung für diesen Eingriff in den total freien Wettbewerb. Der massive wirtschaftliche Druck, dem Krankenhäuser aus-

gesetzt sind, entsteht durch eine seit Jahren unzureichende Investitionskostenfinanzierung durch die Länder. Vor diesem Hintergrund ist die Qualität der pflegerischen und der medizinischen Versorgung bisher nicht preisbildend. Weder werde schlechte Qualität bestraft, noch gute Qualität belohnt. Auch der Versuch, über die Veröffentlichung von Qualitätsberichten Transparenz herzustellen, sei bisher nur in Maßen erfolgreich gewesen, hieß es.

Die Möglichkeiten des Gesetzgebers, den bisherigen Preiswettbewerb durch einen Qualitätswettbewerb zu flankieren, wurden im Plenum kontrovers diskutiert. Einerseits wurde vor dem verhängnisvollen Ansatz gewarnt, die Qualität der stationären Versorgung mit einer „Bereinigung" der Krankenhauslandschaft zu verknüpfen. Denn so würden Anreize geschaffen, die Qualität gerade auf einem Niveau zu halten, um die geforderten Vorgaben zu erreichen. Andererseits wurde ein härteres Durchgreifen im Falle mangelnder Qualität gefordert. Vergütungsabschläge bei unzureichender Qualität könnten allenfalls übergangsweise hingenommen werden. De facto müssten die Länder ein Krankenhaus bei andauernd mangelnder Qualität aus der Krankenhausplanung herausnehmen, wurde gefordert. In Wahrheit gehe es jedoch gar nicht um Qualität, sondern um den Abbau von Überkapazitäten in der Krankenhauslandschaft, weil man auch bei schlechter Qualität in unterversorgten Regionen kein Krankenhaus schließen kann.

Mehr als 20 Jahre nach dem Start des Krankenkassenwettbewerbs stehen überzeugende ordnungspolitische Konzepte für einen flankierenden Qualitätswettbewerb aus, zeigte sich das Plenum des 13. Frankfurter Forums überzeugt.

Dieser Beitrag gibt die Auffassung des Autors und des Kuratoriums des Frankfurter Forums wider.

DISKUSSIONSTEILNEHMER BEIM FRANKFURTER FORUM

Dr. med. Winfried Demary
Dr. rer. nat. Liane Fickler
Prof. Dr. rer. pol. Frank-Ulrich Fricke
Dr. med. Jan Geldmacher
Dr. h. c. Jürgen Gohde
Rebecca Gonser
Dr. med. Kay Großmann
Prof. Dr. med. Marion Haubitz
Prof. Dr. med. Ulrich Hegerl
Prof. Dr. rer.oec. Friedhelm Hengsbach SJ
Karsten Honsel
Eike Hovermann
Thomas Keck
Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach
Dr. med. Axel Munte
Hardy Müller
Dietmar Preding
Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher
Dr. med. Manfred Richter-Reichhelm
Gudrun Schaich-Walch
Dr. med. Hubert Schindler
Rechtsanwalt Gerhard Schulte
Dr. med. Nick Schulze-Solce
Dr. med. Thomas Sitte
Dr. phil. Florian Staeck
Oliver Stahl
Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich
Eva Walzik
Michael Weller
Katharina Werner

Organisations- und Programmkuratorium des Frankfurter Forums e.V.

Philosophie / Theologie :	Prof. Dr. theol. Josef Schuster SJ, Fachbereich Moraltheologie und Ethik, Theologisch-Philosophische Hochschule St. Georgen, Frankfurt
Kassenärztliche Vereinigungen :	Dr. med. Jürgen Bausch, Vorsitzender Frankfurter Forum e. V., Hanau
Gemeinsamer Bundesausschuss:	Dr. med. Margita Bert, Stellvertretendes Mitglied, Berlin
GKV-Spitzenverband :	Michael Weller, Leiter Stabsbereich Politik, Berlin
Krankenkassen :	Eva Walzik, DAK-Gesundheit - Unternehmen Leben, Leiterin Berliner Büro, Berlin
Krankenhaus :	Prof. Dr. med. Ulrich Finke, Direktor und Chefarzt St. Katharinen-Krankenaus, Frankfurt
Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) :	Claudia Korf, Geschäftsführerin Wirtschaft, Soziales und Verträge, Berlin
Politik :	Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a. D., Frankfurt, stellvertretende Vorsitzende Frankfurter Forum e. V., Hanau
Ökonomie / Gesundheitsökonomie :	Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl VWL III, insbesondere Finanzwissenschaft, Universität Bayreuth
Gesundheitsmanagement :	Dr. med. Nick Schulze-Solce, Arzt und Apotheker, Bad Homburg
Kommunikation :	Wolfgang van den Bergh, Springer Medizin, Direktor Nachrichten und Politik, Chefredakteur ÄRZTE ZEITUNG, Neu-Isenburg Dr. phil. Florian Staeck, Redakteur Gesundheitspolitik/Gesellschaft, ÄRZTE ZEITUNG, Neu-Isenburg
Projektmanagement :	Dietmar Preding, stellvertretender Vorsitzender, Frankfurter Forum e. V. , Hanau
Forschende Pharmaindustrie :	Oliver Stahl, Senior Director Corporate Affairs, Lilly Deutschland GmbH, Österreich, Schweiz, Bad Homburg v. d. Höhe

Impressum

Herausgeber:
Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen e.V.

Geschäftsstelle Frankfurter Forum e.V.:
Dietmar Preding
Mozartstraße 5, 63452 Hanau
E-Mail: dp-healthcarerelations@online.de

Verlag:
Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin
Ein Unternehmen der Fachverlagsgruppe Springer Nature

Redaktionelle Bearbeitung:
Springer Medizin Verlag GmbH, Neu-Isenburg
Dr. Florian Staeck, Wolfgang van den Bergh

Autoren:
Prof. Dr. Marion Haubitz, Karsten Honsel, Dr. Ilona Köster-Steinebach, Dr. Manfred Richter-Reichhelm, Gerhard Schulte, Dr. Florian Staeck

Titelbild:
© [M] imagebroker | imago

Layout / Grafik:
Linda Benz

Druck:
Kliemo Printing AG
Hütte 53, 4700 Eupen, Belgien

Springer Medizin
© Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin,
Neu-Isenburg, April 2016

ISSN 2190-7366

Partner
Das „Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen e. V." wird seit seiner Gründung in 2008 von der Lilly Deutschland GmbH bzw. der Lilly Stiftung Deutschland in Bad Homburg als Hauptsponsor finanziert. Als neue Partner sind in 2013 die IMS HEALTH GmbH & Co. OHG in Frankfurt und die „Ärzte Zeitung" aus dem Haus der Springer Medizin Verlagsgesellschaft mbH in Neu-Isenburg hinzugekommen. Die Sponsoren fördern mit ihrem Engagement in aktiver Verantwortung den interdisziplinären Dialog grundsätzlicher und langfristiger Fragen der Gesellschaft und der Gesundheitspolitik. Die Sponsoren nehmen keinen Einfluss auf die Auswahl und Ausarbeitung der Tagungsthemen der Forumsveranstaltungen, der Referentinnen oder Referenten, der Vortragsmanuskripte, der Diskussionen und der Abschlussstatements, wodurch die redaktionelle Unabhängigkeit der Publikationsreihe „Frankfurter Forum: Diskurse" garantiert ist.

Antworten, auf die es ankommt.

imshealth INTELLIGENCE APPLIED.

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen