

Heinrich-Böll-Stiftung (Berlin) (Ed.)

Research Report

Wie geht es uns morgen? - Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen

Schriften zu Wirtschaft und Soziales, No. 11

Provided in Cooperation with:

Heinrich-Böll-Stiftung e.V., Berlin

Suggested Citation: Heinrich-Böll-Stiftung (Berlin) (Ed.) (2013) : Wie geht es uns morgen? - Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen, Schriften zu Wirtschaft und Soziales, No. 11, ISBN 978-3-86928-108-7, Heinrich-Böll-Stiftung, Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/125847>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de>



HEINRICH BÖLL STIFTUNG
WIRTSCHAFT + SOZIALES

BAND 11

«Wie geht es uns morgen?»

Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität
in einem solidarischen Gesundheitswesen



Adobe- oder Foxit- PDF-Reader zeigen HIER Links und Buttons;dieses Browser-Plugin NICHT!

**HEINRICH BÖLL STIFTUNG
SCHRIFTEN ZU WIRTSCHAFT UND SOZIALES
BAND 11**

«Wie geht es uns morgen?»

Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in
einem solidarischen Gesundheitswesen

**Bericht der Gesundheitspolitischen Kommission «Mehr Gesundheitseffizienz:
Von der Kranken- zur Gesundheitsversicherung – neue Anreiz- und
Steuerungsstrukturen im Gesundheitswesen» der Heinrich-Böll-Stiftung**



Diese Publikation wird unter den Bedingungen einer Creative-Commons-Lizenz veröffentlicht:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de/> Eine elektronische Fassung kann heruntergeladen werden. Sie dürfen das Werk vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen. Es gelten folgende Bedingungen: Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers in der von ihm festgelegten Weise nennen (wodurch aber nicht der Eindruck entstehen darf, Sie oder die Nutzung des Werkes durch Sie würden entlohnt). Keine kommerzielle Nutzung: Dieses Werk darf nicht für kommerzielle Zwecke verwendet werden. Keine Bearbeitung: Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

«Wie geht es uns morgen?»

Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen

Bericht der Gesundheitspolitischen Kommission «Mehr Gesundheitseffizienz: Von der Kranken- zur Gesundheitsversicherung – neue Anreiz- und Steuerungsstrukturen im Gesundheitswesen» der Heinrich-Böll-Stiftung

Band 11 der Reihe Wirtschaft und Soziales

Herausgegeben von der Heinrich-Böll-Stiftung 2013

Gestaltung: feinkost Designnetzwerk, Sebastian Langer (nach Entwürfen von blotto Design)

Druck: Lokay Druck, Reinheim

ISBN 978-3-86928-108-7

Bestelladresse: Heinrich-Böll-Stiftung, Schumannstr. 8, 10117 Berlin

T +49 30 28534-0 **F** +49 30 28534-109 **E** buchversand@boell.de **W** www.boell.de

INHALT

Vorwort	7
Vorwort der Kommission	9
1 (Fehl-) Anreize und Organisationsdefizite im deutschen Gesundheitssystem	13
2 Zentrale Ansatzpunkte für veränderte Anreizstrukturen: Wie können wir Gesundheitsnutzen belohnen?	20
2.1 Der ökonomische Rahmen für die Krankenkassen – der Gesundheitsfonds mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich: die zentrale Verteilungsstelle für 190 Milliarden Euro in 2013	21
2.2 Gesundheitsnutzen belohnen – Vergütungssysteme ethisch weiterentwickeln; Ausrichtung der Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Bereich auf ein Mehr an Qualität und Gesundheitsnutzen	25
2.3 Versicherten- und Patientenvertretung stärken: Veränderungsansätze für die Selbstverwaltung der Krankenkassen und die Gemeinsame Selbstverwaltung	30
2.4 Verantwortungsübernahme für die regionale Gesundheitsoptimierung stärken – Gesundheitsnetze knüpfen – multiprofessionelle Teams bilden	34
2.5 Qualitätstransparenz von Versorgenden und Krankenkassen/Versicherungen – fairen Wettbewerb um die besten Versorgungsergebnisse ermöglichen	42
3 Bessere Gesundheitsergebnisse – so erreichen wir das angestrebte Ziel	49
Anhang	
Die Mitglieder der Fachkommission	56
Literatur	59

Adobe- oder Foxit- PDF-Reader zeigen HIER Links und Buttons;dieses Browser-Plugin NICHT!

VORWORT

Die effiziente Verwendung der zur Verfügung stehenden Ressourcen ist in der Gesundheitsversorgung aus ethischen Gründen zwar geboten, aber bei diesem Bemühen wurden in den vergangenen Jahrzehnten zwei weitere wichtige gesundheitspolitische Ziele vernachlässigt: die Verbesserung der Versorgungsstrukturen und -qualität durch veränderte Anreizsysteme sowie die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung durch eine engagierte Präventionspolitik und öffentliche Gesundheitsförderung.

Vor diesem Hintergrund hat die Heinrich-Böll-Stiftung Anfang 2012 eine Gesundheitspolitische Kommission eingerichtet. Diese sollte Ideen für nachhaltige, patientenorientierte Anreiz- und Vergütungsstrukturen im Gesundheitswesen erarbeiten und aufzeigen, wie ein effizientes, nicht auf die Menge, sondern auf die bestmögliche Qualität ausgerichteten Gesundheitssystem aussehen könnte. Die vorliegenden Ergebnisse der Gesundheitspolitischen Kommission sollen Anstöße für die Diskussion im Wahljahr und die Gesundheitspolitik der nächsten Jahre liefern.

Zurzeit wird die öffentliche Diskussion über die Gesundheitspolitik von der Auseinandersetzung «Bürgerversicherung versus Gesundheitsprämie» beherrscht. Diese Kontroverse stand nicht im Mittelpunkt der Arbeit der Kommission. Sie spricht sich jedoch klar für einen integrierten Krankenversicherungsmarkt aus, auf dem alle Versicherungen unter gleichen Wettbewerbsbedingungen miteinander um die bestmöglichen Leistungen für ihre Versicherten konkurrieren.

Die Kommission beschäftigte sich vor allem mit der Frage, wie Fehlanreize im Gesundheitssystem aufgehoben werden können. Bisher wird das System vor allem von den Interessen der Anbieter dominiert – von der Pharmaindustrie über die Apotheker bis zu den niedergelassenen Ärzten. Wir wollen die Blickrichtung ändern und Verbesserungen vor allem aus der Perspektive der Versicherten und Patienten entwickeln. Es soll nicht um eine Maximierung der Einkommen auf der Anbieterseite gehen, sondern um möglichst optimale Prävention und Behandlung bei bezahlbaren Kosten.

Die Kommission spricht sich für einen Abschied vom «Kapitänsprinzip» und für eine neue Kultur der Kooperation im Gesundheitswesen aus. Die Zentrierung auf den einzelnen Arzt, die vor allem im ambulanten Bereich noch vorherrscht, ist nicht mehr zeitgemäß. Gesundheitsversorgung muss künftig stärker im Team erfolgen. Die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten muss gefördert werden. Insbesondere auf dem Land brauchen wir funktionsfähige regionale Gesundheitsnetze.

Die Politik wird sich verstärkt mit Fragen der Ausbildung im Gesundheitswesen befassen müssen. Der Fachkräftemangel hat das Gesundheitswesen bereits akut erreicht, besonders im Bereich der Pflege alter Menschen. Es ist ein Anachronismus,

dass für eine ganze Reihe von Gesundheitsberufen keine kostenlose Ausbildung gewährleistet ist. Während die Studiengebühren für künftige Ärzte gerade flächendeckend abgeschafft werden, müssen Physiotherapeuten und andere Heilberufe erhebliche Ausbildungsgebühren zahlen. Das ist in hohem Maße ungerecht und schreckt viele Interessierte ab. Gleichzeitig geht es darum, Ausbildungsinhalte und -abschlüsse so aufeinander abzustimmen, dass sie für die individuelle Berufsbiografie durchlässig und miteinander kompatibel werden.

Unser Dank gilt allen Mitgliedern der Kommission für ihr großes Engagement, ihre Zeit und Expertise, die sie in die Arbeit gesteckt haben. Andreas Brandhorst und Helmut Hildebrandt hatten als Co-Vorsitzende einen besonderen Anteil an dem Zustandekommen des vorliegenden Berichts der Gesundheitskommission.

Berlin, im Sommer 2013

Ralf Fücks
Vorstand der Heinrich-Böll-Stiftung

Peter Sellin
Referent für Sozialpolitik und
demografischen Wandel

Vorwort der Kommission

Seit der zweiten Hälfte der 1970er Jahre wird die Gesundheitspolitik in Deutschland vom Ziel der Ausgabenbegrenzung dominiert. Seitdem gehören befristete Sparmaßnahmen genauso zum ständigen gesundheitspolitischen Instrumentarium wie die Regulierung der Zahl der Leistungserbringenden und die jährlichen Ausgaben Grenzen, die sich an der Entwicklung der beitragspflichtigen Einkünfte orientieren. Um Anreize für die Leistungserbringenden und Krankenkassen zu schaffen, sich aus eigenem Interesse an den Sparzielen zu orientieren, wurden ab den 1990er Jahren verstärkt wettbewerbliche Steuerungsformen in das System integriert. Am umfangreichsten im Krankenhaus- und im Arzneimittelbereich. Auch diese vorrangig mit dem Ziel, vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, um so Ausgaben zu begrenzen.

Diese hohe Aufmerksamkeit für die Kostenseite des Gesundheitssystems hat gute Gründe. Auch in einem solidarischen Gesundheitssystem, das den Zugang aller Bürgerinnen und Bürger zur notwendigen Gesundheitsversorgung gewährleisten soll, sind die Ressourcen begrenzt. Zeit, Geld und Wissen, die für die Behandlung des einen Patienten oder der anderen Patientin im Übermaß investiert werden, können bei der Behandlung anderer, vielleicht schwerer erkrankter Patientinnen und Patienten fehlen. Und auch die Auswirkungen auf andere gesellschaftliche Bereiche sind zu beachten. So kann Geld, das in die Gesundheitsversorgung fließt, bei der Finanzierung anderer wichtiger gesellschaftlicher Aufgaben fehlen. Die Gesellschaft muss daher ausreichende Ressourcen für eine «gute» gesundheitliche Versorgung aufbringen und gleichzeitig die effiziente Verwendung der zur Verfügung stehenden Mittel organisieren.

Bei diesem Bemühen wurden von der Gesundheitspolitik aber andere wichtige gesundheitspolitische Ziele vernachlässigt. Das renommierte US-amerikanische Institute for Healthcare Improvement (IHI) geht davon aus, dass sich eine nachhaltige Gesundheitspolitik drei miteinander eng verbundenen Zieldimensionen («Triple Aim») stellen muss: der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, der Verbesserung der Versorgung und der angemessenen Begrenzung der erforderlichen Versorgungsausgaben pro Kopf.

Drei Zieldimensionen («Triple Aim»):

- > Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung
- > Verbesserung der Versorgung
- > Begrenzung der Versorgungsausgaben pro Kopf

Blickt man auf die deutsche Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte lässt sich resümieren: Die Verbesserung der Versorgung durch die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen war bis in die zweite Hälfte der 1990er Jahre überhaupt kein Thema. Zwar hat sich seitdem die gesundheitspolitische Tagesordnung auch des Themas «neue Versorgungsformen» angenommen, doch spielen diese in der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung und in der Gesetzgebung nach wie vor nur eine Nebenrolle. Insbesondere von der allseits als dringend notwendig erachteten stärkeren Integration der Versorgungssektoren sind wir in den meisten Regionen und Leistungsbereichen noch meilenweit entfernt. Darüber hinaus ist auch die Qualitätssicherung der sogenannten Regelversorgung in einer tiefen Krise. Substantielle Verbesserungen der Sicherheit von Patientinnen und Patienten und der Qualitätstransparenz finden trotz bekannter schwerwiegender Defizite viel zu wenig statt, teilweise wird sogar bereits erreichte Transparenz über Versorgungsinhalte wieder aufgegeben.¹ Und die Auseinandersetzung mit den physischen, psychischen, sozialen und ökologischen Voraussetzungen von Gesundheit und Krankheit werden in den Gesundheitswissenschaften zwar seit über zwanzig Jahren intensiv thematisiert, doch in der praktischen Politik hat dieser integrative Ansatz außerhalb von einigen Leuchtturmprojekten und Bevölkerungskampagnen nur wenig Beachtung gefunden.

Die Gesundheitspolitik hat sich mit der Ausgabenbegrenzung zu sehr auf eine Seite des Zieldreiecks konzentriert. Der Kostenanstieg konnte durch wiederholte Sparpakete und Ausgabenobergrenzen sowie durch die stärkere Belastung der Versicherten zwar verlangsamt werden, die einseitige Anlage der Politik hat aber zu erheblichen Fehlanreizen geführt, die sogar die Erreichung des Kostenbegrenzungsziels selbst gefährden. So sind für die Leistungserbringenden zusätzliche Anreize entstanden, die Menge der erbrachten Leistungen zu steigern bzw. sich Einnahmen jenseits der GKV zu erobern. Und zwar auch dann, wenn damit kein zusätzlicher Gesundheitsnutzen verbunden ist oder sogar Gefahren für die Patientinnen und Patienten entstehen können. Und Qualitätssicherung wird zunehmend unter dem Label «Bürokratie» als Kostentreiber und nicht als Mechanismus zur Vermeidung von Spätfolgen und -kosten verstanden.

«Kreatives Codieren», um möglichst hohe Vergütungen und Risikozuschläge auszulösen, erweist sich für die Leistungserbringenden und auch für die Krankenkassen oft wichtiger als zeitaufwändige Gespräche mit Patientinnen und Patienten und genaues Diagnostizieren. Die Versicherten fühlen sich zunehmend in einem System verloren, in dem die Politik auf die von ihr selbst verursachten Fehlanreize mit immer neuen Gegen-Regulierungen antwortet. Um diese Interventionsspirale zu beenden und bessere Ergebnisse im Sinne der Patientinnen und Patienten zu erzielen, wäre es aber wichtig gewesen, neben den Kosten auch die beiden anderen Zieldimensionen des «triple aim» auf die Agenda zu setzen: Verbesserungen bei Versorgungsstrukturen und -qualität durch veränderte Anreizsysteme und Steuerungsins-

1 Vgl. hierzu die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Aussetzung der verpflichtenden Erhebung von Angaben zur Hysterektomie 2012 oder die Aufgabe der Darstellung des speziellen therapeutischen Personals im Qualitätsbericht der Krankenhäuser, wirksam ab 2014.

trumente sowie mehr Gesundheit für alle durch eine **engagierte Präventions- und Public-Health-Politik**. Reformschritte in diese Richtungen aber sind weitgehend ausgeblieben bzw. zu kurz geraten. Das ist ein **Reformversagen**, dessen negative Auswirkungen sich durch die begrüßenswerte Verlängerung der Lebenserwartung bei gleichzeitiger Verringerung der jüngeren Altersgruppen weiter zuspitzen werden.

Dieses ist der Hintergrund, vor dem die Heinrich-Böll-Stiftung im Jahr 2012 eine gesundheitspolitische Kommission eingerichtet hat. Bei der Zusammenstellung der Mitglieder wurde auf einen breiten Erfahrungshorizont Wert gelegt. So wurde darauf geachtet, dass sich zivilgesellschaftliches mit gesundheitswissenschaftlichem Knowhow verband, gesundheitsökonomisches Wissen mit ärztlich-heilkundlichem, psychotherapeutischem, pflegerischem und pharmazeutischem Wissen; Erfahrungen aus der Vertretung von Patientinnen und Patienten, der Selbsthilfe, der Prävention und Gesundheitsförderung und aus der Selbstverwaltung von Krankenkassen wurden komplettiert durch Erfahrungen mit dem konkreten operativen Handeln von Praxen, Medizinischen Versorgungszentren, Krankenhäusern, Integrierten Systemen, Krankenkassen und Serviceeinrichtungen und dem von Kammern und Verbänden.

- Wie muss das Gesundheitssystem gestaltet werden, welche Anreize sind erforderlich, damit Versorgungseinrichtungen, Krankenkassen und auch Versicherte dazu bewegt werden, sich aus eigenem Antrieb am Nutzen für die Versicherten und an Gesundheitszielen ausrichten?
- Wie kann ein Gesundheitssystem aussehen, das aus sich selbst heraus mehr Gesundheitseffizienz hervorbringt?
- Welche Reformschritte sind dafür von Seiten der Gesundheitspolitik vor dem Hintergrund der bestehenden Strukturen erforderlich?

Das waren die Ausgangsfragen, die die Heinrich-Böll-Stiftung den Mitgliedern der Gesundheitskommission gestellt hat. Bei der Arbeit an diesen Fragen hat sich die Kommission zwar mit etlichen Themen auseinandergesetzt. Trotzdem kann die Kommission nicht den Anspruch erheben, ein umfassendes Reformprogramm entwickelt zu haben. Die Mitglieder hoffen allerdings, einige Anstöße für die Diskussion im Wahljahr 2013 und die Gesundheitspolitik der nächsten Jahre geben zu können, damit die Angehörigen der Gesundheitsberufe ökonomische, rechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen erhalten, die sie in ihren ethischen Einstellungen bei der gesundheitlichen Fürsorge für die Menschen unterstützen und nicht behindern.

Die Kommission hat im Rahmen ihres Arbeitsprozesses eine Vielzahl von Gesprächen geführt und durch diese wichtige Anregungen erhalten. Besonders bedanken wir uns bei: Herrn Stefan Gräf (Kassenärztliche Bundesvereinigung), Herrn Dr. Matthias Gruhl (Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg), Frau Prof. Dr. Petra Kolip (Universität Bielefeld), Herrn Dr. Karl-Heinz Schönbach (AOK-Bundesverband), Herrn Prof. Dr. Michael Simon (Hochschule Hannover, Lehrgebiet Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik), Herrn Dr. Dominik Graf von Stillfried (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland), Herrn Dr. Christoph

Straub (Barmer GEK), Herrn Prof. Dr. Jürgen Windeler (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen).

Darüber hinaus hat die Kommission eine Online-Befragung zu Anreizen und Fehlanreizen im deutschen Gesundheitswesen durchgeführt. Die eingegangenen Antworten, z.T. auch in Briefen an die Stiftung, lieferten der Kommission u.a. viele aufschlussreiche Fallbeispiele für Fehlanreize und ihre Auswirkungen. Gleichzeitig konnte sie sich vieler Vorschläge für Veränderungen bedienen. Insgesamt beteiligten sich 267 Personen aus den verschiedensten Bereichen des Gesundheitswesens sowie aus der Politik und der Wissenschaft an der Befragung. Die in dem Bericht verwendeten Zitate sind der Befragung entnommen. Die Kommission möchte sich bei den Teilnehmern und Teilnehmerinnen der Befragung und den Zitierten herzlich bedanken.

Und großer Dank gilt nicht zuletzt Frau Luzia Leifert von der Heinrich-Böll-Stiftung, die mit großem Engagement für die organisatorische Begleitung der Kommission gesorgt hat.

Alle Mitglieder der Kommission haben sich im Sinne des o.g. Auftrags an der intensiv geführten Diskussion beteiligt und ihre Erfahrungen und Vorschläge eingebracht. Die folgenden Diskussionsergebnisse sind vielfach einstimmig zustande gekommen, z.T. zeigen sie aber auch Mehrheitspositionen der Kommission. Einzelne Aspekte tragen einzelne Mitglieder nur zum Teil mit bzw. haben ihre Vorbehalte und Kritik deutlich gemacht. Die redaktionelle Letztverantwortung wurde in die Hände der beiden Co-Vorsitzenden Andreas Brandhorst und Helmut Hildebrandt gelegt.

Öffentlich vorgestellt wurde eine erste Fassung des Abschlussberichts mit der Tagung «Wie geht es uns morgen? Wege zu mehr Effizienz in einem solidarischen Gesundheitswesen» am 11. Februar 2013. Die Diskussionen der außerordentlich gut besuchten Tagung sowie die Reaktionen auf den Bericht führten zu der hier jetzt vorgelegten überarbeiteten Fassung. Der Übersichtlichkeit halber wurde diese in Anlehnung an das im Gesundheitswesen sehr bekannte EFQM-Modell zur Erreichung von Qualitätsexzellenz neu strukturiert. Die Kommissionsmitglieder freuen sich über Stellungnahmen, Einladungen zu Diskussionen und eine intensive öffentliche Debatte.

Andreas Brandhorst, Helmut Hildebrandt, Ulrike Hauße, Dr. Bernd Köppl, Dr. Ilona Köster-Steinebach, Prof. Dr. Andrea Morgner-Miehlke, Manfred Rompf, Dr. Almut Satrapa-Schill, Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Peter Sellin, Dr. Johannes Thormählen, Dr. Christina Tophoven, Prof. Dr. Jürgen Wasem

1 (Fehl-) Anreize und Organisationsdefizite im deutschen Gesundheitssystem

In dem von starken Selbstverwaltungsstrukturen geprägten deutschen Gesundheitssystem können allenfalls kurzfristig wirkende Kostendämpfungsmaßnahmen «von oben» vorgegeben werden. Veränderungen in den Versorgungsstrukturen und Steuerungsansätzen, die nachhaltige Wirkungen auf die Gesundheitseffizienz und öffentliche Gesundheit haben sollen, brauchen den Sachverstand und die Zustimmung der Beteiligten.

Eine zielgerichtete politische Steuerung muss in einem solchen System vor allem über Anreize und das Setzen von Rahmenbedingungen erfolgen. Dabei sind angesichts der wirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitssystems die richtigen finanziellen Anreize für die Gesundheitsberufe, Versorgungseinrichtungen und Kostenträger besonders wichtig.

«Fehlanreize im gesamten Gesundheitswesen sind entscheidend für die mangelnde Ausrichtung am Gesundheitsnutzen der Bevölkerung. Derzeit gibt es keine Incentives in Richtung Gesundheitsgewinn.»

*Dr. Veit Wambach, QuE e.G. Nürnberg und
Agentur deutscher Arztnetze e.V., jeweils Vorsitzender*

Aber die bisherigen finanziellen Anreize sind vielfach falsch gesetzt. Sie sind nicht am Gesundheitsnutzen der Patientinnen und Patienten sowie der Versicherten gekoppelt. Stattdessen wirken sie viel zu häufig in die genau entgegengesetzte Richtung: die Produktion von möglichst vielen medizinischen Interventionen zu möglichst geringen Erstellungskosten, die wiederum neuen Behandlungsbedarf verursachen können. Andere Anreize wiederum wirken in Richtung einer Vorenthaltung von Leistungen, ohne Bezug auf Qualitätsaspekte. In aller Regel sind Vergütungen zudem sektoren- bzw. berufsgruppenspezifisch auf die jeweiligen Betriebsformen der Anbietenden (Praxis, Pflegedienst, Krankenhaus usw.) ausgerichtet. Folgerichtig werden die Akteurinnen und Akteure dazu verführt, sich auf ihren jeweiligen Versorgungsbeitrag zu begrenzen. Die Vergütungssysteme spiegeln die fragmentierten Strukturen. Die Logik dieses Systems verhindert integrierte, abgestimmte Versorgung. Die Patientinnen und Patienten werden häufig damit alleingelassen, Versorgungsbrüche zwischen den Sektoren zu überwinden.

Viele der Probleme des Gesundheitswesens, auf der einen Seite inflationäre Pathologisierung und unnötige Eingriffe, auf der anderen Seite Verweigerungen von

nützlichen Leistungen und Versorgungsdefizite bei einzelnen Indikationen, sind nicht den Gesundheitsberufen und -einrichtungen anzulasten. Tatsächlich werden alle Beteiligten in ein falsch justiertes Anreizsystem gepresst. Das gilt für Krankenhäuser genauso wie für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Pflegedienste und auch die Krankenkassen. Viel zu oft gilt: Das Gesundheitssystem und seine Rahmenbedingungen sind **zu wenig am Gesundheitsnutzen der Patientinnen und Patienten sowie der Versicherten orientiert**. Belohnt werden allzu häufig stattdessen diejenigen, die viel diagnostizieren und therapieren oder, wie es für Krankenkassen dann häufig eher gilt, die kurzfristig sparen und die daraus möglicherweise entstehenden Risiken billigend in Kauf nehmen. Das ist schlecht für die Patientinnen und Patienten, entspricht nicht unserem Bild von Menschenwürde und guter Behandlungsqualität und führt überdies zu einem ineffizienten Einsatz knapper Ressourcen.

«Die Ökonomisierung der Krankenhausversorgung führt inzwischen zu ungutem Konkurrenzkampf statt Wettbewerb um beste Versorgung.»

*Kordula Schulz-Asche, Bündnis 90/Die Grünen Hessen,
Landesvorsitzende, Stellvertretende Fraktionsvorsitzende
im Landtag und gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion*

Diese Fehlanreize haben zu der Unzufriedenheit beigetragen, die viele Beschäftigte im Gesundheitswesen ergriffen hat. Aus ihren Reihen aber auch aus Politik und Öffentlichkeit wird häufig eine **«Ökonomisierung» des Gesundheitswesens** beklagt. Sie würden dazu gezwungen, sich immer stärker betriebswirtschaftlichen Kalkülen zu unterwerfen.

Diese Kritik ist berechtigt, aber gleichzeitig stehen ihr auch gute Argumente entgegen: Dass sich im Gesundheitswesen die Regeln der Ökonomie nicht außer Kraft setzen lassen, hatten wir bereits begründet. Und auch die Verbindung von Gesundheitsversorgung und ökonomischen Interessen ist grundsätzlich nicht verwerflich. Schließlich sind in Deutschland fast fünf Millionen Menschen im Gesundheitswesen erwerbstätig. Alle diese Menschen verbinden mit ihrer Tätigkeit selbstverständlich auch ökonomische Interessen.

Trotzdem ist die Klage über die Ökonomisierung des Gesundheitswesens alles andere als unbegründet. In ihr äußert sich das Unbehagen, dass das Berufsethos und die eigentliche Berufsmotivation der Gesundheitsberufe und ihre berechtigten Einkommensinteressen unter den derzeitigen Rahmenbedingungen nicht zusammen passen; dass sie zwar wirtschaftlichen Erfolg haben können, diesen aber allzu oft um den Preis, Leistungen ohne Rücksicht auf den Nutzen für ihre Patientinnen und Patienten zu generieren: durch die Verordnung zu vieler und überflüssiger Diagnoseleistungen, durch den Verkauf medizinisch fragwürdiger «Individueller Gesundheitsleistungen», durch die Bevorzugung lukrativer Privatpatientinnen und -patienten, durch die Durchführung von möglichst umfangreichen Behandlungen teilweise ohne ausreichende medizinische Indikation, durch eine so weit gehende Reduktion des Personaleinsatzes, dass keine ausreichende Zeit für notwendige Gespräche

zur Anamnese und den psychosozialen Hintergründen einer Erkrankung, adäquate Hygiene und eine angemessene Begleitung des Heilungsprozesses mehr bleibt.

In der Klage über die «Ökonomisierung» materialisiert sich die Unzufriedenheit mit einem Gesundheitssystem, das von den in der Versorgung Tätigen verlangt, sich zwischen ihrem Selbstverständnis als Ausübende eines Heilberufs, ihren eigenen ökonomischen Interessen und ihrer Systemverantwortung zu entscheiden.

Wir haben ein System, das nicht den Gesundheitsnutzen erbrachter Leistungen – also mehr Gesundheit, mehr Selbstbestimmung, erfahrene Zuwendung und mehr Lebensqualität für die Patientinnen und Patienten –, sondern die bloße Durchführung von Leistungsziffern belohnt. Ein System, das die Begeisterung der in der Versorgung Tätigen zunehmend erstickt, sie von ihrem Beruf entfremdet und es schwer macht, für die Gesundheitsberufe jungen Nachwuchs heranzuziehen, der in der Gesundheitsversorgung eine attraktive Berufung sieht.

Fehlanreize wirken nicht nur auf die in der Versorgung Tätigen, sondern auch auf die **Krankenkassen**. Trotz morbiditätsorientiertem Risikostrukturausgleich gibt es für diese u.a. immer noch starke Anreize zur Risikoselektion. Offensichtlich wurde dies zuletzt in der Affäre um eine Krankenkasse, die ihren Angestellten trickreiche Verfahrensanleitungen für «Beratungsgespräche» an die Hand gab, um zusatzbeitragssäumige Mitglieder, bei denen die Kosten voraussichtlich die Einnahmen übersteigen, zum Wechsel in eine andere Krankenkasse zu überreden.

«Eine Umstellung von einem primär geldwirtschaftlich und gewinnorientierten Gesundheitssystem auf ein Patienten-orientiertes System muss das Ziel bleiben. Modelle sollten getestet werden, die dazu führen, dass junge Menschen primär Medizin studieren, weil sie als Ärzte arbeiten wollen (oder sich für die Wissenschaft Medizin interessieren) und nicht weil sie vorrangig viel Geld verdienen möchten.»

*Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser, Universität Hamburg,
Universitätsprofessorin für Gesundheit, Fachärztin
für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie*

Tatsächlich sind diese publizierten Fälle, ob «Beratungsgespräche», Erschwernisse beim Krankengeld oder die Verweigerung von notwendigen Hilfsmitteln für die Teilhabe am sozialen Leben, nur Auswüchse eines grundlegenden strukturellen Problems. Für die Öffentlichkeit viel weniger sichtbar ist das vertragliche Verhalten vieler Krankenkassen gegenüber Verbänden, Kassenärztlichen Vereinigungen und anderen oder auch das Stimmverhalten ihrer Entscheidungsträger im Gemeinsamen Bundesausschuss. Doch damit beeinflussen die Krankenkassen das Verhalten und die Bewegungsspielräume der Gesundheitsberufe und der Einrichtungen maßgeblich. Wenn aber kurzfristige wirtschaftliche Erwägungen den Krankenkassen mehr Wettbewerbsvorteile bieten als eine Ausrichtung auf die Schaffung von höherem Gesundheitsnutzen, mehr Behandlungseffizienz und die Förderung der Gesundheit ihrer Versicherten, dann ist auch letzteres nicht zu erwarten. Wenn wir erreichen wollen,

dass Fehlanreize sowohl in den kollektivrechtlichen Verträgen wie auch in der Vereinbarung von direkten selektiven Verträgen mit Gruppen von Leistungsanbietenden vermieden werden, dann müssen deshalb auch die Anreize für die Krankenkassen richtig auf den erzielten Gesundheitsnutzen hin ausgerichtet werden.

Und **Fehlanreize** gibt es auch auf Seiten der **Versicherten** und der **Patientinnen und Patienten**. Gesundheit ist keine klassische Dienstleistung durch Dritte, sondern entsteht im Kontext des Krankenversicherungssystems aus der Zusammenarbeit, einige sagen auch «Co-Produktion», von Ärztinnen und Ärzten, anderen Gesundheitsfachberufen sowie den Patientinnen und Patienten selbst. Neben der Wahl und der Beeinflussung des eigenen Lebensstils ist auch die Auswahl von geeigneten Krankenkassen wie Anbieterinnen und Anbietern eine wichtige Chance, die eigene Gesundheit positiv zu beeinflussen. Doch haben es die Versicherten und Patientinnen und Patienten mit einem hoch fragmentierten Gesundheitsmarkt zu tun, auf dem es kaum wissenschaftlich gesicherte und unabhängige Informationsangebote über die Qualität von Anbietenden und Krankenkassen gibt. Von Hilfen für solche Bevölkerungsgruppen, die Schwierigkeiten mit der Beschaffung und Verarbeitung von Informationen haben und einer gezielten Bildungsoffensive für ein besseres Wissen um Gesundheit und Krankheit ganz zu schweigen. Auswahlentscheidungen für bestimmte Anbietende oder Krankenkassen fallen daher oft eher zufällig oder nach Kriterien, die mit der zu erwartenden Versorgungsqualität wenig zu tun haben. Darüber hinaus wirken Patientinnen und Patienten als Nachfragende selber auch mit und stellen ihrerseits Anforderungen, die nicht immer qualitäts- und ergebnisfördernd sind, sondern mitunter Fehlanreize bei Krankenkassen und Leistungsanbietenden mit dem Ergebnis übermäßiger bzw. undifferenzierter Leistungsausweitung produzieren. Dabei darf aber nicht übersehen werden, dass Patientinnen und Patienten nicht selten auf Versprechungen der anderen reagieren, die ihnen suggerieren, dass die Inanspruchnahme von möglichst vielen oder den neuesten Behandlungsmethoden für sie besonders vorteilhaft sei.

In den letzten Monaten ist wiederholt die Aufforderung zu mehr Moral und Ethik im Gesundheitswesen vorgetragen worden, kurz darauf gefolgt dann von der Aufforderung an den Gesetzgeber, mit weiteren Normgebungen, Verboten oder Geboten einzugreifen und zu regulieren. Die Kommission ist hier zu einer anderen Empfehlung gekommen. Die Auswirkungen dieser Fehlanreize können nach ihrer Ansicht nicht allein durch Appelle an das Berufsethos der Gesundheitsberufe, die Systemverantwortung der Krankenkassen oder die Einsicht der Versicherten und genauso wenig durch eine immer tiefere zentralisierte Detailregulierung behoben werden. Zumal jede gesetzliche Detailregulierung mit ihrer inhärenten Bürokratisierung auch selber wieder ein Teil des Problems ist und die Begeisterung und das Engagement der in der Versorgung Tätigen lähmen kann.

«Die ärztliche Vergütung ist ein Quell der Unzufriedenheit und Fehlanreize.»

Dr. Gertrud Dremmler, Siemens-Betriebskrankenkasse, Vorstand

Statt mehr Regulierung im Detail sieht die Kommission den **Bedarf für eine intelligentere Regulierung des ökonomischen Rahmens**. Auf der Detailebene sieht sie sogar umgekehrt den Bedarf für mehr Entfaltungsmöglichkeiten. Wenn Gesundheit in ihren biologischen, sozialen, psychischen Qualitäten und Hintergründen wirklich erfasst werden können soll, dann braucht es dazu eher mehr als weniger Freiheiten, dann braucht es dazu neuer multiprofessioneller Kooperationsformen, und diese brauchen neue ökonomische Orientierungen. Eine konsequente Orientierung am Gesundheitsnutzen der Versicherten und damit der Qualität ist dauerhaft und zuverlässig erst dann gewährleistet, wenn diese von den Leistungserbringenden und den Krankenkassen nicht verlangt, ihre wirtschaftlichen Interessen zu verleugnen. Das bedeutet umgekehrt den Auftrag an den Gesetzgeber, dass der Beitrag der Leistungserbringenden bei der Schaffung von Gesundheitsnutzen nicht nur transparent zu sein hat («was leistet wer wie gut»), sondern auch direkt mit den ökonomischen Anreizen verknüpft werden muss («der höhere Gesundheitsnutzen muss auch zu höherem Einkommen führen»).

Die Gesundheitspolitik steht deshalb in der Verantwortung, die Leistungserbringenden und die Krankenkassen in einen Regulierungsrahmen zu stellen, der Gesundheitsnutzen fördert und die wirtschaftlichen Fehlanreize aus den oben beschriebenen Fehlentwicklungen verringert.

Das Ziel muss lauten: Wettbewerb und Ökonomie müssen die gute, sprich: gesundheitsnutzenstiftende Leistung belohnen. Also: Wert statt Menge, «Value statt Volume».

Mit dieser Ausrichtung drückt die Kommission schon implizit die von ihr bevorzugte Interventionsphilosophie aus. Sie favorisiert nicht den Abschied aus dem Wettbewerb und etwa die Vereinheitlichung bzw. Verstaatlichung der Krankenkassen und des Gesundheitssystems mit dem dadurch zu befürchtenden Bevormundungspotential und der Gefahr des Machtmissbrauchs, sondern hält an den positiven Elementen eines freiheitlichen Wettbewerbs fest – sie will aber einen **auf «gute» Versorgung fokussierten Wettbewerb**. Sie sieht auch wenig Nutzen in einer überbordenden Entwicklung von Kontrollapparaten, die im Nachhinein Fehlentwicklungen bestrafen sollen. Quantitative und qualitative Mindest- und Maximalvorgaben sowie die Aufsicht über ihre Einhaltung sind für die Vorhaltung der notwendigen Versorgung vielfach unabdingbar. Doch eine «gute» Versorgung braucht mehr als ein dichtes Regelwerk. Das Leitbild der Kommission ist deshalb das der verantwortlichen und an Gesundheitszielen orientierten Steuerung eines Marktgeschehens über Anreize und die Setzung eines Ordnungsrahmens, in der die Verfolgung einzelwirtschaftlicher Interessen und eine effiziente Versorgung der Bevölkerung nicht zu Zielkonflikten bei den Beteiligten führen. Das Ziel ist insofern die optimale Selbststeuerung von freien Individuen und freien Unternehmen, die sich aber selbst wirtschaftlich auch schon kurzfristig schaden würden, wenn sie diese Freiheit zulasten ihrer Patientinnen und Patienten oder Versicherten missbrauchen. Was wir daher brauchen, ist eine grundsätzlich veränderte Anreizstruktur. Die Erreichung des optimalen Gesundheitszustands der Versicherten muss auch zur ökonomischen Zielgröße aller Beteiligten im Gesundheitswesen werden.

«It Takes Systems To Pursue Quality And Efficiency»

Alain C. Enthoven and Laura A. Tollen
The People-to-People Health Foundation, Inc.

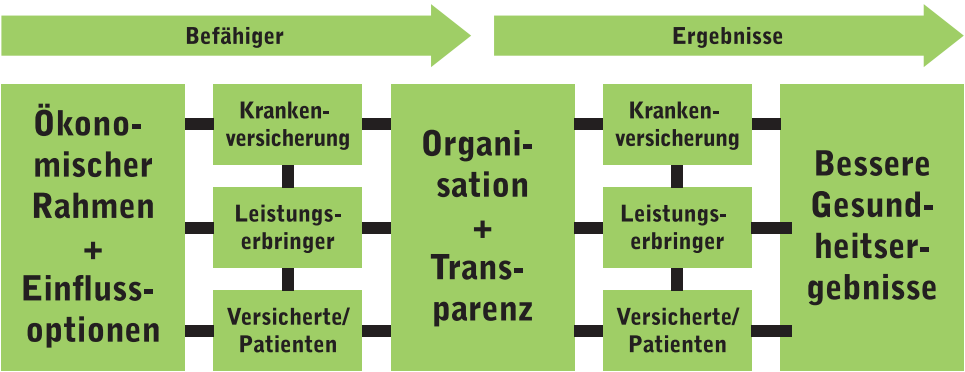
Um dies zu erreichen sind gewaltige Veränderungen auch in der **Organisation der Versorgung** zu entwickeln. Die Kommission sieht die heute immer noch vorherrschende Form der nicht oder kaum mit anderen Leistungserbringenden kooperierenden Einzelpraxis nicht als das optimale Organisationsmodell für die Erreichung des Ziels maximalen Gesundheitsnutzens. Dazu ist Medizin und Therapie zu komplex, das Wissen zu vielfältig, als dass es der einzelne Akteur beherrschen könnte. Vor allem multiprofessionelle Teams und regionale Zusammenschlüsse oder Kooperationen, die ökonomisch auf die Erzielung eines Gesundheitsnutzens für die je regionale Bevölkerung ausgerichtet sind, können sich tatsächlich dieser Aufgabe widmen. Dies ist kein Plädoyer gegen die bestmögliche qualitative Ausrichtung jedes einzelnen Agierenden, sondern die Weiterentwicklung dieses Engagements auf die Ebene der Region. Im Grunde schließen wir dabei in neuer Form an die Überlegungen der medizinischen Sozialreformer des ausgehenden achtzehnten Jahrhunderts an, die sich über die Behandlung der Einzelnen hinaus zugunsten von hygienischen Verhältnissen, Kindergärten, Schulen und Parks engagierten, etwa im Sinne Rudolf Virchows.

Nicht zuletzt steht zu hoffen, dass sich aus einer solchen Zusammenführung von individuellem und gemeinschaftlichem Engagement auch die **Begeisterung** für die Gesundheitsberufe entwickeln lässt, die vonnöten ist, um dem prognostizierten **Fachkräftemangel** entgegenzuwirken.

Zur Darstellung der Ziele und der vorgeschlagenen Interventionen sowie ihrer Auswirkungen lehnt sich die Kommission an das Modell für Business Excellence an, das von der Europäischen Stiftung für Qualitätsmanagement (EFQM) entwickelt wurde. Es wurde als europäische Variante des Malcolm Baldrige National Quality Award aus den USA und dem Deming-Preis aus Japan entwickelt. Es ist u.a. Grundlage für den Europäischen Qualitätspreis.

Qualitätsmodell der Empfehlungen der Gesundheitspolitischen Kommission

(in Anlehnung an das EFQM-Modell für Business Excellence)



«Wie geht es uns morgen?» Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen

Die Veränderung des ökonomischen Rahmens und die Aufhebung der Fehlanreize dort sowie die Erweiterung der Einflussoptionen für Kassen, Leistungserbringende und Versicherte sieht die Kommission dabei als die primären Befähiger für die Veränderung, z.T. auch noch unterstützt durch Veränderungen der Organisation und der Transparenzverpflichtungen. Letztere können in einem systemischen Sinn jedenfalls teilweise auch Ergebnis der veränderten Anreize sein und leiten damit über zu den Ergebnissen für Kassen, Leistungserbringende und Versicherte sowie Gesellschaft in Form von besseren Gesundheitsergebnissen.

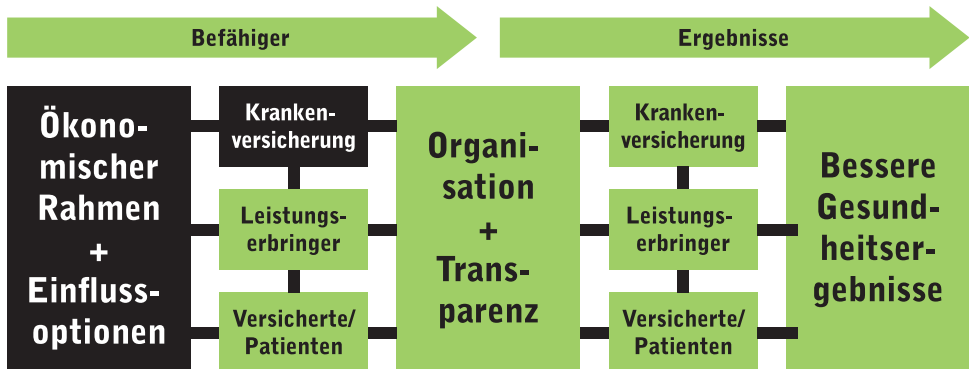
2 Zentrale Ansatzpunkte für veränderte Anreizstrukturen: Wie können wir Gesundheitsnutzen belohnen?

Angesichts der Bedeutung des Gesundheitswesens als Berufsfeld und Wirtschaftsbereich ist die Ausgestaltung der finanziellen Anreize besonders wichtig. Starke Impulse für eine stärkere Ausrichtung des Gesundheitswesens auf den Gesundheitsnutzen können aber auch von solchen Rahmenbedingungen ausgehen, die stärker auf die Betriebsformen der Leistungserbringung, das professionelle Selbstverständnis der Gesundheitsberufe oder die kollektive Interessenvertretung der Versicherten abheben. Für zentral halten wir in diesem Zusammenhang die folgenden Bereiche:

- den ökonomischen Rahmen, der das Verhalten der Krankenkassen (und zukünftig in einem einheitlichen Krankenversicherungssystem auch das der privaten Krankenversicherer) bestimmt; dies betrifft sowohl den Gesundheitsfonds mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich als zentrale Verteilungsstelle für die Finanzmittel wie auch die ökonomischen Beziehungen der Sozialleistungsträger untereinander (2.1);
- die Ausrichtung der Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Bereich auf ein Mehr an Qualität und Gesundheitsnutzen: Gesundheitsnutzen belohnen – Vergütungssysteme ethisch weiterentwickeln (2.2);
- die Weiterentwicklung der Selbstverwaltung der Krankenkassen und die Stärkung der Einflussoptionen der Interessenvertretungen von Patientinnen und Patienten (2.3);
- die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen für kooperative Versorgungsformen, denn Gesundheit mit ihren biologischen, sozialen und psychologischen Hintergründen erfordert immer mehr ein kooperatives Miteinander; hier finden sich auch neue Anreize für eine Modernisierung des professionellen Selbstbilds der Gesundheitsberufe und die Aufgabenverteilung zwischen ihnen (2.4);
- die Anforderungen an die Qualitätstransparenz sowohl auf der Seite der Leistungsanbietenden als auch auf der der Krankenkassen und der Versicherungen sowie die Ausgestaltung des Wettbewerbsrahmens, innerhalb dessen die Kassen miteinander um die bessere Versorgung konkurrieren und wie Versicherte sich darin dann die beste Kasse aussuchen können (2.5).

Die von uns erwarteten Ergebnisse der vorgeschlagenen Interventionen werden abschließend zusammenfassend beschrieben, wobei auch hier auf Krankenkassen, die Leistungsanbietenden sowie die Versicherten eingegangen wird.

2.1 Der ökonomische Rahmen für die Krankenkassen – der Gesundheitsfonds mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich: die zentrale Verteilungsstelle für 190 Milliarden Euro in 2013



Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen für ihre Versicherten eine Grundpauschale in Höhe der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben. Diese erhöht bzw. verringert sich durch Zu- bzw. Abschläge zum Ausgleich des nach Alter, Geschlecht und Krankheit unterschiedlichen Versorgungsbedarfs. Das heißt, Krankenkassen mit kränkeren Versicherten bekommen mehr Geld als die mit gesunden.

Dieser morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) soll gewährleisten, dass die Krankenkassen ihr Augenmerk auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der von ihnen finanzierten Gesundheitsversorgung richten – und nicht auf die «Optimierung» der Zusammensetzung ihrer Versichertenschaft.

«Die derzeitige Finanzierung der Krankenkassen über den Gesundheitsfonds und Morbi-RSA zwingt die Kassen zu kurzfristigem finanziellem Denken. Anreize für Investitionen, die sich später in besserer Gesundheit und niedrigen Kosten auszahlen, sind daher gering.»

Stefan Fetzner, Hochschule Aalen, Professor für Public Health und internationale Gesundheitssysteme

Allerdings ist die Zielgenauigkeit dieser Regelungen unzureichend. Schon vor zwei Jahren hat der Wissenschaftliche Beirat des Bundesversicherungsamts (BVA) darauf hingewiesen, dass die Zuweisungen für junge und gesunde Versicherte deutlich über deren durchschnittlichen Versorgungsausgaben liegen würden. Dagegen komme es bei älteren Versicherten zu deutlichen Unterdeckungen.

Die entstehenden Fehlanreize sind offensichtlich. Für viele Krankenkassen ist es nach wie vor lohnender, sich durch entsprechende Werbemaßnahmen auf die Gewinnung gesunder Versicherter zu konzentrieren, als in Versorgungsangebote mit hoher Gesundheitseffizienz zu investieren.

Denkbar sind Fehlanreize auch mit Blick auf die Präventionsaktivitäten der Krankenkassen (v.a. der Tertiärprävention zur Verhinderung der Verschlimmerung bereits bestehender Erkrankungen sowie der Rehabilitation). Die Ausgestaltung des Morbi-RSA («Geld für Krankheit») könnte negative Auswirkungen auf die Bereitschaft der Krankenkassen haben, Präventionsmaßnahmen zu finanzieren. In den letzten Jahren sind die Aufwendungen der Krankenkassen für Prävention gesunken.

Ein weiteres Anreizproblem stellt die Trennung von SGB XI (Pflegeversicherung) und SGB V (Krankenversicherung) bei gleichzeitiger Unterstellung der Pflegekassen unter die Regie der Krankenkassen dar. Eine Verhinderung der Pflegebedürftigkeit ist so für die regieführende Krankenkasse uninteressant, da etwa Aufwendungen für die geriatrische Rehabilitation zu ihren Lasten ginge, während die Kostenersparnis durch verhinderte oder verminderte Pflegebedürftigkeit bei den Pflegekassen anfallen würde (wo sie allerdings zugunsten aller Pflegekassen über den Finanzausgleich weitergereicht würde). Die Verlangsamung des Voranschreitens von Erkrankungen, wie z.B. Demenz, Rheuma, Multiple Sklerose und oder die möglichst große Eigenständigkeit bei Behinderungen finden bei den Krankenkassen nicht die gebührende Aufmerksamkeit, da mit der Heimunterbringung die notwendigen pflegerischen Leistungen nicht mehr von den Krankenkassen, sondern von den Pflegekassen bezahlt werden. Andererseits werden Pflegekassenleistungen zum Nutzen der GKV-Seite und gegen den Sinn der Pflegekassenaufgaben ausgenutzt. Für die betroffenen Patientinnen und Patienten stellt es sich häufig schwierig dar, den Adressat einer Forderung nach entsprechenden Leistungen zu identifizieren, da beide Systeme auf den jeweilig anderen verweisen. Ähnliche, wenn auch nicht ganz so starke «Verschiebebahnhöfe» existieren auch zwischen den anderen Sozialversicherungsträgern.

Reformperspektive

Der Morbi-RSA ist so anzupassen, dass die Möglichkeiten der Kassen, im Präventions-, Versorgungs- und Vertragsmanagement – z.B. in der Suche nach den richtigen Vertragspartnern – Überschüsse zu erzielen, höher sind als in der gezielten Selektion der Versicherten.

Darüber hinaus ist zu prüfen, ob Anreize innerhalb des Morbi-RSA geschaffen und wie sie ausgestaltet werden könnten, die die Krankenkassen dazu bewegen, gezielt in Regionen mit schwacher Sozialstruktur, z.B. in benachteiligten Stadtvierteln in Großstädten oder in strukturschwachen ländlichen Regionen, um Versicherte zu werben und diese in ihrer Gesundheit zu unterstützen. Krankenkassen sollen dadurch bewegt werden, die Versorgung in solchen Regionen zu erhalten und zu verbessern.

Bereits 2005 hat der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen vorgeschlagen, die Pflegeversicherung in die Krankenversicherung zu überführen. So könnten «Verschiebebahnhöfe» vermieden und den Versicherten auch die aufwändige Suche nach den jeweils zuständigen Leistungsträgern erspart werden. Allerdings gibt es auch kritische Stimmen, die vor einer vollständigen Integration der Pflege- in die Krankenversicherung warnen. Diese könnte zu einer noch stärkeren Medizino-rientierung der Pflege führen. Zu befürchten sei ein weiterer Bedeutungsverlust der

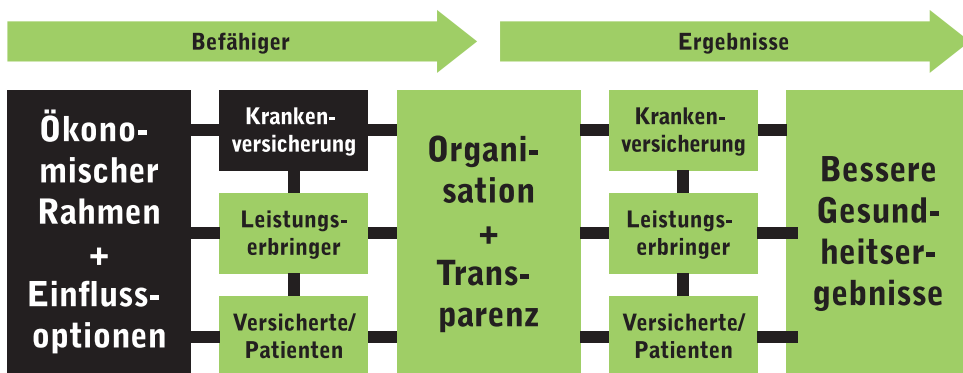
in der Pflegeversicherung ohnehin unzureichend ausgeprägten Aspekte der sozialen Teilhabe und der Erhaltung und Wiederherstellung der Selbstbestimmungsfähigkeit der Pflegebedürftigen. Bedenkenswerte Warnungen. Die Kommission hält deshalb solche Reformmodelle für besonders interessant, die Fehlanreize entgegenwirken, ohne die Versorgung und Begleitung der Pflegebedürftigen vollständig an die Krankenversicherung zu delegieren. Zu diesen zählen die beiden folgenden Modelle:

- *Die Schaffung von Anreizen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit für die Krankenkassen.* Derzeit erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds die nach Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen gewichteten durchschnittlichen Versorgungskosten, die für einen Versicherten voraussichtlich anfallen. Ein möglicher Weg, Anreize zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit für die Krankenkassen zu schaffen, könnte darin bestehen, dass Krankenkassen, die z.B. durch erfolgreiche Prävention oder Rehabilitation Pflegebedürftigkeit ihrer Versicherten vermeiden, einen Teil der Ersparnisse erhalten, die die Pflegeversicherung durch die Vermeidung erzielt. Dazu könnten z.B. erfolgversprechende Maßnahmen durch die Pflegeversicherung mitfinanziert werden. Denkbar wäre auch, die risikoadjustierten durchschnittlichen Pflegekosten in den Risikostrukturausgleich aufzunehmen. Kassen, bei deren Versicherten die tatsächlichen Pflegekosten durch erfolgreiche Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen geringer als die risikoadjustierten durchschnittlichen Pflegekosten sind, verbessern dadurch ihre finanzielle Situation. Dazu müssen die Zahlungsströme zwischen Kranken- und Pflegeversicherung entsprechend angepasst werden.
- *Die partielle Integration der Pflegeversicherung in die Krankenversicherung.* Dieses Reformmodell sieht vor, die fachpflegerische, medizinische und rehabilitative Begleitung (Cure-Leistungen) in der Krankenversicherung zu bündeln. Damit würde die sozialrechtliche Trennung von Behandlung, Rehabilitation und Pflege durchbrochen. Eigenständig geregelt würden die Leistungen, die der gesellschaftlichen Teilhabe dienen (Care-Leistungen – Hauswirtschaft, soziale Betreuung, Assistenz). Diese Leistungen könnten dann stärker in die nachbarschaftlichen und kommunalen Zusammenhänge integriert werden. Die Bestrebungen, ein Leistungsgesetz für Teilhabe zu schaffen, wären inhaltlich und zeitlich anschlussfähig. Umgekehrt könnten auch die Pflegekassen Rehabilitationsträgerin werden und insoweit durch eigene Leistungen Pflegebedürftigkeit vermeiden helfen.

Handlungsempfehlungen

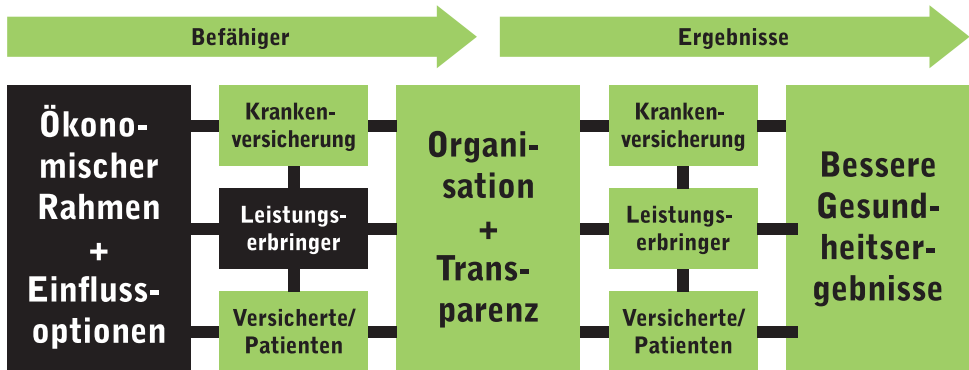
- Der Morbi-RSA ist **von Fehlanreizen zu bereinigen**, die zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen führen (u.a. bessere Berücksichtigung der Versorgungskosten für Sterbende, Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsstruktur bei Kostenerstattung, Berücksichtigung der Höhe der dem Krankengeldanspruch zugrunde liegenden Löhne sowie der krankengeldspezifischen Morbidität bei den Zuweisungen für diesen Leistungsbereich).

- Um ein Versorgungsinteresse in Regionen mit schwächerem sozialem Milieu zu unterstützen, ist die Ergänzung der Ausgleichskriterien um einen **regionalen Sozial-Indikator** zu erwägen. Dafür spricht, dass sich die Krankheitsbewältigungskosten je nach sozialem Milieu unterscheiden. Zudem sind ärztliche Über- und Unterversorgung eng mit der sozialen Situation einer Region verbunden. Fehlanreize für Krankenkassen, in solchen Regionen ihr Engagement zu reduzieren, sind deshalb auszugleichen und umgekehrt ein Investment in die Verbesserung des Gesundheitsstatus in derartigen Regionen zu unterstützen. Bei der Abwägung, ob ein solches zusätzliches Ausgleichskriterium einzuführen ist, wird aber auch der methodische Aufwand zu berücksichtigen sein, der mit einem solchen zusätzlichen Indikator verbunden sein könnte.
- Die Auswirkungen des Morbi-RSA auf die Investitionen der Krankenkassen in die **Prävention und Rehabilitation** sind im Auge zu behalten. Zu prüfen sind Ansätze bei der Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, **die relative Verbesserung des Gesundheitszustands eines Versicherten gegenüber dem Vorjahr positiv zu belohnen**. Auf diese Weise würde für die Krankenkassen ein starker Anreiz entstehen, über kollektiv- oder selektivrechtliche Verträge bzw. durch direkte Investitionen in Prävention, Rehabilitation und Versorgungsmanagement ihre Versicherten relativ zu den Versicherten anderer Krankenkassen gesünder zu machen. Der Zugewinn gesunder Versicherter dürfte nicht angerechnet werden.
- Um Pflegebedürftigkeit so weit wie möglich zu vermeiden und den Grundsatz «Rehabilitation vor Pflege» umzusetzen, sind die vorhandenen **Fehlanreize zwischen Kranken- und Pflegeversicherung** sowie anderen Sozialversicherungsträgern **auszuräumen**. Die beiden o.a. Reformoptionen sollten durch den Gesetzgeber weiter ausgearbeitet und gutachterlich und mit Beispielesdaten von Kranken- und Pflegekassen gerechnet und begleitet werden. Gemeinsam mit den zuständigen Sozialleistungsträgern sowie den Verbänden der Betroffenen sollte dann ein Diskussionsprozess organisiert werden, in dem die genannten und ggf. weitere Reformmodelle kurzfristig zur Gesetzesreife gebracht werden.



- 1. Morbi-RSA von Fehlanreizen bereinigen
- 2. Einführung eines regionalen Sozialindikators prüfen
- 3. Weiterentwicklung des Morbi-RSA prüfen («Investitionen in Gesundheit» belohnen)
- 4. Fehlanreize zwischen Kranken- und Pflegeversicherung sowie anderen Sozialversicherungsträgern ausräumen

2.2 Gesundheitsnutzen belohnen – Vergütungssysteme ethisch weiterentwickeln; Ausrichtung der Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Bereich auf ein Mehr an Qualität und Gesundheitsnutzen



Die Vergütungssysteme sind ein zentraler Baustein der Anreizstrukturen im Gesundheitswesen. Die heutigen Vergütungssysteme sind trotz aller Reformen mehrheitlich immer noch dem historischen Konzept der Einzelleistungsvergütungen verbunden. Die Leistung wird vergütet und die Leistung wird nicht am Erfolg, sondern an der Erbringung bestimmter Interventionen – evtl. gekoppelt mit Zeitdauer und Schwere des Falles – gemessen.

«Niedergelassene Ärzte denken in EBM-Ziffern. Darüber hinaus unterstützt der innersektorale Verteilungskampf diese Anreize. Gleiches gilt für den stationären Sektor, der auch Leistungserbringer honoriert, die mehr tun als notwendig. Den Patienten kommt dies nicht zugute.»

*Prof. Dr. Dieter Ahrens MPH, Hochschule Aalen,
Professor für Gesundheitsökonomie und -management*

Eine Vielzahl von Fehlanreizen ist bekannt und wird seit langem diskutiert:

- Die Vergütungen haben in der Regel keinen Bezug zum Gesundheitsergebnis. Belohnt werden die Ärztinnen und Ärzte, die innerhalb des Rahmens der Gesamtvergütung viel diagnostizieren und therapieren. Das sind aber nicht zwingend diejenigen, die ihre Patientinnen und Patienten «gut» behandeln.
- Das Vergütungssystem im ambulanten Bereich wird nicht den Anforderungen kooperativer und sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen gerecht. Sein Leitbild ist immer noch die isolierte Einzelpraxis.
- Vor allem im Krankenhausbereich sind die Auswirkungen der falschen Anreize ins öffentliche Bewusstsein gerückt, so u.a. die Mengenausweitungen bei operativen Eingriffen, Manipulationen in der Transplantationsmedizin, die Vernach-

lässigung von Hygieneerfordernissen und Chefarztverträge mit problematischen Zielvereinbarungen.

- Viele Krankenhäuser haben – ausgelöst durch die Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip in Verbindung mit den spezifischen Anreizen aus dem DRG-Abrechnungssystem, der dualen Krankenhausfinanzierung und den Mindestmengenregelungen – Personal auf den Stationen und in den Servicebereichen übermäßig reduziert und stattdessen eher in die Codierungsqualität und die gezielte Mengenausweitung investiert.
- Nicht zuletzt führen die unterschiedlichen Vergütungssysteme in GKV und PKV sowie die mangelhafte Transparenz über Preis, Qualität und Nutzen von Selbstzahlungsleistungen für den ambulanten Bereich (in den Krankenhäusern gilt für GKV und PKV ein einheitliches Preissystem, allerdings setzen Privatliquidationen auch dort problematische Anreize) zu schweren Fehlanreizen. In der Folge werden häufig die Art und das Ausmaß der Behandlung der Patientinnen und Patienten nicht von der Schwere ihrer Erkrankung, sondern von der Art ihres Krankenversicherungsschutzes oder der privaten Zahlungsbereitschaft abhängig gemacht. Regionen und Stadtteile mit einem geringen Anteil an Privatversicherten bzw. mit geringem Einkommensniveau sind für Ärztinnen und Ärzte unattraktiv, während solche mit vielen Privatversicherten sie anziehen. Regionale Unter- und Überversorgung sind die Folge.

«Es werden Leistungsmengen, nicht aber die Qualität derselben angereizt.»

*Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach MPH, Sachverständigenrat
zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Vorsitzender*

Reformperspektive

Als wichtigste Aufgabe sieht die Kommission zunächst die Rückführung der herrschenden Fehlanreize im Vergütungssystem. Der Kommission ist dabei bewusst, dass sich ärztliches und pflegerisches Handeln nur begrenzt in einfachen Reiz-Reaktions-Ketten vollzieht. Vielfach wird auch trotz falscher Anreize optimale Arbeit gemacht, steht die (Mit-)Menschlichkeit und die Standesethik im Vordergrund. Allerdings ist es mittelfristig nicht wahrscheinlich, dass sich die Mehrheit der Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen den Wirkungen einer fehlangereizten Ökonomie entziehen und eine «Enklave der Gerechten» gegen diesen Trend stemmen könnte. Mancher «Burn-Out» im Gesundheitswesen und vielleicht auch eine Vielzahl der Arbeitsplatzwechsel oder auch die gänzliche Aufgabe des Gesundheitsberufs könnten auf dieses Konto gehen.

Die Kommission sieht deshalb die Aufgabe der Politik darin, Bedingungen für ein positives, mitmenschliches Verhalten auch wirtschaftlich zu schaffen. Sie weiß dabei um die erst kürzlich im Pay-for-Performance-Gutachten des BQS-Institut für Qualität

und Patientensicherheit² betonten Begrenzungen der wissenschaftlichen Erfolgsvidenz von Pay-for-Performance (P4P)-Anreizen. Sie folgt den dort genannten Empfehlungen, zunächst durch Benchmarking, Feed-back, Edukation sowie Public Reporting vor allem fachlich-inhaltliche Motive anzusprechen. Diese sollen erst in der Folge bzw. bei dem Scheitern derartiger Lösungen durch direktere finanzielle Instrumente, also Formen aus dem P4P-Kanon, ergänzt werden.

Bei Verträgen zur Integrierten Versorgung und anderen Selektivverträgen können und sollen die Vertragspartner auch weiterhin die Vergütungsmodalitäten eigenständig regeln und sehen, wie sie die besten Ergebnisse mit welchen Anreizen erzeugen. Diese Vertragsformen stellen insofern auch für erfolgsorientierte Vergütungselemente ein Experimentier- und Erprobungsfeld dar – allerdings ergänzt um Rahmenbedingungen, die für Qualitätstransparenz sorgen. Für die kollektivvertraglich geregelten Versorgungsbereiche der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung wie auch den Bereich der Krankenhausvergütung sind zusätzlich zu den intrinsischen Anreizen auch Anpassungen der Vergütungssysteme anzustreben, die Fehlanreize zur Unter- und Überversorgung vermeiden und stattdessen Anreize für Kooperation und Koordination auch über Sektorengrenzen hinweg setzen. Notwendig sind Vergütungsbestandteile, die gute Qualität belohnen – die dafür notwendige Transparenz vorausgesetzt –, und die dafür sorgen, dass es sich auch einzelwirtschaftlich rechnet, leitliniengerecht zu versorgen und unnötige Leistungen zu vermeiden.

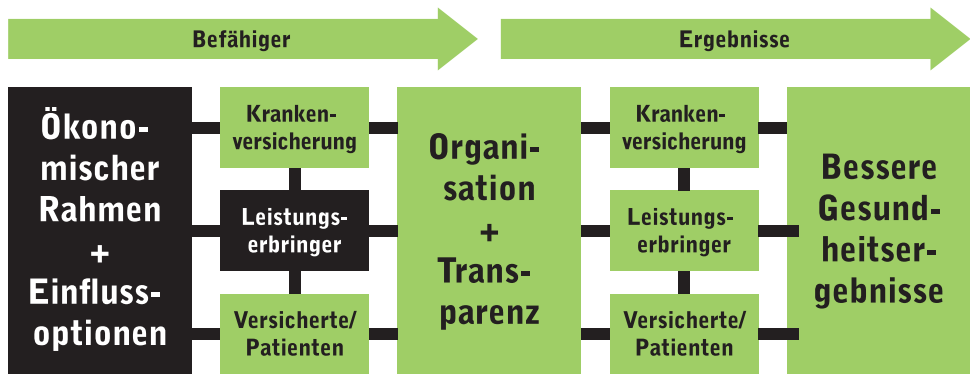
Handlungsempfehlungen

- Im Zuge der Zusammenführung von GKV und PKV wird auch für die ambulanten ärztlichen Leistungen ein **einheitliches kollektivrechtliches Preissystem** geschaffen. Dabei ist eine Absenkung der Honorarsumme auszuschließen. Anzustreben ist aber eine **bedarfsgerechtere Verteilung** der Honorare **regional** und zwischen den einzelnen ärztlichen **Fachgruppen**. Die damit verbundenen finanziellen Belastungen der gesetzlichen Krankenkassen sind auch unter Einbeziehung der bisher gezahlten Vergütung für privatärztliche Leistungen der Privatversicherten in die Finanzierungsbasis auszugleichen.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, mit einem im Bewertungsausschuss zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen zu verhandelnden **Anteil der Gesamtvergütung die Erbringung von qualitätsgesicherten, zweckgebundenen und speziell verhandelten Leistungen** zu fördern, die auf regionaler Ebene in besonderem Maße (z.B. bei Nachweis bestimmter risikoadjustierter Qualitätskennziffern, mit besonderem Invest in Prävention) oder für spezifische Gruppen (z.B. Pflegeheimbewohner und -bewohnerinnen oder Behinderte) die **Qualität der Versorgung** nachweislich verbessern.

2 Veit/Hertle/Bungard/Trümmer/Ganske/Meyer-Hofmann: Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit 2012.

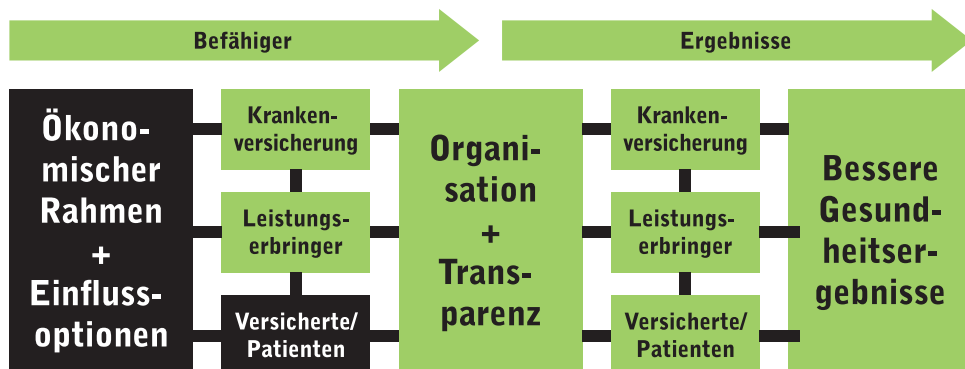
- Stärkere **Harmonisierung der sektoralen Vergütungssysteme**, eine Ausweitung der Versichertenbeteiligung und die Verbesserung der Transparenz z.B. durch die Bereitstellung der Daten für wissenschaftliche Institutionen durch die Zusammenlegung des bisherigen Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), ggfls. auch des BQS-Instituts zu einem gemeinsamen unabhängigen Institut in Trägerschaft des Spitzenverbandes der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).
- Für die **Krankenhäuser** sind die heute gegebenen **Anreize für eine Mengenausweitung zu korrigieren**. Dafür bieten sich mehrere Wege an, die nebeneinander auf ihre Erfolgswirksamkeit hin geprüft und bei Anwendung evaluiert und öffentlich verglichen werden sollen.³
 - A) Die für die regionalen Vertragspartner optionale Einbindung von Krankenhäusern in **regionale Gesundheitsnetze** mit einem Budgetverantwortungsmodell nach § 140 a ff und Befreiung von den Vorgaben des DRG-Systems zugunsten eigener Lösungen der Vertragsschließenden sowie vergleichender Berichterstattung.
 - B) Ein **Zweitmeinungsverfahren** mit einer am Nutzen für Patientinnen und Patienten orientierten **Indikationsstellung**, mit der kurzfristig die Indikationsstellung für planbare chirurgische Maßnahmen genauer abzusichern ist. Die Auswirkungen eines solchen Verfahrens auf Art und Häufigkeit von Indikationsstellungen wären zu evaluieren.
 - C) Stärkere Anbindung des wirtschaftlichen Wohlergehens des Krankenhauses an die **erzielte Ergebnisqualität**. Eine vergleichsweise bessere medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung, eine intensivere Vorbereitung der Patientinnen und Patienten auf die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt (inkl. besserem Entlassmanagement) und ihre Befähigung zu einem gesundheitskompetenten Verhalten muss sich für die Krankenhäuser lohnen, ein schlechtes muss sich auch entsprechend negativ auf die erzielte Vergütung auswirken. Vorwiegend in den angelsächsischen Ländern wird dazu intensiv mit Vergütungsmodellen gearbeitet, die bestimmte, im Voraus einbehaltene Vergütungsanteile («withholds») bzw. im Nachhinein wirksame Bonusanteile erst dann ausschütten, wenn die Krankenkassenroutinedaten über die weitere Genesung der Patientinnen und Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt zeigen, dass die Ergebnisdaten gut sind. Die Kommission schlägt die Erprobung derartiger Vergütungsmodelle vor.

³ Die Ergebnisse eines für Mitte 2013 zur Vorlage vorgesehenen Gutachtens, das von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem GKV-Spitzenverband und dem PKV-Verband gemeinsam beauftragt wurde, könnten weitere Lösungsvorschläge beinhalten.



- 1. Einheitliches kollektivrechtliches Preissystem (PKVGKV), bedarfsgerecht adjustiert
- 2. Kassenärztliche Vereinigungen werden verpflichtet, Anteile der Gesamtvergütung für spez. qualitative Anreize festzulegen
- 3. Harmonisierung der sektoralen Vergütungssysteme
- 4. Korrektur der heutigen Mengenanreize für die Krankenhäuser

2.3 Versicherten- und Patientenvertretung stärken: Veränderungsansätze für die Selbstverwaltung der Krankenkassen und die Gemeinsame Selbstverwaltung



Die Selbstverwaltung der Krankenkassen durch ihre Versicherten ist ein wesentliches Gut für die Legitimation der Krankenkassen und kann wichtige Impulse für ein stärker an Gesundheitszielen und -ergebnissen ausgerichtetes Kassenhandeln geben. Allerdings bleibt die aktuelle Form der Selbstverwaltung weit hinter ihren Möglichkeiten zurück. So widerspricht beispielsweise bei vielen Krankenkassen der Verzicht auf das elementare demokratische Modell der Urwahl durch die Versicherten grundlegenden demokratischen Regeln, und die Bezeichnung der stattdessen gewählten Selbstführung der vor Jahrzehnten einmal gewählten Selbstverwaltung als sog. «Friedenswahlen» kann nur als Täuschung der Öffentlichkeit bezeichnet werden.

«Den Versicherten muss in der Selbstverwaltung ein größeres Gewicht zukommen. Die Politik sollte sowohl die Selbstverwaltung der Kassen als auch die gemeinsame Selbstverwaltung von Kassen und Leistungserbringern stärken.»

*Christian Felkner, AOK Bayern, Leiter
Grundsatzfragen, Gesundheits- und Sozialpolitik*

Eine ganze Reihe weiterer demokratischer Probleme erfordern eine grundsätzliche Reform der Selbstverwaltung. So u.a. die bisherige Beschränkung der Wahlhandlung der Versicherten auf diejenigen, die gleichzeitig Beitragszahlende sind, d.h. große Teile der Versicherten wie die Familienangehörigen sind bisher von der Wahl ausgeschlossen. Nicht akzeptabel ist auch die völlig unzureichende Repräsentanz von Frauen in der Selbstverwaltung (durchschnittlich 18% bei den Sozialwahlen 2011). Reformbedarf sehen wir aber auch bei der Transparenz der Selbstverwaltung und ihres Handelns und der Listen, der Ermöglichung von Listen und Präferenzstimmen bis hin zu der Ermöglichung von Online-Wahlverfahren, um eine wirkliche Auswahl und damit auch die Beteiligung an den Sozialwahlen zu erhöhen.

Wesentliche Entscheidungen zur konkreten Ausgestaltung des Gesundheitssystems werden in Deutschland in den Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung aus Krankenkassen einerseits und Organisationen der Leistungserbringenden andererseits getroffen. Derzeit ist die Transparenz dieser Gremien gegenüber der Öffentlichkeit ebenso wie der Umfang der Einbindung und Entscheidungsbeteiligung von Vertreterinnen und Vertretern der Versicherteninteressen je nach Gremium sehr unterschiedlich und überwiegend unzureichend ausgestaltet. Eine Stärkung der Versichertenvertretung in den Gremien ist durchgängig notwendig, um ein Gegengewicht zu den Interessen der Leistungserbringenden und der Krankenkassen zu bilden.

Reformperspektive

Eine zeitgemäße Modernisierung der Selbstverwaltung ist zwingend und kann dazu auf wichtige gutachterliche Stellungnahmen und die Vorschläge des Bundeswahlbeauftragten für die Sozialversicherungswahlen 2011 zurückgreifen. Erreicht werden soll damit eine deutliche Verbesserung der demokratischen Potenziale des Selbstverwaltungsmodells, eine Stärkung der Bürgergesellschaft und die Gewinnung der Selbstverwaltung als Ideengeber für die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und die Erhöhung des Gesundheitsnutzens ihrer Versicherten.

Innerhalb der Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung ist die Vertretung der Versicherten so zu stärken, dass sie Einblick in alle relevanten Sachverhalte erhält und die qualifizierte Beschäftigung der Partnerinnen und Partner der Selbstverwaltung mit ihren Anliegen sichergestellt ist. Dabei sind Vorkehrungen nötig, dass die Versichertenvertretung auch die nötige Unabhängigkeit von den Interessen der anderen Akteure im Gesundheitssystem wahrt.

Handlungsempfehlungen

Für die Reform der Selbstverwaltung der Krankenkassen:

- **Ersatz der Option von Friedenswahlen durch verpflichtende Urwahlen für alle Krankenkassen.**
- **Ausweitung der aktiven wie passiven Wahlberechtigung** auf alle Versicherte ab dem Alter von 16 Jahren, unabhängig davon, ob sie selber Beitragszahlende sind oder Dritte für sie Beiträge entrichten.
- **Weiterentwicklung der Selbstverwaltung zum Versichertenparlament**, verbunden mit einer Erhöhung der Transparenzverpflichtungen für die Wahllisten und der Möglichkeit, sich über die Medien der Krankenkasse den Versicherten vorab vorzustellen und um deren Unterstützung zu werben. Dafür sind u.a. erforderlich.
 - A) Erweiterung des Kreises der vorschlagsberechtigten Organisationen für Versichertenvertreterinnen und -vertreter auf alle Vereinigungen mit gesundheits-, verbraucher-, sozial- und berufspolitischer Zwecksetzung und deren Verbände. Eine solche Vereinigung muss mindestens 1.000 Mitglieder haben.

Sie muss durch die Offenlegung ihrer Finanzierung nachweisen, dass sie unabhängig arbeitet. Ihre innere Ordnung muss demokratischen Grundsätzen entsprechen.

- B) Verpflichtung der Versichertenvereinigungen, die Vorschlagslisten im Sinne geschlechterbezogener Repräsentativität aufzustellen.
- C) Ermöglichung von Online-Wahlen.
- D) Qualifizierung der Selbstverwaltungsakteurinnen und -akteure sowie die Verbesserung ihrer Handlungsmöglichkeiten durch eine grundlegende Ausstattung und Zuarbeit.
- E) Mehr Gestaltungsspielraum für die Selbstverwaltung, etwa durch Initiativrechte im Leistungs- und Vertragsrecht.

Für die Reform der Gemeinsamen Selbstverwaltung:

■ Etablierung der **Patientenvertretung im (Erweiterten) Bewertungsausschuss** sowie in allen Beratungen auf der Grundlage bzw. zur Festlegung der Bundesmantelverträge mit einem Antrags- und Mitberatungsrecht.

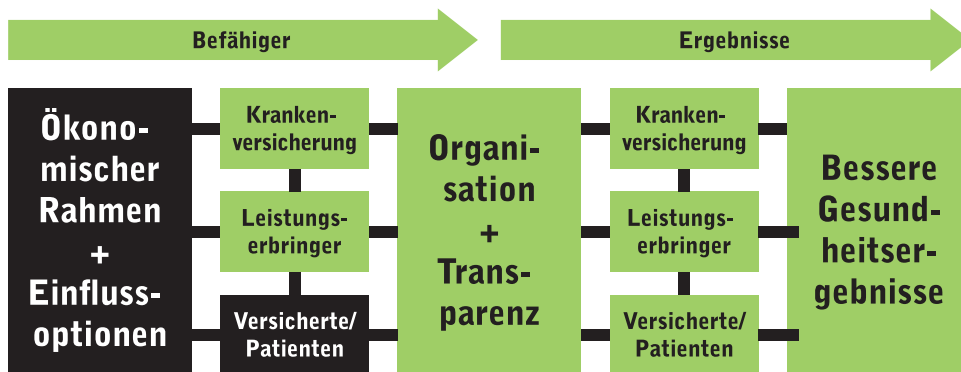
■ Erhöhung der **öffentlichen Transparenz** der Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss.

■ Zur **Stärkung der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss** (GBA) bieten sich folgende Möglichkeiten an:

- A) Vorschlag eines stimmberechtigten vierten unparteiischen Mitglieds durch die Patientenvertretung; bei Patt hat der unparteiische Vorsitzende eine zweite Stimme.
- B) Pflicht zur inhaltlichen, schriftlichen und öffentlichen Begründung bei der Ablehnung von Anträgen im Plenum des GBA.
- C) Darüber hinaus sollte durch ein unabhängiges Gutachten geprüft werden, ob und in welchen Sachzusammenhängen ein Zusammenwirken der Interessen von Leistungserbringenden und Krankenkassen zu Lasten der Patientinnen und Patienten droht. Es ist zu prüfen, ob in diesen Bereichen ein Stimmrecht der Patientenvertretung perspektivisch eingeführt werden kann.
- D) Die Patientenvertretung erhält in stärkerem Umfang als bisher finanzielle Unterstützung für die Erfüllung ihrer Arbeit und den Auftrag, aus diesen Mitteln u.a. ihre Struktur, Mitglieder und Ziele, ihr Wirken und die Beteiligungsmöglichkeiten an der Patientenvertretung für interessierte Personen fortlaufend öffentlich darzustellen.

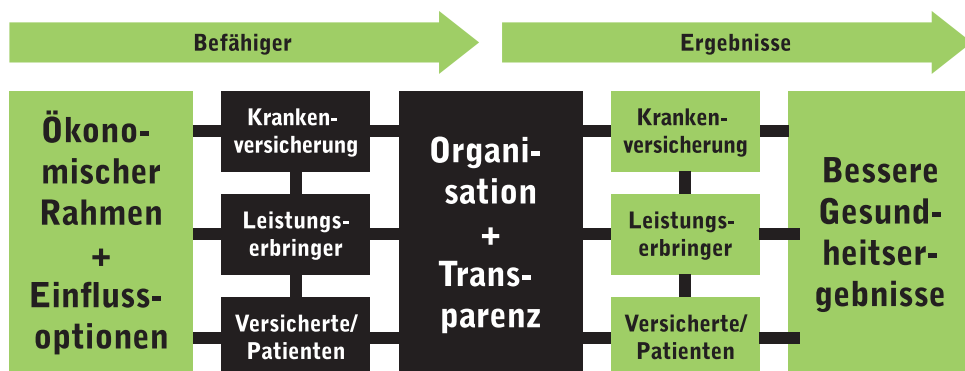
■ Das Bundesministerium für Gesundheit wird verpflichtet, bei Einschränkungen der Rechte der Patientenvertretung aufsichtlich aktiv zu werden.

■ Verbände, deren Mitglieder in der Patientenvertretung mitwirken, werden verpflichtet, ihre **Unabhängigkeit von Industrie, heilberuflichen Fach- und Berufsverbänden und Krankenkassen** strukturiert öffentlich darzulegen.



- 1. Stärkung der Mitwirkungsrechte der Versicherten durch verpflichtende Urwahlen in den Krankenkassen
- 2. Weiterentwicklung der Selbstverwaltung in den Kassen zum Versichertenparlament mit erweiterter Wahlberechtigung
- 3. Erweiterte Mitbestimmung der Patientenvertreter im erweiterten Bewertungsausschuss und im Gemeinsamen Bundesausschuss
- 4. Verpflichtung der Patientenvertretung auf Darlegung ihrer Unabhängigkeit

2.4 Verantwortungsübernahme für die regionale Gesundheits-optimierung stärken – Gesundheitsnetze knüpfen – multiprofessionelle Teams bilden



Der demografische Wandel, regionale Disparitäten sowie die Zunahme an chronischen Erkrankungen lassen den Bedarf an Integration und Koordination der Gesundheitsversorgung steil ansteigen. Doch gerade hier liegt die zentrale Schwäche des deutschen Gesundheitssystems. Die auffällige Anzahl diagnostischer Tests, die hohe Zahl der Arztkontakte, die häufigen Arzneimittelschäden vor allem bei Älteren und die eklatanten Informationsbrüche zwischen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten, Psychotherapeuten und -therapeutinnen sowie Kliniken wie aber auch Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Apotheken und Pflegediensten zeugen von den großen Ineffizienzen an den Schnittstellen der Gesundheitsversorgung. Kurzfristige symptomorientierte reaktive Behandlung dominiert vor langfristig planender proaktiver Versorgung.

Gleichzeitig wachsen insbesondere in ländlichen, strukturschwachen Räumen die Versorgungsprobleme vor allem im Bereich der Primärversorgung. Die übliche Praxismacherei gelingt immer weniger. Dies hat vielfältige Ursachen, die mit «mehr Geld» nicht gelöst werden können. Sie reichen von subjektiver Überforderung in der einzelnen ärztlichen Praxis, der mangelhaften Perspektive für die Ausbildung der Kinder, den unzureichenden kulturellen Angeboten bis hin zur nicht mehr zeitgemäßen lebenslangen Bindung an eine Praxis und zu falschen Kriterien bei der Auswahl und Ausbildung künftiger Medizinerinnen und Mediziner.

Was oben zunächst für die Ärzteschaft dargelegt wurde, gilt auch für die anderen Gesundheitsberufe: So steigert die Zunahme chronisch voranschreitender Erkrankungen den Anteil gebrechlicher und pflegebedürftiger Menschen, die auf professionelle Unterstützung und Pflege angewiesen sind. Die Gesunderhaltung und das Lernen, mit Krankheit umzugehen, werden nicht nur zur wichtigen Aufgabe für die einzelnen Menschen, sondern auch zum Einsatzfeld der Gesundheitsberufe. Es werden neue Versorgungsaufgaben hinzukommen, die weniger auf Kuration ausgerichtet sind, als viel mehr z. B. auf eine altersgerechte Prävention und Rehabilitation, auf palliative Versorgung, auf die Versorgung von an Demenz Erkrankten oder auf

die Betreuung am Lebensende. Die Komplexität der Erkrankungen bzw. der Gesundheitszustände wächst, weil die Morbidität zunimmt und neben medizinischen Indikatoren auch psychische, soziale, personale sowie Lebensweise und Lebenssinn bestimmende Indikatoren hinzutreten. Die Integration der verschiedenen Versorgungsansätze im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen erweist sich sowohl von der fachlichen als auch von der ökonomischen Seite her als einzig realistischer Lösungsansatz.

Die Gesundheitsberufe benötigen dafür ein anderes professionelles Selbstbild, das die veränderte Aufgabenteilung im Gesundheitswesen einschließt. Die bestehenden Berufszuschnitte und -rollen verlangen nach Überarbeitung und rechtlich neu verorteten Kompetenzen. Neben die medizinische Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten treten gleichberechtigt die Beratung, Versorgung und Pflege durch ausgebildete Pflegefachkräfte, die therapeutischen Angebote durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden wie aber auch die unterstützenden Leistungen von Case- und Care-Managerinnen und -managern; das sind Berufsgruppen, deren Bedeutung für die Gesundheitsversorgung steigt.

«Es sind Anreize zu setzen für interprofessionelle Zusammenarbeit, vor dem Hintergrund von Wissen um die Kompetenz des anderen und Respekt.»

*Prof. Dr. Heidi Höppner MPH, Alice Salomon
Hochschule Berlin, Professorin für Physiotherapie*

Die problemlose Überwindung vorhandener Schnittstellen zwischen den Versorgungsangeboten, der steigende Bedarf nach Koordination und Integration bei der Gesundheits- und Patient/innenversorgung verlangen nach gleichberechtigtem und auf die jeweilige Professionalität konzentriertem Arbeiten im Team. Interprofessionalität und Kooperationsbereitschaft müssen selbstverständlicher Bestandteil des Versorgungsalltags werden, ebenso die gleichberechtigte Beteiligung an wichtigen gesundheitspolitischen Entscheidungen.

Das bisher geltende «Kapitänsprinzip» für die ärztliche Profession ist nur noch bedingt zeitgemäß, neue Steuerungs- und Organisationsformen werden notwendig.

Die Realisierung dieser Ziele trifft auf erhebliche Schwierigkeiten: Die heutige Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen basiert nicht auf den tatsächlichen spezifischen Kompetenzen, sondern ist historisch gewachsen. Charakteristisch für das deutsche Gesundheitswesen ist die Allzuständigkeit und -verantwortlichkeit der ärztlichen Profession und das Delegationsprinzip. Es fehlt an Aufgaben- und Berufsprofilen, die den künftigen fachlichen und strukturellen Herausforderungen Rechnung tragen, ebenso an interdisziplinär und auf Kompetenzvermittlung ausgerichteten Curricula in Aus- und Weiterbildung. Die notwendigen rechtlichen Regelungen, auf deren Grundlage veränderte Aufgaben-, Tätigkeitsbereiche und Berufsprofile festgeschrieben werden könnten, sind nicht vorhanden. Die berufsrechtliche Klärung von Kooperation, die sozialrechtliche Verankerung eigenständiger

Leistungserbringung verschiedener Gesundheitsberufe sowie die Anpassung des Haftungsrechts an die kooperative Leistungserbringung liegen nicht vor.

Für die formelle Organisation im Rahmen der Übernahme regionaler Verantwortung sind darüber hinaus neue innovative Strukturen auf der Seite der Leistungsanbietenden gefordert, die ambulant tätigen multiprofessionellen Teams eine gemeinsame Betriebsform ermöglichen. Damit soll eine Alternative zur klassischen Form der Einzelpraxen ermöglicht werden, die abgestimmt z.B. ärztliche, psychotherapeutische, pflegerische, physiotherapeutische oder auch soziotherapeutische Leistungen für chronisch kranke, multimorbide oder pflegebedürftige Patientinnen und Patienten anbieten kann.

«Innovative Versorgungsmodelle müssen gezielt gefördert und evaluiert werden.»

*Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach MPH,
Sachverständigenrat zur Begutachtung der
Entwicklung im Gesundheitswesen, Vorsitzender*

Reformperspektive

Anbietende von Gesundheitsleistungen werden von Politik und Krankenkassen aufgerufen und durch eine Erweiterung der Möglichkeiten des § 140 a SGB V und durch Starthilfe bei der Anschubfinanzierung ermutigt, sich zu regionalen Gesundheitsnetzen zusammen zu schließen, um gemeinsam die Gesundheitseffizienz für eine definierte Region und ihre Bevölkerung zu verbessern. Gemeinsames Kennzeichen dieser Zusammenschlüsse und der von ihnen dafür gegründeten neuen Unternehmensformen soll ihre Verantwortungsübernahme als «Kümmerer» für den optimierten Verlauf der Heilung werden. Verläuft diese ohne Probleme, werden sie dafür honoriert. Im fortgeschrittenen Ausbaustadium integrieren sie zielgerichtete Prävention quer über die Versorgungssektoren, investieren in strukturierte Behandlungsprogramme und in eine verbesserte medizinische Vernetzung und arbeiten als Coach für die Patientinnen und Patienten an der stetigen weiteren Optimierung von Gesundheitsförderung, Medizin und Pflege im umliegenden Gemeinwesen. Dabei findet eine enge Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst, Selbsthilfegruppen, Schulen und Betrieben vor Ort statt.

Die Kooperation unterschiedlicher Fachgruppen der Gesundheitsberufe, die stärkere Einbindung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung und der Aufbau flexibler Versorgungsangebote (virtuelle Medizinische Versorgungszentren, mobile Stationen, Filialpraxen etc.) sowie die Anwendung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien ermöglichen die Schließung von Versorgungslücken. Die zielorientierte «proaktive» Versorgung ersetzt eine ausschließlich symptomorientierte «reaktive» Versorgung und hilft dadurch mit, Versorgung für alle zu sichern.

Gemischte Vergütungsformen, z.B. aus vorab kalkulierten Pauschalen pro Versichertem, der Beteiligung der Gesundheitsnetze und ihrer Leistungserbringenden an erzielten Ergebnisverbesserungen für die Krankenkassen («shared gains» bzw.

«shared savings»), ggf. ergänzt durch qualitätsorientierte Vergütungsbestandteile («pay-for-performance» bzw. «pay-for-results»), sollen massive Anreize setzen, sich für die effiziente Behandlung der Patientinnen und Patienten sowie für die Gesundheitserhaltung der Versicherten und die Förderung ihrer Gesundheitskompetenz in definierten Regionen zu engagieren.

«Erfassung und Transparenz über die Qualität einzelner Krankenhäuser und Ärzte sind in Deutschland noch immer erheblich unterentwickelt bis zur Unbrauchbarkeit. Im stationären Sektor gibt es erste Ansätze, bei den niedergelassenen Ärzten nur statistische Beobachtungen und Stichproben, bei Zahnärzten gar nichts. Entsprechend schlecht sind häufig auch die Versorgungsergebnisse, sobald man sie mal näher unter die Lupe nimmt.»

*Wolf-Dietrich Trenner,
Fördergemeinschaft für Taubblinde e.V.*

Um Fehlanreize zur Vorenthaltung von Leistungen zu verhindern und Qualitätsvergleiche nicht nur mit der Versorgung außerhalb von Gesundheitsnetzen (Selektiv- wie Kollektivverträge), sondern auch zwischen Netzen verschiedener Regionen zu ermöglichen, werden auf Bundesebene Vorgaben zur Qualitätsmessung und -transparenz vereinbart.

Wie auch andernorts setzt die Kommission damit auf die indirekte Steuerungswirkung über die nachgewiesene Ergebnisqualität. In der Kombination der Anreize, so z.B. des Ergebnisindikators für die Krankenkassen, der Transparenz und Wahlmöglichkeit für die Patientinnen und Patienten sowie einer gesteigerten Berufszufriedenheit der Leistungserbringenden erwartet die Kommission eine schrittweise sich erhöhende Flächendeckung von Gesundheitsnetzversorgungs-lösungen. (Zum Vergleich: 2013 ließen sich in der Schweiz bereits rund 1,7 Millionen Versicherte (oder 21 Prozent) in einem der 75 Ärzte- und Praxisnetze betreuen, wie eine Erhebung des Forum Managed Care (fmc) ergab. Bemerkenswert sei, berichtet fmc-Präsident Peter Berchtold, dass sich die Integrierte Versorgung sowohl in ländlichen wie urbanen und großstädtischen Regionen ausbreite.)⁴

Häusliche, ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung wird zur Teamarbeit. Auch in den Krankenhäusern werden hierarchische durch flache Kommunikations- und Organisationsformen abgelöst. Die Gesundheitsversorgung wird zunehmend von multiprofessionellen Versorgungsteams geleistet, die neben Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Pflegekräften auch weitere für die Versorgung wichtige Berufsgruppen wie Physiotherapeutinnen und -therapeuten oder Logopädinnen und Logopäden vereinen können: all diese begegnen sich auf gleicher Augenhöhe. Die Zusammenarbeit kann unter einem gemeinsamen Dach (Gesundheitszentrum oder neue Anbieterstrukturen) oder auch räumlich getrennt mit einer zentralen Koordinierungsstelle (in Verbindung mit einem regionalen Gesundheitsnetz) erfolgen. Qualifizierte Pflegekräfte übernehmen neben den ihnen

⁴ Vgl. mehr dazu: <http://bit.ly/12TEGun>

bereits jetzt schon zugeschriebenen professionellen Pflegeaufgaben eigenständig und eigenverantwortlich die Planung, Qualitätssicherung und Umsetzung von zum Teil bisher den Ärztinnen und Ärzten vorbehaltenen Aufgaben in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung, Diagnostik und Behandlung, Rehabilitation und Palliation einschließlich Beratung. Die Durchlässigkeit von Berufsbildern wie das der Medizinischen Fachangestellten muss gefördert, ihre Weiterentwicklung erleichtert werden. Case- und Care-Management für komplexe Versorgungsaufgaben wird zum selbstverständlichen Bestandteil einer solchen teamorientierten Versorgung, die auch die Einbeziehung von Ehrenamtlichkeit und zivilgesellschaftlichem Engagement organisiert und erleichtert.

Auch Versorgungsdefiziten, insbesondere in ländlichen Regionen, kann so besser begegnet werden. Ohne eine starke Vernetzung der Gesundheitsberufe und die Einbeziehung zivilgesellschaftlicher Ressourcen ist langfristig eine angemessene flächendeckende Primärversorgung nicht mehr zu gewährleisten. Einen höheren Stellenwert erhalten Tätigkeiten wie die (Tertiär-)Prävention, Hausbesuche und die Schulung chronisch Kranker, die heute wegen des Zeitmangels in den Praxen gar nicht oder nur unzureichend wahrgenommen werden. Ältere Patientinnen und Patienten können so – unterstützt durch Service- und Assistenzkräfte und technische Stützsysteme – länger in ihrer eigenen Häuslichkeit bleiben. Notwendige Reformen in der Ausbildung müssen von weiteren Reformschritten flankiert werden. Dies gilt zunächst in besonderer Weise für den Pflegeberuf, der stärksten Berufsgruppe im Gesundheitswesen. Berufsabschlüsse bedürfen einer klareren Differenzierung, einem dem Ausbildungsgrad adäquaten Tarifgefüge und der internationalen Anschlussfähigkeit. Es gilt den Wildwuchs an Qualifizierungsangeboten und -abschlüssen einzudämmen und eine solide Ausbildungsfinanzierung sicherzustellen, insbesondere in der Ausbildung zur Altenpflege oder therapeutischer Berufe, so dass die Ausbildung nicht zur Privatsache wird. Hinzukommen muss eine dauerhafte Etablierung von Pflegeforschung auf universitärer Ebene zur Evidenzbasierung des beruflichen Handelns, als Beitrag zu Versorgungsforschung und zur Vorbereitung interdisziplinärer Versorgungsangebote.

Diese Reformschritte lassen darüber hinaus eine Steigerung der Attraktivität und der Arbeitszufriedenheit aller Gesundheitsberufe erwarten. Der Kommission ist die große Herausforderung dieses Paradigmenwandels in der Versorgung bewusst, sie ist aber getragen von der Sorge, dass sich ohne einen solchen Wandel der Fachkräftemangel im Verlauf der nächsten dreißig bis vierzig Jahre dramatisch verschärfen und für alle anderen Berufsgruppen gleichermaßen und in vorderster Linie für die Patientinnen und Patienten zu einer unhaltbaren Situation führen wird.

Einwänden gegen eine derartige Ausweitung der Befugnisse der Gesundheitsberufe, die sich auf die Gefahr der Auslösung zusätzlicher Leistungen beziehen, kann vorgebeugt werden, indem derartige Lösungen zunächst regional, auf freiwilliger Basis aller Beteiligten und nur unter einer gewissen Budgetmitverantwortung im Sinne der §§ 140 a ff ermöglicht werden. Andere Einwände könnten sich auf Befürchtungen beziehen, dass eine derartige Einbeziehung und höhere Freiheitsstellung von anderen Berufsgruppen zur simplen Kostendämpfung genutzt werden könnte. Beide Einwände sollten ernst genommen werden; die Kommission ist der Auffassung, dass

insbesondere der letzte Einwand durch eine intensive Evaluation ausgeräumt werden kann und dass sich das Vergütungsniveau im Bereich der qualifizierten Gesundheitsfachberufe eher erhöhen als senken lässt.

Das Ziel einer stärkeren Integration und Koordination der Versorgung muss sich auch in den Institutionen der Versorgungsplanung widerspiegeln. Die mit dem Versorgungsstrukturgesetz beschlossene Regelung für ein «Gemeinsames Landesgremium» (§ 90a SGB V), bestehend aus Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenkassen und Landeskrankenhausesellschaft, das «Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen» abgeben kann, ist weiterzuentwickeln. Anzustreben ist die verbindliche Beteiligung dieser Gremien an der Versorgungsplanung. Zudem sollten die Länder das Heft selbst in die Hand nehmen und die Versorgung in solchen Regionen ausschreiben können, in denen Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen nicht imstande sind, Unterversorgung zu verhindern.

Handlungsempfehlungen

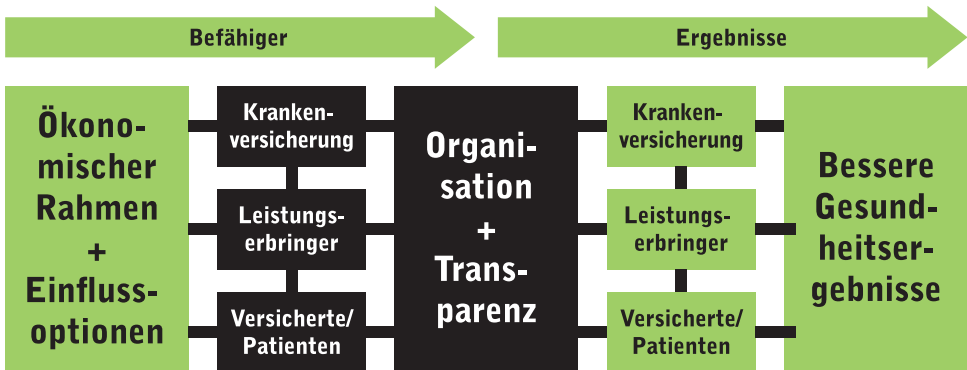
- Ausweitung der Integrierten Versorgung nach den §§ 140 a ff. Als mögliche Träger von Konsortien der Leistungsanbietenden treten auch kommunale Körperschaften und Patientenverbände sowie regionale genossenschaftliche Zusammenschlüsse hinzu. Die Zielrichtung des § 140 a wird um die Schaffung neuer Betriebsformen zur ambulanten Versorgung, in denen multiprofessionelle Teams zusammenarbeiten, erweitert. Gesetzliche Vorgaben zur internen Struktur werden keine gemacht, um eine weitestmögliche Freiheit der Vertragsschließenden zu bewahren. Die beiden letzten Vorgaben bzw. Freiheiten sollen auch für Medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V) gelten. Die §§ 140 a ff werden insgesamt grundsätzlich vereinfacht. Die am Selektivvertrag beteiligten Krankenkassen haben weiterhin einen gesetzlichen Anspruch auf Budgetbereinigung gegen die Kassenärztlichen Vereinigungen, um Doppelvergütungen zu vermeiden; die Verpflichtung des § 140 d zur Budgetbereinigung entfällt aber, um auch andere vertragliche Konstruktionen juristisch zu ermöglichen. Zu prüfen ist außerdem, Managementgesellschaften, die Aufbau-, Steuerungs- oder Koordinierungsaufgaben im Rahmen der Integrierten Versorgung übernehmen, den rechtlichen Status von Leistungserbringenden zu geben. Damit würden sie gegenüber dem Kollektivvertrag hinsichtlich der steuerlichen Behandlung gleichbehandelt und könnten ihrerseits andere Leistungserbringende anstellen und/oder vertraglich binden sowie sich von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen mit Versorgungsaufgaben beauftragen lassen.
- Erleichterung des Abschlusses von Selektivverträgen nach § 140 a ff SGB V (Integrierte Versorgung) und § 73 b und c SGB V (Besondere ambulante ärztliche Versorgung). Die Genehmigungsvorbehalte der Aufsichtsbehörden werden zurückgenommen, der bürokratische Aufwand verringert. Die Verpflichtung der Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit von Selektivverträgen gegenüber den Aufsichtsbehörden vorab zu belegen, entfällt. Stattdessen entsteht eine Vergleichs- und Berichtspflicht für die Ergebnisqualität. Rücknahme der ordnungspolitisch

problematischen Verpflichtung der Krankenkassen zum Abschluss von Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung (§73 b Abs. 4 SGB V) bei gleichzeitiger Erleichterung der Möglichkeit für freiwillige Vereinbarungen und der Möglichkeit, sich für Ausschreibungen aus dem folgenden Forschungs- und Entwicklungsbudget zu bewerben.

- Einrichtung eines Forschungs- und Entwicklungsbudgets aus Mitteln des Gesundheitsfonds zur Ausschreibung für vergleichende Versorgungsforschung und Entwicklung von neuen medizinischen wie pflegerischen Versorgungsformen. Ein Beirat entwickelt die Kriterien und unterstützt bei der Entscheidungsfindung. Durch das Budget sind auch Ausschreibungen von gezielten Modellprojekten etwa für Regionen mit einem besonders hohen Anteil vulnerabler Bevölkerungsgruppen, Regionen mit Unterversorgung, für präventive Ansätze und dergleichen möglich. Regionale Gesundheitsnetze und -unternehmen, die transsektoral Leistungserbringende und ggfls. auch Kommunen und Patient/innengruppen zusammengebracht haben, können für Projektvorhaben zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung ihrer Regionen und für die Finanzierung ihrer Infrastruktur gemeinsam mit ihrem jeweiligen Landkreis oder ihrer Stadt und einer anteiligen Mitfinanzierung durch diese Anträge auf Förderung an das Forschungs- und Entwicklungsbudget stellen.
- Die mit dem Versorgungsstrukturgesetz beschlossene Regelung für ein «Gemeinsames Landesgremium» für sektorenübergreifende Versorgungsfragen (§ 90a SGB V), bestehend aus Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenkassen und Landeskrankenhausgesellschaft sowie weiteren Beteiligten, ist weiterzuentwickeln. Das Gremium sollte dem Land empfehlen können, bei bestehender oder drohender Unterversorgung, d.h. bei einem Versagen der herkömmlichen Körperschaften und ihrer Vereinbarungen, die Versorgung der betroffenen Region auszu-schreiben. Für diese Ausschreibung könnten sich dann auch regionale Gesundheitsnetze, Ärztegruppen, neue Strukturen von Anbietenden, Krankenhäuser und andere mögliche Träger der Integrierten Versorgung bewerben. Die Ausschreibung erfolgt durch die Landesregierung; das Vergütungsvolumen orientiert sich dabei an den morbiditätsadjustierten Durchschnittskosten der regionalen Bevölkerung. Die Finanzierungsdurchführung erfolgt über die Krankenkassen bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen. Damit wird ein massiver Anreiz für Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen erzeugt, sich ihrerseits im Vorwege positiv für eine Gewährleistung eines ausreichenden Standards an regionaler Versorgung einzusetzen, um eine derartige Ersatzvornahme durch die Landesregierung zu verhindern.
- Schaffung einer konsistenten berufsrechtlichen Neuordnung der Gesundheitsberufe. Verabschiedung eines Allgemeinen Heilberufegesetzes mit Vorschriften, Aufgaben und Tätigkeiten auch im Sinne vorbehaltener und vorrangiger Tätigkeiten und im Verhältnis zueinander. Anpassung des Haftungsrechts an die Anforderungen einer kooperativ ausgestalteten Gesundheitsversorgung. Einberufung eines Berufegipfels, zu dem Vertretungen der Gesundheitsberufe eingeladen werden mit dem Ziel, einen Dialog zu eröffnen. In dessen Verlauf sollen

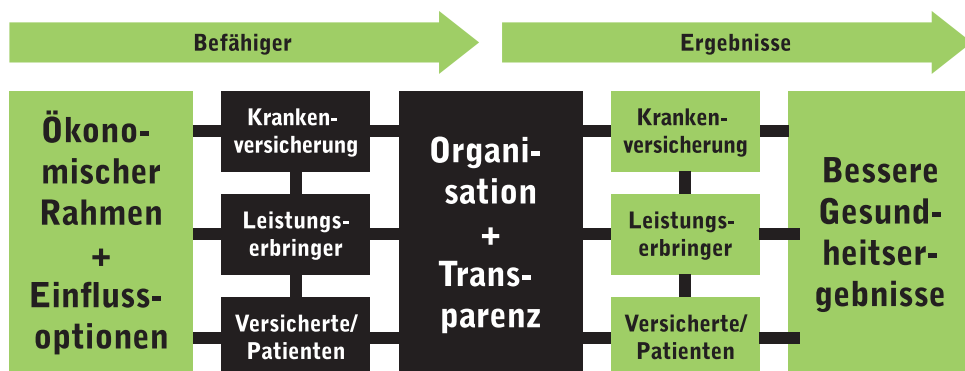
neue Berufszuschnitte, Fragen interdisziplinärer Zusammenarbeit, veränderte Anforderungen an Aus-, Fort- und Weiterbildung inkl. auch der Finanzierung der Ausbildung und gemeinsamer Ausbildungsanteile sowie die Entwicklung multiprofessionell abgestimmter Leitlinien diskutiert und die dafür notwendigen Umsetzungsschritte vereinbart werden.

- Modellprogramm zur Umsetzung regionaler multiprofessioneller Lösungen, in denen exemplarisch neue Formen der Kooperation und der erweiterten Befugnisse unter einer gewissen Budgetmitverantwortung auf der Basis der §§ 140 ff des SGB V erprobt und begleitet sowie die erzielten Gesundheitsergebnisse, aber auch die erfahrene Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten evaluiert werden. Perspektivisch wird auch über die gleichberechtigte Beteiligung aller Gesundheitsberufe bzw. der neu sich bildenden gemeinsamen Kooperationseinrichtungen an der Steuerung der GKV zu reden sein (u.a. Öffnung der Zulassung zur Leistungserbringung in der GKV, eigenständiges Verhandlungsmandat gegenüber den Krankenkassen, Beteiligung an der gemeinsamen Selbstverwaltung der GKV).



- 1. Ausweitung der Integrierten Versorgung nach den §§ 140 a ff / Erleichterung des Abschlusses von Selektivverträgen
- 2. Einrichtung eines Forschungs- und Entwicklungsbudgets aus Mitteln des Gesundheitsfonds
- 3. Das Land erhält die Möglichkeit, bei bestehender oder drohender Unterversorgung, die Versorgung der betroffenen Region auszuschreiben
- 4. Schaffung einer konsistenten berufsrechtlichen Neuordnung der Gesundheitsberufe.
- 5. Modellprogramm zur Umsetzung regionaler multiprofessioneller Lösungen

2.5 Qualitätstransparenz von Versorgenden und Krankenkassen/ Versicherungen – fairen Wettbewerb um die besten Versorgungsergebnisse ermöglichen



Das Gesundheitssystem ist auch ein Wirtschaftszweig. Auf der Anbieterseite reichen die Betriebs- und Unternehmensformen von international aufgestellten Pharmafirmen, Herstellern von Medizinprodukten, Krankenhäusern in unterschiedlicher Größe und Trägerschaft, Apotheken, großen investitionsintensiven ärztlichen Praxen, – die mittelständischen Unternehmen nahekomen – bis hin zu Praxen von Hausärztinnen und -ärzten bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder ambulanten Pflegediensten. Preise bzw. Vergütungen beeinflussen das Verhalten aller maßgeblich direkt und indirekt.

Soll die bessere und erfolgreichere Versorgung belohnt werden, **müssen sich die Patientinnen und Patienten für die besten Leistungsanbieter entscheiden können**. Dies können sie aber nur, wenn sie auch erkennen können, welche Leistungserbringenden bzw. Gemeinschaften von Leistungserbringenden besser und erfolgreicher sind als andere. Dazu brauchen sie Qualitätsmerkmale, die dieses messen können, z.B. inwieweit die Einhaltung von Mindeststandards gewährleistet bzw. übertroffen wird und welche Erfolge über die Zeit erreicht werden.

«Viele in unserer Gesellschaft glauben felsenfest daran, dass die Gesundheit umso besser wird, je neuer die angewendeten Medikamente und Methoden sind und je mehr behandelt und diagnostiziert wird. Diese Überzeugung ist nicht selten falsch, die Fortschritte sind meist marginal – wenn überhaupt vorhanden – und über die Nebenwirkungen für die Anwendung an vielen Patienten in der Praxis wissen wir oft gar nichts.»

Gregor Bornes, BundesArbeitsGemeinschaft der Patientenstellen und -Initiativen, Sprecher

Besondere Herausforderungen sehen wir dabei für die Gesundheitswissenschaften und die Politik, denn **drei Besonderheiten** machen die **Messung von Ergebnisqualität** im Gesundheitswesen schwerer als in anderen Branchen:

- Die komplexe Interaktion der im Gesundheitswesen Tätigen untereinander sowie das gegenseitige Angewiesensein auf Information und Feedback: Gerade im Fall schwieriger und damit auch für den Patienten oder die Patientin besonders bedeutsamer Fallsituationen ist immer von einer **hohen Komplexität der Interaktionen** zwischen Ärzt/innen verschiedener Fachgruppen, Pflegenden und ggfls. weiteren Berufsgruppen auszugehen. Damit wird es schwierig, die Qualitätsleistung oder mindere Qualität einem Einzelnen zuzuschreiben.
- Die Interaktion zwischen Patient und Patientin sowie professionellem Gesundheitsanbietenden inklusive des Informationsgefälles: **Patientinnen und Patienten** sind im Heilungsgeschehen nicht ein passives Objekt des Handelns des Professionellen, sondern ganz entscheidende Akteure. Die Erfolgswahrscheinlichkeit der Zusammenarbeit von allen steigt bzw. sinkt in Abhängigkeit von der Angemessenheit der gewählten Therapieansätze, der Mitarbeit der Patienten und Patientinnen, der Aufklärung und Einbeziehung in die Entscheidungsfindung wie aber auch jeweils eigenen Annahme der Patienten und Patientinnen bzgl. der Möglichkeit, die eigene Gesundheit zu beeinflussen. Soziale, biografische und geschlechtsspezifische Faktoren können damit die Qualität des Ergebnisses einer Intervention mitbestimmen.
- Die Individualität des jeweiligen Fallgeschehens, d.h. die **Herausforderung hinreichend vergleichbarer Fallzahlen oder anderer guter zusammenfassender Qualitätsindikatoren**. So wie die jeweils gewählten Preis- und Vergütungskonzepte Einfluss auf die Leistungsanbietenden haben, beeinflussen die Finanzierungsmechanismen auf der Versicherungsseite das Verhalten der Krankenkassen im Wettbewerb. Krankenkassen haben den gesetzlichen Auftrag, sich als Treuhänderin ihrer Versicherten zu verstehen. Aber sie sind frei, sich mehr oder weniger stark für bessere Versorgung zu engagieren. Zusätzlich zur Regelversorgung können sie ihren Versicherten von Hausarztmodellen, über Behandlungsprogramme für chronisch Kranke bis hin zu integrierten Versorgungsnetzen spezifische Versorgungsformen anbieten, die besondere Qualitäts-, Gesundheitsnutzen- wie aber auch Wirtschaftlichkeitsmerkmale erfüllen. Aber auch hier ist blindes Vertrauen der Versicherten nicht empfehlenswert. Krankenkassen verhalten sich wie Unternehmen im Wettbewerb, die trotz der Ausgleichsmechanismen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs mit Blick auf ihre ökonomische Bilanz Unterschiede zwischen Patienten- und Patientinnen- bzw. Versichertengruppen machen. Die Art ihrer Vertragsgestaltung und die von ihnen gezahlten Vergütungen sind immer auch ein Instrument der Unternehmenspolitik, und Widersprüche zwischen Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitszielen sind jedenfalls bei kurzfristiger Perspektive an der Tagesordnung.

Für mehr Gesundheitseffizienz ist eine zuverlässige Qualitätsmessung und -darlegung auf der Ebene der Leistungserbringenden und der Krankenkassen unabdingbar. Doch dieses ist in Deutschland noch unterentwickelt.

Gemessen wird, wenn überhaupt, vor allem die Prozess- und Strukturqualität. Wichtig für die Patientinnen und Patienten ist aber die Ergebnisqualität, die

erzielte Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität über mittelfristige Zeiträume. Erste Ansätze der mittelfristigen Ergebnisqualitätsmessung gibt es zwar im Krankenhausbereich für einige ausgewählte medizinische Eingriffe. Doch selbst hier gibt es auch jenseits der oben angegebenen noch weitere methodische Probleme – und das Wichtigste: Es wird bisher nur das Ausbleiben von Komplikationen, nicht aber das Erzielen von Gesundheitsnutzen erfasst – und es fehlt an Transparenz.

Im ambulanten Sektor gibt es noch weniger verlässliche Daten zur Ergebnisqualität. Die Entwicklung von einrichtungsübergreifenden Qualitätsindikatoren für ambulante Leistungen steht noch am Anfang und eine praxisbezogene öffentliche Berichterstattung findet nicht statt.

Zudem erfolgt die Qualitätssicherung noch immer nach Sektoren – Krankenhaus, Arztpraxis, Pflegeeinrichtung usw. – getrennt. Die Darlegung der Qualität von sektorenübergreifenden Behandlungsprozessen steht zwar seit längerem auf der Agenda des G-BA, die bisher erzielten Fortschritte bleiben aber weit hinter den Notwendigkeiten zurück. Der Fokus liegt auf der Akutversorgung – andere Bereiche werden gar nicht oder nur unzureichend berücksichtigt.

Erstaunlicherweise blieben die Krankenkassen bisher aus der Diskussion um eine vergleichende Ergebnisqualität weitestgehend befreit. So werden diese z.B. nicht daran gemessen, wie gut sie es schaffen, die Gesundheit ihrer Versicherten zu erhalten bzw. zu verbessern. Die gängigen Krankenkassenvergleiche heben vor allem auf den Service und die Satzungsleistungen sowie auf finanzielle Vorteile ab, die eine Kasse bietet. Doch Zuschüsse für den Besuch von Fitness-Studios oder die Kostenübernahme für Naturheilmittel dienen möglicherweise mehr dazu, gesunde Versicherte anzuziehen als die Gesundheitseffizienz zu verbessern. Wenn wir Krankenkassen Anreize geben wollen, sich um die Ergebnisqualität der von ihnen verantworteten Versorgung zu bemühen, sie also dazu anhalten wollen, Verträge mit den erfolgreichsten Leistungserbringenden abzuschließen (und nicht nur mit den preiswertesten) und ihren Versicherten jene Leistungen besonders zu empfehlen, mit denen sich ihre Gesundheit mit den größten Erfolgsaussichten verbessern lässt, dann müssen wir den Versicherten ermöglichen, auch Krankenkassen nach der von ihnen angebotenen Versorgungsqualität zu unterscheiden.

Der zwischen den Krankenkassen und -versicherern anzustrebende Qualitätswettbewerb setzt voraus, dass für alle **die gleichen Wettbewerbsbedingungen** gelten und dass sie die Gesundheitseffizienz ihres jeweiligen Leistungsangebots auch steuern können. Diese Voraussetzungen sind derzeit aber nicht ausreichend gegeben.

Zu großen Wettbewerbsverzerrungen kommt es zwischen **gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen**. So findet innerhalb der GKV u.a. eine Umverteilung zwischen Versicherten mit einem höheren und Versicherten mit einem geringen Einkommen statt. Der Gesetzgeber offeriert bisher aber einem Teil der Bevölkerung die Wahlmöglichkeit, sich aus dieser Umverteilung zu lösen, indem sie sich in der PKV versichern können (oder zum Teil faktisch müssen), die nach einem anderen System ihre Beiträge kalkuliert. Für Gutverdienende, die keine schweren Vorerkrankungen aufweisen und keine oder nur wenige Kinder haben, ist der Versicherungsschutz in der PKV deshalb kostengünstiger als der in der

GKV. Und zwar völlig unabhängig von der Wirtschaftlichkeit des jeweiligen Krankenversicherers.

Aber auch innerhalb der GKV kommt es zu Wettbewerbsverzerrungen: Die aus Konstruktionsmängeln des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs entstehenden Fehlanreize wurden bereits erwähnt. Zu Wettbewerbsbehinderungen führen kann auch der anhaltende **Konzentrationsprozess** unter den Krankenkassen. Eine Krankenkasse, die mehr als 40 Prozent der Versicherten in einer Region versichert, kann ihre Interessen gegenüber Leistungserbringenden und Dritten (z.B. öffentlichen Stellen) weitaus besser als andere Kassen geltend machen. Und problematisch ist auch die Zersplitterung der Aufsichtszuständigkeiten. Bundesweite Krankenkassen sind dem Bundesversicherungsamt unterstellt, während Kassen, die in nicht mehr als drei Bundesländern tätig sind, der Aufsicht des Bundeslandes unterstehen, in dem sie ihren Hauptsitz haben. Das betrifft z.B. die Landes-AOKen. Dagegen unterliegen private Krankenversicherungsunternehmen der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). Die zwischen GKV und PKV unterschiedlichen aufsichtsrechtlichen Regelungen und die in der GKV auseinander gehende Aufsichtspraxis der diversen Behörden führen zu unterschiedlichen Wettbewerbsmöglichkeiten. Von einem Wettbewerb mit «gleich langen Spießen» kann daher keine Rede sein.

Und mehr Qualitätswettbewerb fordert natürlich auch, dass die Krankenkassen und -versicherer die **notwendigen Vertragsfreiheiten** erhalten, um Leistungserbringende bzw. Versorgungsnetzwerke nach ihrer Versorgungseffizienz auswählen und ihren Versicherten anbieten zu können. Das ist bisher aber im Fall der GKV aufgrund ihrer umfassenden Kontrahierungsverpflichtungen gegenüber Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern nur sehr eingeschränkt der Fall.

Reformperspektive

Die Zweiteilung des Krankenversicherungssystems in GKV und PKV führt zu schweren Fehlanreizen. Anzustreben ist ein **integriertes Krankenversicherungssystem**, in welchem Krankenversicherer ggf. unterschiedlicher Rechtsformen unter gleichen Wettbewerbsbedingungen miteinander um die besten Gesundheitsergebnisse konkurrieren. Dazu müssen sie sich nicht im Leistungskatalog, aber in der Art der von ihnen angebotenen Leistungserbringung unterscheiden können.

«Die Kassen müssten dringend in eine methodisch hochwertige Versorgungsforschung investieren – was bisher außerhalb der Verbundforschung von BMBF und GKV-Spitzenverband praktisch nicht geschieht.»

*Prof. Dr. Norbert Schmacke, Universität Bremen,
Stellvertretendes unparteiisches Mitglied
des Gemeinsamen Bundesausschusses*

Um die Versorgung, die Vergütung, den Abschluss von Verträgen und den Kassenwettbewerb stärker am Gesundheitsnutzen auszurichten und den Versicherten

gezielte Wahlentscheidungen zwischen Leistungserbringenden und Krankenkassen zu ermöglichen, ist **Qualitätstransparenz** unabdingbar. Für die Wahlentscheidungen von Versicherten wichtige Qualitätsinformationen sind aber nur vereinzelt verfügbar und überdies für Versicherte nur schwer zugänglich. Es fehlt ein systematischer Ansatz, der die für Versicherte relevanten Qualitätsmerkmale definiert, angemessene Informationsformate und Kommunikationswege beschreibt und die entsprechenden Berichtspflichten für Leistungserbringende und Versicherungen zur Marktzugangsvoraussetzung macht.

Zentraler Punkt sind **Indikatoren zur Abbildung der Ergebnisqualität, insbesondere der erzielten gesundheitsbezogenen Lebensqualität**. Denn die ist für die Versicherten entscheidend. Für ihre Messung ist vorrangig auf Routinedaten der Krankenkassen zurückzugreifen, die im Zuge der Leistungsabrechnung in Krankenhäusern oder Arztpraxen ohnehin erhoben werden, so dass zusätzlicher Verwaltungsaufwand vermieden werden kann. Sie können und müssen unterstützt werden durch Befragungen der Patientinnen und Patienten, die Präferenzen deutlich machen und ihre Erfahrung der Versorgungsqualität mit einbeziehen.

«Als Kliniker müssen wir von den Krankenkassen und den nachbehandelnden Ärzten erfahren, wie es unseren Patienten im Nachgang zu unserer Behandlung ergangen ist. Für echte Qualitätsverbesserungen ist das unumgänglich.»

*Prof. Dr. Claudia Spies, Charité Universitätsmedizin,
Centrum für Anästhesiologie, OP-Management und Intensivmedizin*

Die Kommission ist sich der **Komplexität** dieser Transparenzaufgabe bewusst. So sind für aussagekräftige Qualitätsbewertungen angemessen hohe Fallzahlen nötig. Um faire Qualitätsvergleiche zu ermöglichen und Selektionsanreize zu vermeiden, ist zu berücksichtigen, dass sich die Patientinnen und Patienten einer Praxis, eines Krankenhauses oder eines Versorgungsnetzes hinsichtlich ihres Alters, Geschlechts und Gesundheitszustands von den Patientinnen und Patienten anderer Anbieter unterscheiden können. Und zu berücksichtigen ist auch, dass nicht alle Patientinnen und Patienten immer und in jeder Situation sich intensiv mit den Qualitätsergebnissen befassen können, bevor sie Leistungserbringende in Anspruch nehmen. **Versicherte haben aber einen Anspruch darauf, von der Gesellschaft ein Gesundheitssystem zur Verfügung gestellt zu bekommen, dass ihnen ein hohes Maß an Sicherheit gibt.** Deshalb muss das Thema Ergebnisqualität in alle Vertragsformen und die Grundlagen des Gesundheitssystems aufgenommen werden. Insbesondere legt die Kommission deshalb Wert auf den sektorenübergreifenden Vergleich von größeren Versorgungsnetzwerken in ihrem Verhältnis zur Kollektivversorgung. Ergebnisqualität soll zu einem Differenzierungsmerkmal im Wettbewerb gemacht werden.

Um auch den Kassenwettbewerb zu einem Qualitätswettbewerb zu machen, muss auch die Gesundheitseffizienz von Krankenkassen und Krankenversicherungen sichtbar werden. Versicherte sollen sich schnell und unkompliziert darüber informieren können, in welcher Kasse bzw. Versicherung sie die besten Gesundheitser-

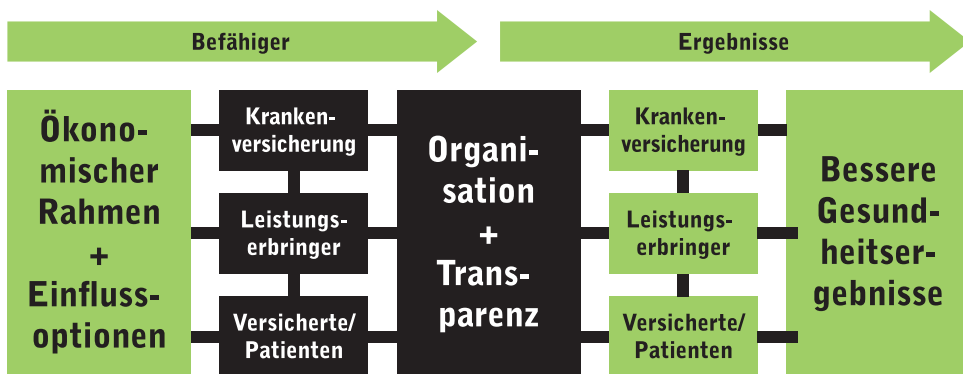
gebnisse erwarten können. Leistungserbringende müssen ihrerseits ein Recht auf die Ergebnisdaten erhalten, damit sie ihr Verhalten individuell wie im Zusammenwirken mit anderen besser an Qualitätskriterien ausrichten können.

Handlungsempfehlungen

- Die Bundesregierung legt im Anschluss an die nächsten Bundestagswahlen einen **Fahrplan für die Zusammenführung von GKV und PKV zu einem integrierten Krankenversicherungssystem** vor. Dieser umfasst u.a. Vorschläge zur Angleichung der Vergütungssysteme zwischen GKV und PKV sowie zur steuer- und vertragsrechtlichen Gleichbehandlung aller Krankenversicherer.
- **Versicherte** erhalten einen gesetzlichen Anspruch auf die für qualitätsorientierte Entscheidungen notwendigen Informationen (**«open data»**). Die Mindestinhalte der Informationen sowie die dafür von Krankenkassen und Leistungserbringenden zu erfüllenden Berichtspflichten werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) definiert. Es werden die Rahmenbedingungen für strukturierte, qualitätsorientierte Befragungen der Versicherten verbessert. Der G-BA wird bei seiner Arbeit durch ein **unabhängiges Institut** nach dem organisatorischen Vorbild des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) unterstützt. Das Institut definiert den Mindestumfang der den Versicherten zugänglichen Informationen auf der Versicherungs- und Versorgungsseite und entwickelt ein Konzept zur nutzungsfreundlichen Bereitstellung dieser Informationen. Das Institut wird durch einen multiprofessionell zusammengesetzten Beirat begleitet. Der G-BA erlässt auf dieser Basis eine Richtlinie. Die Erfüllung der in dieser Richtlinie dokumentierten Berichtspflichten wird nach einer Übergangszeit zur Zulassungsvoraussetzung für Krankenversicherungen und Leistungserbringenden. Um auch Bevölkerungsgruppen, die wenig auf internetbasierte Informationsangebote zurückgreifen, zu erreichen, werden die kostenfreien, niedrigschwelligen und unabhängigen **Beratungsangebote für Versicherte** ausgebaut.
- **Ein Ergebnisindikator für Krankenkassen/Versicherungen:** Das Bundesgesundheitsministerium erteilt dem Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen den Auftrag, ein Konzept und den Wettbewerbsrahmen für eine vergleichende Darstellung der Versorgungsqualität der Krankenkassen und Krankenversicherungen zu entwickeln. Gemessen und regelmäßig veröffentlicht werden soll, welche Gesundheitsergebnisse die Krankenkassen bei ihren Versicherten erreichen, verglichen mit deren jeweils vorjährigem Gesundheitszustand. Die wissenschaftlichen Gesellschaften und das Deutsche Netzwerk für Versorgungsforschung werden dazu befragt. Das Ziel ist ein Indikator, der den Erfolg der Kassen bei der relativen Gesundheitsverbesserung ihrer Mitglieder vergleichbar macht. Die jährlichen Berichtspflichten der Krankenkassen und Krankenversicherungen werden diesbezüglich erweitert.
- **Ergebnisdaten auch für Leistungserbringende:** Damit Leistungserbringende die Auswirkungen ihrer Interventionen auch im Zeitverlauf erkennen, analy-

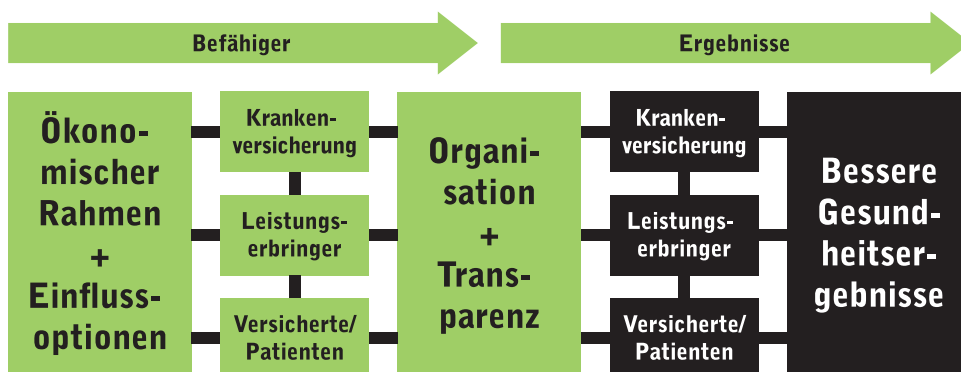
sieren und zur Optimierung nutzen können, ist zu prüfen, wie ihnen ein Zugang zu den Verlaufsdaten gegeben werden kann. Das ist insbesondere wichtig für Leistungserbringende, die, anders als der Hausarzt, den Patienten nur episodenhaft versorgen.

- Die **Versorgungsforschung wird gestärkt** und zusätzlich zu den Ausschreibungen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung auch aus dem Forschungs- und Entwicklungsbudget aus Mitteln des Gesundheitsfonds finanziert (vgl. Kapitel 2.4). In diesem Zusammenhang ist u.a. der Zugang der Versorgungsforschenden zu den notwendigen Datenbeständen bei den Krankenkassen, dem Bundesversicherungsamt (BVA) und beim Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) inkl. regionaler Kennzeichnung zur Beforschung regionaler Unterschiede zu gewährleisten.
- Die Regelungen und **Zuständigkeiten für die Aufsicht** über die Krankenversicherer werden **neu geordnet und vereinheitlicht**. Die Finanzaufsicht für alle Krankenversicherer sollte künftig durch das Bundesversicherungsamt, die Versorgungsaufsicht durch die Bundesländer auf der Grundlage bundeseinheitlicher Rahmenvorgaben erfolgen.
- Die **Spielräume der Krankenkassen im Vertragsgeschehen werden ausgeweitet**, vgl. dazu die Vorschläge in den Kap. 2.4 zu Versorgungsnetzwerken, Selektiv- und Kollektivverträgen mit Outcome-Anteilen und Optionen für multiprofessionelle Teams. Die Bundesregierung wird verpflichtet, die Auswirkungen der Reichweite der Geltung wettbewerbsrechtlicher Regelungen bei den Beziehungen der Krankenkassen untereinander, zu den Leistungserbringenden und zu ihren Versicherten in regelmäßigen Abständen zu prüfen und darüber öffentlich Bericht zu erstatten. Dabei ist ein besonderes Augenmerk auf mögliche Abstimmungs- und Abgrenzungsprobleme zwischen Wettbewerbs- und Sozialrecht bzw. zwischen den jeweils zuständigen Gerichten und Aufsichtsbehörden zu legen.



- 1. Zusammenführung von GKV und PKV zu einem integrierten Krankenversicherungssystem
- 2. «Open data» für Versicherte
- 3. Entwicklung eines Ergebnisindikators für Krankenkassen/Versicherungen
- 4. Ergebnisdaten auch für Leistungserbringende
- 5. Stärkung der Versorgungsforschung
- 6. Neuregelung der Aufsicht über die Krankenkassen/Versicherungen
- 7. Ausweitung der Spielräume der Krankenkassen im Vertragsgeschehen

3 Bessere Gesundheitsergebnisse – so erreichen wir das angestrebte Ziel



Der Kommission ist bewusst, dass sie mit dem hier vorgelegten Konzept einer Reorientierung des Gesundheitssystems auf die Produktion von Gesundheitsnutzen eine **sehr anspruchsvolle Aufgabe** formuliert, die nicht in einer Legislaturperiode umzusetzen ist. Gleichzeitig ist sie aber fest davon überzeugt, dass eine solche Reorientierung unumgebar ist, wenn eine solidarische Finanzierung eines umfassenden Gesundheitswesens in einer älter werdenden Gesellschaft möglich bleiben soll. Die Empfehlungen der Kommission sind dabei miteinander in vielfältiger Weise verflochten und unterstützen sich gegenseitig in ihren Wirkungen.

Ein Beispiel: Wenn es gelingt, die ökonomischen Anreize für die **Krankenkassen** dahingehend zu verändern, dass diese ein größeres Interesse an der optimalen Unterstützung der Chroniker und schwer Kranken und der Prävention erhalten, werden diese sich mehr darum bemühen, kluge Verträge zu deren Unterstützung zu entwickeln. Wenn gleichzeitig durch ein Forschungs- und Entwicklungsbudget und andere Anreize sich auch auf der Seite der Leistungserbringenden regionale Gesundheitsnetze etablieren und mit Anschubfinanzierung ausstatten können, dann finden sich dafür auch Vertragspartner. Und wenn Krankenkassen dann durch die Versicherten nicht nur nach Serviceleistungen und Beitragssatz, sondern auch nach der Verbesserung des Gesundheitszustands ihrer Versicherten ausgewählt werden können, dann haben die Krankenkassen, die in die Gesundheit ihrer Versicherten investieren, davon auch handfeste ökonomische Vorteile. Zusätzlich könnten möglicherweise die in die Selbstverwaltung neu gewählten Versichertenvertreter eine solche strategische Entscheidung des Kassenvorstands mit anregen und unterstützen.

Mit dieser Form einer über Anreize und eher zurückhaltende Neuregulationen erfolgenden indirekten Steuerung bricht die Kommission mit der bisherigen klassischen und in den letzten Jahren zum Teil schon in extremer Form erfolgten Detailregulierung. Klüger und erfolgsversprechender ist es nach Ansicht der Kommission, die Anreize für die Selbstverwaltung so zu gestalten, dass diese vernünftige Lösungen aus sich heraus generiert. Eine wirkliche Wahl eines Versichertenparlaments, eine wache Öffentlichkeit und eine gute Transparenz über die gelieferte Ergebnisqualität – so die Auffassung der Kommission – ist wichtiger und nützlicher als detaillierte bürokratische Kontroll- und Verbotsnormen, die dann nur wieder die Intelligenz der Beteiligten herausfordern, das nächste Schlupfloch zu finden, um doch noch einen maximalen eigenen Vorteil zu erwirtschaften. Schon jetzt ist das Gesundheitswesen in Deutschland dermaßen überreguliert, dass nur sehr wenig Eingeweihte wirklich verstehen, weshalb bestimmte Einrichtungen und Personen sich jeweils derart verhalten, wie sie sich verhalten. Sogar die Regulierenden verstehen kaum noch ihre Regulationsbedingungen. Es ist in höchstem Maße verständlich, dass sich die Öffentlichkeit dann auf sehr einfache und der Situation nicht angemessene Lösungen besinnt, etwa die Forderung nach Schließung von einem Drittel der deutschen Krankenhäuser oder Verstaatlichung aller Krankenkassen zu einem staatlichen Gesundheitswesen etc.

Gleiches gilt für die aktuelle Diskussion um die **Krankenhäuser** und das Verbot der sog. Chefarztboniverträge. Solange der Krankenhausträger wirtschaftlich von einer Vermehrung der OP-Zahlen (auch ohne damit realen Gesundheitsnutzen zu produzieren) profitiert, wird (und muss in bestimmten Grenzen sogar) ein Krankenhausadministrator Mittel und Wege finden, seine Mitarbeiter – ob durch Bonusverträge oder durch andere Anreize – dazu zu bewegen, möglichst viele Patientinnen und Patienten in sein Krankenhaus zu bringen. Erst wenn es gelingt, die ökonomischen Anreize für den Krankenhausträger zu ändern – siehe dazu die Vorschläge in 2.2 –, wird sich auch diese Ausrichtung verändern. Idealerweise, dass ein Krankenhausträger gemeinsam mit dem Großteil der anderen Leistungserbringenden des betreffenden Landkreises zusammen ein Gemeinschaftsunternehmen aufbaut, das primär an der Optimierung des Gesundheitsnutzens verdient, statt an dem Angebot von medizinisch im Grenzbereich stehenden, aber im aktuellen Kontext gut honorierten Leistungen. Um dorthin zu kommen, brauchen wir wiederum Krankenkassen, die daran nicht nur Interesse haben, sondern auch bereit und in der Lage sind, entsprechende Konzepte in Selektivverträgen auszuprobieren und zu finanzieren, die bei Verhandlungen mit Krankenhäusern von der «gemeinsam und einheitlichen» Fortschreibung der bisherigen Budgets abgehen können und wollen und bereit und in der Lage sind, Routinedaten ihrer Versicherten auch über die Zeiträume nach dem Krankenhausaufenthalt anzusehen und zum gemeinsamen Lernen an der Optimierung auch den Leistungserbringenden zur Verfügung zu stellen.

Ein ganz entscheidendes Argument für die **Machbarkeit** unseres zugegebenermaßen anspruchsvollen Ansatzes sind die mittlerweile vorhandenen Dokumentationsstandards und **Datenauswertungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen**. Mutmachend sind die Auswertungs- und Vergleichsmöglichkeiten von Routinedaten auf der regionalen und überregionalen Ebene. Darüber hinaus hat die Einrichtung des

Gesundheitsfonds mit dem Morbi-RSA in erheblichem Maße zu einer Standardisierung und genaueren Analytik beigetragen. Diese Quellen lassen sich jetzt nutzen für mehr Qualitätstransparenz und bessere Gesundheitsergebnisse.

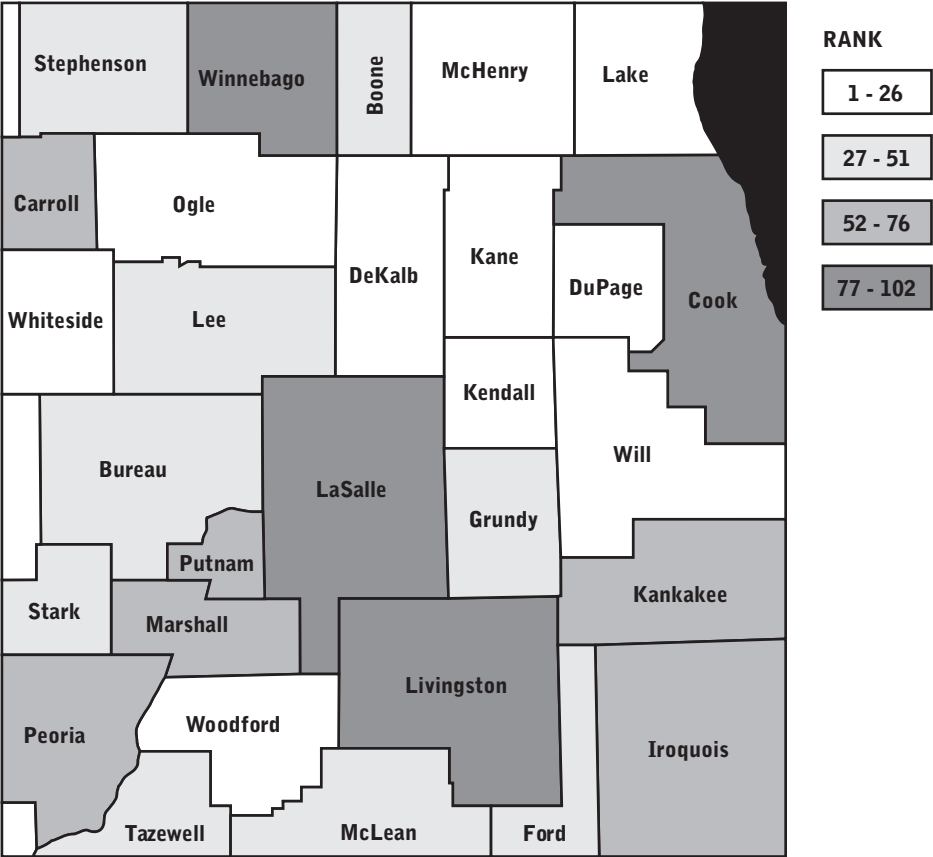


Abb.: County-Vergleich im Nordosten von Illinois – hier Health Outcome overall, vgl. <http://www.countyhealthrankings.org>

So lassen sich die aus dem **Morbi-RSA gewonnenen Daten auch zu Qualitätsvergleichen zwischen den Krankenkassen verwenden**. Jetzt ist die Zeit gekommen, auch der Öffentlichkeit und der Forschung diesen Vergleich zu erlauben, Unterschiede untereinander wie aber auch auf regionaler Ebene darzustellen und daraus dann Handlungsoptionen zu entwickeln.

In den **USA** werden vielerorts derartige Versuche bereits unternommen bzw. sind schon in den Regelbetrieb übernommen worden, wenn man etwa die Ergebnisstatistiken von Kaiser Permanente, Group Health Cooperative oder Geisinger Health Systems sich anschaut. Auch auf der regionalen Ebene werden dort Vergleiche angestellt, so etwa im «County Health Rankings & Roadmaps program», einer Kooperation zwischen der Robert Wood Johnson Foundation und der University of Wisconsin Population Health Institute. Zwei Beispiele daraus sind hier abgebildet.

PREMATURE DEATH - Health Outcomes

Description
Years of potential life lost before age 75 per 100,000 population (age-adjusted)

Ranking Methodology	
Summary Measure:	Health Outcomes - Mortality
Weight in Health Outcomes:	50%
Years of Data Used:	2008 - 2010

Summary Information	
Range in Illinois (Min - Max):	4,378 - 12,294
Overall in Illinois:	6,604
National Benchmark:	5,317 (90th percentile)

Abb.: Health Outcomes – hier vorzeitige Todesfälle, <http://www.countyhealthrankings.org/app/illinois/2013/measure/outcomes/1/map>

Mit dem **www.versorgungsatlas.de** hat das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland ein Instrument zum regionalen Vergleich von Versorgungsdefiziten und -überfluss entwickelt. Mit dem Faktencheck Gesundheit gibt es ein weiteres Modell.

Die prinzipielle Machbarkeit ist insoweit heute gegeben. Ergebnisvergleiche sind nicht nur für das Bildungssystem möglich, die Kommission ruft insofern auf zu einem **«PISA-Vergleich» für das Gesundheitswesen.**

Neben der Datenverfügbarkeit und der öffentlichen Transparenz sowie den richtigen ökonomischen Anreizen und vertraglichen Möglichkeiten wurden drei weitere entscheidende Erfolgsvoraussetzungen seitens der Kommission identifiziert, um gesellschaftlich eine Orientierung auf das Gesundheitsergebnis zu erreichen:

■ Wir brauchen eine stärkere Regionalisierung der Organisation und Steuerung der Gesundheitsversorgung. Das ist kein Plädoyer für eine gesundheitspolitische «Kleinstaaterei». Angebote der Schwerpunkt- und Spezialversorgung brauchen überregionale Koordination und Planung; doch Förderung von Prävention und Gesundheitserhaltung, die medizinische Primärversorgung und Strategien zur Bewältigung von Schnittstellenproblemen zwischen den diversen Sektoren müssen sich auf die jeweilige Umgebung beziehen und sich dafür entsprechender Technologien und Kommunikationsmöglichkeiten bedienen. Kommunikation erfordert Vertrauen, das ist auf der regionalen Ebene im gegenseitigen Kontakt leichter und stabiler aufzubauen als auf überregionaler Ebene. Gleiches gilt für

die Übernahme von Verantwortung als «Kümmerer» – je weiter weg, desto fragiler ist die Verantwortlichkeit, etwa wenn es um die Problemlösung für sozial schwächere Bevölkerungsgruppen, Migranten und/oder Mobbing an Schulen oder in den Betrieben geht.

- Letzteres führt schon zu einem weiteren Punkt: Das **Gesundheitswesen und die Akteurinnen und Akteure darin können allein viele Probleme gar nicht lösen**. Dazu wird die Einbeziehung der Zivilgesellschaft, des Bildungswesens, der Wohnungsbaugesellschaften, der Betriebe und der Vereine und Bürgerinitiativen benötigt. Ob es um Fragen des Umweltschutzes, der Bewegungsförderung, der Ernährung oder der psychischen Belastung am Arbeitsplatz und in der Freizeit geht – überall muss weiter gedacht werden als nur in medizinisch-therapeutischen Kategorien. Das Gesundheitswesen hat aber dafür bisher keine Organisationsfähigkeiten und Verantwortlichkeiten entwickelt, wenn man mal von dem leider immer weiter eingeschränkten und in seinem Verantwortungsfeld eher begrenzten Bereich des Öffentlichen Gesundheitswesens absieht. Diese Leerstelle könnte durch regionale Gesundheitsnetze geschlossen werden, die, ökonomisch durch einen Anteil an den relativ verbesserten Ergebnissen der Krankenkassen belohnt und ausgestattet mit Organisationsfähigkeiten und lokalem Bezug, Verantwortung für den Gesundheitszustand der Bevölkerung vor Ort übernehmen. Eine Verknüpfung mit den kommunalen Stellen erscheint deshalb dringend und wurde von der Kommission in 2.4. mit Anreizen versehen.
- Die dritte Erfolgsvoraussetzung sieht die Kommission in der dringend fälligen **Reorganisation der Gesundheitsberufe und ihrer Zusammenarbeit**. Das historisch gewachsene Modell der Einzelpraxis ist unter qualitativen Gesichtspunkten nicht mehr das Konzept für die Zukunft. Stattdessen setzt die Vielfalt des heutigen Wissens die enge Zusammenarbeit und Vernetzung in multiprofessionellen Teams zur Bedingung. Dies muss nicht zwingend einhergehen mit der Generierung von größeren Organisationseinheiten, sondern kann durchaus auch über die Form von gemeinsamen Dachgesellschaften mit weiterhin einer Freiberuflichkeit im Einzelnen erfolgen, mittelfristig wird der Trend aber wohl auch parallel zu neuen Anstellungs- und Unternehmensformen gehen, insbesondere weil der berufliche Nachwuchs selber dies bevorzugen wird. Ganz entscheidend dabei ist, wie das **Interesse und die Begeisterung der Handelnden** auf das gemeinsame Ziel der Erreichung eines maximalen Gesundheitsnutzens für die regionale Bevölkerung hin ausgerichtet werden kann.

Auch für diese weiteren Erfolgsvoraussetzungen gibt es bereits **Beispiele**. Die Kommission hat insofern Elemente zusammengefügt, die in Deutschland (und anderswo) bereits existieren. So existieren in Städten (wie z.B. Nürnberg, Solingen, Ingolstadt) wie auch im ländlichen Raum (wie z.B. im Kinzigtal, in Südbrandenburg, in Lauenburg oder im Saarland) bereits Gesundheitsnetze und -unternehmen, die z.T. noch rein ärztlich, z.T. aber auch schon multiprofessionell zusammengesetzt genau diese regionale Versorgungsverantwortung bereits in Teilen übernommen haben und

mit den lokalen kommunalen Stellen, den Vereinen und Initiativen zusammenarbeiten.

Unsere Hoffnung richtet sich auf die Diskussion der Öffentlichkeit, der Fachkreise, der jungen Generation – und der politisch Verantwortlichen, dass dieses anspruchsvolle Konzept in den nächsten Jahren sich umsetzen und realisieren lässt. Alle Interessentinnen und Interessenten laden wir hiermit herzlich ein, das Konzept mit uns und ihren Kreisen zu diskutieren.

Die Kommission freut sich auf Resonanz unter gesundheitskommission@boell.de.

ANHANG

DIE MITGLIEDER DER FACHKOMMISSION

Andreas Brandhorst (Co-Vorsitzender)

Seit 2003 Fraktionsreferent für Gesundheitspolitik in der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen. In den Jahren 2001-2002 Leiter des Referats für gesamtwirtschaftliche Fragen der Gesundheitspolitik im Bundesministerium für Gesundheit und von 1998-2001 Leiter des Ministerbüros im Bundesministerium für Gesundheit. Davor Wissenschaftlicher Mitarbeiter der sozialpolitischen Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, Andrea Fischer, und von 1991-1994 Referent für Sozialpolitik in der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen im Thüringer Landtag.

Helmut Hildebrandt (Co-Vorsitzender)

Gründer und Vorstand der OptiMedis AG, einem Managementunternehmen im Bereich der Integrierten Versorgung. Der Apotheker hat viele Jahre für die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gearbeitet. Neben Tätigkeiten in der Wissenschaft hat er fast 20 Jahre lang Akteure aus der Gesundheitswirtschaft in Organisation, Strategie und Systementwicklung beraten. In den Jahren 1999 und 2000 war Helmut Hildebrandt als Berater der damaligen Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer maßgeblich an der Entwicklung der Integrierten Versorgung in Deutschland beteiligt. Er saß Anfang der 1990er Jahre für die Grünen in der Hamburger Bürgerschaft.

Ulrike Hauffe

Seit 1994 Bremer Landesbeauftragte für Frauen. Sie ist Expertin für Frauen- und Gesundheitsfragen und ist Mitglied im Verwaltungsrat der Barmer GEK und dort Vorsitzende des Ausschusses «Prävention, Versorgung, Rehabilitation und Pflege», im Ausschuss Nationale Gesundheitsziele und im Nationalen Netzwerk Frauen und Gesundheit. Sie leitet den Frauen- und Gleichstellungsausschuss des Deutschen Städtetags. Die Diplom-Psychologin hat vor dem politischen Amt 20 Jahre als Psychotherapeutin, Geburtsvorbereiterin, Aus- und Weiterbilderin für Ärztinnen/Ärzte und Hebammen gearbeitet.

Dr. med. Bernd Köppl

Vorsitzender des Bundesverbandes Medizinische Versorgungszentren (BMVZ e.V.). Der Arzt und Politologe war viele Jahre für die Grünen als Gesundheitspolitiker im Berliner Abgeordnetenhaus. Er ist Ärztlicher Leiter und Geschäftsführer einer Nachfolgeorganisation der (Ost-) Berliner Polikliniken sowie Vorsitzender der Stiftung Pinel für psychisch Kranke.

Dr. Ilona Köster-Steinebach

Seit 2010 Referentin für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen beim Bundesverband der Verbraucherzentrale, Berlin. Davor Referentin und Teamleiterin bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und mehrere Lehrtätigkeiten. Promotion am Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Philipps-Universität Marburg im Fach Volkswirtschaftslehre

Prof. Dr. med. habil. Andrea Morgner-Miehlke, MHM

Internistin/Gastroenterologin und Gesundheitsökonomin im Bereich Health Management. Langjährige Erfahrung in Forschung, Lehre und Krankenversorgung im universitären Umfeld, strategische Projektverantwortung und medizinische Unternehmensentwicklung in Universitätskliniken. Geschäftsführung der Managementgesellschaft zur integrierten Versorgung mit landespolitischem Auftrag (Sachsen). Landespolitische Gutachten zur integrierten Versorgung. Ärztliche Direktorin eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft im zweiten Gesundheitsmarkt in Hamburg. Dozentin an der Hochschule für Gesundheitswirtschaft Bremen und der Dresdner International University. APL-Professorin an der TU Dresden, Harvard Macy Scholar.

Manfred Rompf

Seit 2013 Geschäftsbereichsleiter Personalwesen Universitätsklinikum Gießen-Marburg. Von 2007 bis 2012 Geschäftsführer Personalmanagement Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH in Berlin. Seit 2008 ist er Vorsitzender des Aufsichtsrates Vivantes Forum für Senioren. Mitglied in weiteren Aufsichtsräten. Nach Berufstätigkeit in der Krankenpflege Studium der Betriebswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt Gesundheitsmanagement an der Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie Wiesbaden (VWA) und Studium Bachelor of Business of Administration (BBA) Steinbeis-Hochschule-Berlin.

Dr. Almut Satrapa-Schill

Seit 2011 Leiterin des Sonderbereichs «Zukunftsfragen der Gesundheitsversorgung» mit den Themenbereichen: Regionale Gesundheitsversorgung, Gesundheitsberufe und Service und Assistenz im Sozial- und Gesundheitswesen bei der Robert-Bosch-Stiftung. Von 2000 bis 2010 Leiterin des Programmbereichs «Gesundheit und Humanitäre Hilfe» bei der Stiftung und davor tätig in verschiedenen Förderbereichen, ab 1989 im Förderungsgebiet «Gesundheitspflege».

Prof. Dr. Jonas Schreyögg

Inhaber des Lehrstuhls für Management im Gesundheitswesen an der Universität Hamburg und wissenschaftlicher Direktor des Hamburg Center for Health Economics (HCHE). Er ist gleichzeitig assoziierter Forscher an der Stanford University. Vor seiner Berufung an die Universität Hamburg war er Professor für Health Services Management an der Ludwig-Maximilians-Universität München und Abteilungsleiter am Helmholtz Zentrum München (2009-2010). Prof. Schreyögg verbrachte Lehr- und Forschungsaufenthalte in Norwegen, Singapur, Taiwan und den USA.

Dr. med. Johannes Thormählen

Seit 2008 Vorstand der GWQ ServicePlus AG, einer Gesellschaft mehrerer Betriebskrankenkassen. Zuvor war er bei der Firma 4sigma tätig, zuletzt als Vorsitzender der Geschäftsleitung. Von 1996 bis 2001 arbeitete der studierte Humanmediziner an der TU München als wissenschaftlicher Assistent und Projektleiter im Bereich Versorgungsforschung.

Dr. Christina Tophoven

Seit 2004 Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer. Nach ihrem Studium der Volkswirtschaft sozialwissenschaftlicher Richtung an der Albertus Magnus Universität zu Köln arbeitete Frau Dr. Tophoven von 1987 bis 1989 im Deutschen Bundestag: zunächst als wissenschaftliche Mitarbeiterin der Enquete-Kommission «Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung» und anschließend im Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung des Deutschen Bundestags. Von 1990 bis 1998 Referentin für Sozialpolitik beim AOK-Bundesverband. Ab 2003 bei der Kassenärztlichen Vereinigung zuständig für den Themenbereich «Neue Versorgungsformen».

Univ.-Prof. Dr. Jürgen Wasem

Inhaber des Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen. Vorherige Stationen waren die Universität Greifswald, die Universität München, das Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung und das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Prof. Wasem ist u.a. Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt (BVA).

LITERATUR

- Bauhoff, S. (2012): Do health plans risk-select? An audit study on Germany's Social Health Insurance. *Journal of Public Economics* 96, S. 750–759.
- Buescher, A. (2012): Versorgungsmodelle in der Pflege im internationalen Vergleich. Vortrag auf der Klausurtagung des Ausschusses für Prävention, Versorgung, Rehabilitation und Pflege der Barmer GEK, Potsdam am 17.10.2012.
- Cassidy, A. (25.10.2012): Nurse Practitioners and Primary Care. Health Policy Brief. Health Affairs.
- Gerlach, F.M. (2012): Sektorenübergreifende und populationsorientierter Qualitätswettbewerb. Antrittsvortrag. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit).
- Pfaff, H. et al. (2009): Modelle zur Analyse von Integration und Koordination im Versorgungssystem. In: Amelung, V. E., Sydow, J. & Windeler, A. (Hrsg.), Vernetzung um Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation. Kohlhammer Druckerei GmbH.
- Pfaff, H. & Schulte, H. (2012): Der onkologische Patient der Zukunft. Co-Manager und Patientenunternehmer in eigener Sache. *Onkologie* 18, S. 127–133.
- Pick, P. (2012): Ökonomisierung im Gesundheitswesen. Vortrag auf der Klausurtagung des Ausschusses für Versorgung und Verträge des Barmer-GEK-Verwaltungsrates, Potsdam am 17./18.10.2012.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Pressemitteilung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zur Übergabe des Sondergutachtens 2012 an Herrn Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr am 20. Juni 2012.
- SVR Gesundheit (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Zuletzt abgerufen am 08.08.2013 unter <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=378>
- Schönbach, K.H. (2010): Grenzen zwischen Krankenhäusern und Praxen überholt. Sektorübergreifende Sicherstellung mit Vertragspflicht der Krankenkassen. *Gesundheits- und Sozialpolitik THEMA*, 2012(2), S. 11–17.
- Schönbach, K.H., und Faust, H.-G. (2012): Von einer planlosen Überversorgung zur sektorübergreifenden Versorgungsplanung? *Gesundheits- und Sozialpolitik THEMA*, 2012(4), S. 8–15.
- Schütz, J., und Knieps, F. (2012): Wettbewerb in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. *Zeitschrift für Rechtspolitik*, 2012(6), S. 164–167.
- SPIEGEL-Online (21.09.2012): Gesundheitsweiser Ferdinand Gerlach: «Ärzte verdienen nur, wenn Menschen krank bleiben». Zuletzt abgerufen am 08.08.2013 unter <http://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/aerztestreik-gesundheitsweise-schlagen-alternatives-system-vor-a-856818.html>
- Stillfried, D. v. et al. (2011): Studie zu regionalen Besonderheiten der Inanspruchnahme und deren mögliche Ursachen – empirische Ergebnisse auf Basis räumlich aggregierter Daten. BMC Hintergrundgespräch, Potsdam am 07.09.2011. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland.
- Veit, C. et al. (2012): Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. BQS-Institut. Zuletzt abgerufen am 08.08.2013 unter <http://www.bqs-institut.de/images/stories/doc/P4P-Gutachten-BQS-20120727.pdf>

- Vogd, W. (2012): Versorgungsstrukturen und Patientenrolle im Wandel der Medizin und des Gesundheitssystems. *Monitor Versorgungsforschung* 5(4), S. 38-40.
- Wissenschaftsrat (WR) (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Zuletzt abgerufen am 08.08.2013 unter <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>
- Woolhandler, S., und Ariely, D. (2012): Will Pay For Performance Backfire? Insights from Behavioral Economics. Health Affairs Blog. Zuletzt abgerufen am 08.08.2013 unter <http://healthaffairs.org/blog/2012/10/11/will-pay-for-performance-backfire-insights-from-behavioral-economics/>

Adobe- oder Foxit- PDF-Reader zeigen HIER Links und Buttons;dieses Browser-Plugin NICHT!



Seit Jahrzehnten kennt die Gesundheitspolitik vornehmlich ein Ziel: die Begrenzung der Ausgaben. Die Verbesserung der Versorgungsqualität und der Gesundheit der Bevölkerung durch eine engagierte Präventionspolitik wurden vernachlässigt. Die Gesundheitspolitische Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung hat deshalb Ideen für patientenorientierte Anreiz- und Vergütungsstrukturen erarbeitet. Sie zeigen, wie ein effizientes, auf Qualität ausgerichtetes Gesundheitssystem

aussehen könnte. Bislang wurde das System vor allem von den Interessen der Anbieter dominiert – von der Pharmaindustrie über die Apotheker bis zu den niedergelassenen Ärzten. Dabei sollten die Versicherten und Patienten im Mittelpunkt stehen. Die namhaften Expertinnen und Experten der Kommission haben sich ihrer Perspektive angenommen – herausgekommen ist ein engagierter Entwurf für ein zukunftsfähiges, solidarisches Gesundheitssystem.

Heinrich-Böll-Stiftung

Die grüne politische Stiftung

Schumannstraße 8, 10117 Berlin

T 030 285340 **F** 030 28534109

E info@boell.de **W** www.boell.de

ISBN 978-3-86928-108-7