

## Reformpositionen: Organisationsstrukturen

Gesundheitsreformen waren immer ein ordnungspolitisches tutti-frutti. Es sei hier die Prognose gewagt, dass dies auch in Zukunft so bleiben wird. Für eine Organisationsreform sind weniger ordnungspolitische Stringenz, sondern andere Faktoren entscheidend:

- Perzeption der über Lobbyisten vermittelten Realität und die Medienkompatibilität von Themen;
- Aktuelle Problemlagen, die nicht kurzfristig einer Lösung zugeführt werden können und deshalb Aktionismus auslösen (Bsp.: Arzneimittelbudgets);
- Gesellschaftliche Megatrends, die das Denken der Menschen prägen und denen sich auch das Gesundheitswesen nicht entziehen kann: insbesondere der Trend zur Individualisierung sowie der gesellschaftlichen Ausdifferenzierung und die Akzeptanz von Wettbewerb als adäquate Methode zur Problemlösung über Suchprozesse. Der anstehenden Generationswechsel der Gesundheits- und Sozialpolitiker im Deutschen Bundestag verstärkt diesen Trend;
- Die Entwicklung der Informations- und Kommunikationstechnologie.

Die Frage, wie die Organisation unseres Gesundheitswesens sich weiter entwickeln wird, soll hier in zwei Schritten versucht werden:

**1.: Welches werden in den nächsten Jahren die Themen sein, die das Potenzial haben eine aktuelle Problemlage herbeizuführen, die eine in der Perzeption der Akteure eine solche Bedeutung haben oder einen solchen Mediendruck auslösen, dass diese darauf mit organisatorischen Änderungen reagieren müssen?**

Natürlich wird das Thema knappe Finanzressourcen alles dominieren. Diese und andere Selbstverständlichkeiten sollen hier nicht vertieft werden. Unterschätzt werden aber drei Faktoren:

### Wer hat die Definitionsmacht im Gesundheitswesen?

Als entscheidendes Konfliktfeld der kommenden Jahre wird hier der Kampf der verfassten Ärzteschaft um das Definitionsmonopol der Versorgungsrealität angesehen. Es wird hier die Prognose gewagt, dass dieser Konflikt in Deutschland härter ausgetragen wird als in anderen Staaten, weil die Definitionsmacht der Ärzte auf Strukturen trifft, die ihr Monopol festigen:

- die Abschottung der Versorgungssektoren;
- Der Datenschutz verhindert sektorübergreifende Steuerungsansätze.
- die Konstruktion des deutschen Gesundheitswesens, Steuerungsansätze vor allem auf der Makro- und Mesoebene anzusetzen und die Steuerung auf der Mikroebene, beim einzelnen Patienten, zu vernachlässigen.

Damit haben wir zwei Gruppen, die den Ärzten das Definitionsmonopol streitig machen: Kassen und Patienten. Ärzteschaft und Kassen werden versuchen, die Patienten zu instrumentalisieren und auf ihre Seite zu ziehen. Beiden wird es nicht auf Dauer gelingen. Eine kluge Politik von Leistungserbringern und Kassen wird auf Patientempowerment setzen.

### Einführung der DRG's

Selbst wenn der Zeitplan für die Einführung der DRG's geändert wird: Der point of no return ist überschritten. Die Einführung des neuen Entgeltsystems im Krankenhaus wird das Gesundheitssystem in Deutschland stärker verändern als in anderen Staaten, die pauschalierte Vergütungssysteme im Krankenhaus eingeführt haben:

- Wenn das deutsche Gesundheitswesen irgendwo eine Spitzenstellung hat, dann in der Abschottung der Sektoren und den Möglichkeiten der einzelnen

Sektoren, sich zu Lasten eines anderen zu optimieren. Die Anreizstrukturen sind so gesetzt, dass die Kreativität der Leistungserbringer in diese Richtung gelenkt wird. Die DRG's werden dieser Tendenz dramatisch verstärken;

- zum ersten Mal wird es in einem Sektor wirkliche Preistransparenz geben;
- der Transparenzschub wird durch den elektronischen Datenträgeraustausch und die Nutzung der EDV für Prozessoptimierungen verstärkt.

## **Europa**

Die Urteile des EuGH und die pure Angst davor werden die Gesundheitspolitik verändern. Spätestens seit Kohl/Decker wissen alle Akteure im Gesundheitswesen, welches systemverändernde Potenzial die Richter in Luxemburg haben. Mit jeder Klage und jedem Urteil werden die Nischen des deutschen Gesundheitswesens enger werden. Wie ein Bundesverfassungsgerichtsurteil die Politik zur Eröffnung der Wahlfreiheit genötigt hat, hat der EuGH das Potenzial, die GKV zu verändern.

## **2. Welche Optionen hat die Politik, darauf mit organisatorischen Anpassungen des Systems zu reagieren?**

Option eins ist, hektischen Stillstand zu produzieren. Natürlich kann man das KV-Management weiter professionalisieren, indem man das "Ehrenamt" KV-Vorsitz in einen Managerposten umwandelt. Natürlich kann man den RSA weiter ausbauen bis König Salomon im Himmel neidvoll wegen des erzielten Maßes an Verteilungsgerechtigkeit schamrot anläuft. Die Frage stellt sich nur: Welches Versorgungsproblem wird damit gelöst?

Option zwei ist, sich entweder mit den Leistungserbringern oder den Kassen zu verbünden, um den jeweils anderen mit Organisationsmaßnahmen zu schwächen. Je nach politischer Konstellation nach der Bundestagswahl sind hier unterschiedliche Möglichkeiten denkbar. Aber auch hier stellt sich die Frage: Welches Versorgungsproblem wird damit gelöst?

Option drei ist, die Versorgungsprobleme in den Mittelpunkt zu stellen und die oben skizzierten Großwetterlagen zu instrumentalisieren. Entscheidend für den Erfolg einer solchen Strategie wird sein, inwieweit es gelingt, den Versicherten/Patienten auf die Seite der Reform zu ziehen. Dieser Weg führt zwangsläufig dazu, ihm mehr Freiheiten zu gewähren. Scheitern wird diese Strategie, wenn sie Freiheit und Selbstverantwortung zu rhetorischen Floskeln degradiert, hinter denen die für dumm verkauften Menschen sehr schnell Synonyme für "zur Kasse bitten" erkennen. Wer Phrasen wie Nullwachstum für Wachstum verkauft und Selbstverantwortung mit Zuzahlungen gleichsetzt, darf sich nicht wundern, dass Politikverdrossenheit und Unzufriedenheit mit dem Gesundheitswesen parallel wachsen.

Wie ist es aber möglich, die Verbesserung der Versorgung nicht nur rhetorisch, sondern faktisch in den Mittelpunkt einer Reform zu stellen?

- Leistungsanbieter dürfen nicht mehr gesetzlich gezwungen werden, Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von der Zustimmung ihre Konkurrenten abhängig zu machen. Das ist derzeit aber noch Realität bei niedergelassenen Ärzten/Zahnärzten und bei Krankenkassen, die qua Gesetz in einem Verband konkurrierender Kassen zusammengeschlossen sind.  
Diese Forderung bedeutet nicht Abschaffung der KVen/KZVen oder von Verbänden wie VdAK oder AEV. Es bedeutet aber, dass sie ihr Definitionsmonopol verlieren, faktisch also auf eine Notarfunktion begrenzt werden: Wenn nicht zwingende rechtliche Gründe entgegen stehen, müssen sie dem Begehren auch einzelner oder Gruppen ihrer Mitglieder auf Vertragsabschluss entsprechen.

- Wer die Qualität der Versorgung verbessern will, muss dies auch sagen dürfen.  
Derzeit ist es Leistungserbringern faktisch verboten, mit dem Argument zu werben, eine bessere Qualität zu bieten. Wer dies versucht, wird erkennen, dass die Rechtsabteilung die schlagkräftigste Abteilung einer Landesärztekammer ist. Die Restriktionen für Leistungserbringer im Gesundheitswesen, die über das Maß dessen hinaus gehen, was in anderen Wirtschaftszweigen gilt, wirkt qualitätsbremsend.
- Wer Verantwortung für die gesamte medizinische Versorgung eines Menschen übernehmen will, muss dies tun können. Die Einführung von Capitation-Vergütungen wird deshalb die Versorgungsrealität mehr verändern als alle Verzahnungs- und Vernetzungsdebatten der letzten dreißig Jahre.
- Versicherten muss erlaubt(!) werden, dass sie verbindlich auf das Recht zur ungesteuerten Leistungsanspruchnahme verzichten und sich für eine bestimmte Zeit verpflichten, bestimmte Spielregeln zu akzeptieren, z.B. Beschränkungen bei der Arztwahl, bei der Auswahl der Krankenhäuser oder der Medikamente. Wer Doktor- oder Klinikhopping will, soll dies auch in Zukunft dürfen. Da es nicht den Hauch von Evidenz gibt, dass ungesteuerte Leistungsanspruchnahme der Gesundheit dient, ist es unsolidarisch, dass diejenigen, die darauf verzichten, dies mitbezahlen.
- Investitionen in die Gesundheit amortisieren sich nur langfristige. Wirksame Präventions- und Rehabilitationsprogramme sind teuer. Deshalb sind die Anreize falsch gesetzt, dass Versicherte solche Leistungen in Anspruch nehmen dürfen und trotzdem nach Belieben die Kasse wechseln können. Mehr als ein neues Präventionsgesetz fördert es die Gesundheitsvorsorge, dass Kassen in der Satzung vorsehen können, dass Ausgaben für solche Bereiche degressiv zurückgezahlt werden müssen, wenn innerhalb bestimmter Fristen die Kasse gewechselt wird. Kein Angestellter hat Probleme, wenn er unterschreiben soll, dass der Arbeitgeber Weihnachts- bzw. Urlaubsgeld rückvergütet bekommt, wenn der Mitarbeiter aus eigenem Antrieb unterjährig das Unternehmen wechselt. Was ist falsch daran, dass langfristige Investitionen in die Gesundheit auch degressiv zurückerstattet werden müssen, wenn kurzfristig die Kasse gewechselt wird?
- Entscheidend ist, dass diese Veränderungen nicht isoliert, sondern zusammen vorgenommen werden: Keine Organisation wird bereit sein, über eine Capitation die Kostenverantwortung für einen Versicherten zu übernehmen, wenn dieser dank Versichertenkarte nach Gutdünken Kosten verursachen darf. Umgekehrt wird kein Versicherter auf das Recht verzichten, ohne Einschränkungen Kosten zu verursachen, wenn er dies primär als Verzicht empfindet. Finanzielle Anreize sind deshalb ein Aspekt, der aber nicht ausreichen wird. Das glaubwürdige Versprechen, durch die Konzentration auf bestimmte Leistungserbringer eine bessere Qualität der Versorgung zu erreichen, wird deshalb wichtiger werden als die Aussicht, einige Euro an Krankenversicherungsbeitrag zu sparen. Die Glaubwürdigkeit eines solchen Qualitätsversprechens hängt aber davon ab, dass die Leistungserbringer die Qualität ihrer Leistungen kommunizieren dürfen, also davon, dass die Restriktionen bei der Information über die angebotenen Dienstleistungen fallen.

Geht dies nicht an der Fragestellung "Reform der Organisationsstrukturen" vorbei?  
Nein! Pestalozzi hat Eltern aufgefordert, aufzuhören, an ihren Kindern herumzuerziehen: diese würde eh das tun, was die Eltern vorlebten. Für Erwachsene gilt, dass sie sich eh so verhalten, wie die Anreizstrukturen gesetzt sind.

Die Erfahrungen von über 100 Jahren Sozialversicherung in Deutschland zeigen, dass es wenig gebracht hat, die Beteiligten gesetzlich auf das Gute, Wahre, Schöne - Entschuldigung: auf Solidarität, Vernetzung und Verzahnung - zu verpflichten, solange die

wirtschaftlichen Anreize dem entgegen stehen. Wenn die Anreize richtig gesetzt sind, erst dann können auch die bestehenden Organisationen zu Dienstleistern werden.

Müssen wir die Volkskammer abschaffen? Diese Frage hat den Prozess der deutschen Einheit aus guten Gründen nicht bestimmt. Als sie einmal demokratisch gewählt war, hat sie das selbst getan. Genau so kann die Frage offen bleiben, ob wir die KVen auflösen oder Kassenverbände abschaffen sollen. Vielleicht ist die Metapher mit der Volkskammer auch schief und die bestehenden Strukturen schaffen es, sich in eine veränderte Welt hinüber zu retten. Die Innungen, die - cum grano salis - aus den Zünften hervorgegangen sind, sind gute Beispiele dafür, dass die Transformation gelingen kann. Gerade weil die bestehenden Organisationen neben unsäglichen Nachteilen auch unbestrittene Verdienste haben, sollten sie die Chance erhalten, sich zu verändern und zu echten Dienstleistern für ihre Mitglieder zu werden.

Die beste Organisationsreform ist deshalb die, die Anreize zur Verbesserung der Versorgung richtig setzt. Kaum eine Organisation hat die Kraft, sich selbst abzuschaffen, oder daran mitzuwirken. Sümpfe legt man auch nicht trocken, indem man auf die unbestrittene Fachkompetenz der Frösche zurückgreift.

Deshalb wäre die Politik auch auf dem strategischen Niveau des kaiserlichen Generalstabs vor Langemarck, der mit Stolz vermeldet hat, dass tausende junger Männer "mit dem Deutschlandlied auf den Lippen" einen sinnlosen Tod gestorben sind. Genau so sinnlos wäre es, die bestehenden Strukturen im deutschen Gesundheitswesen - egal ob Kassen- oder Leistungserbringerverbände - im direkten Sturmangriff nehmen zu wollen.

Werden die Anreize zur Verbesserung der Versorgung richtig gesetzt und ein echter Wettbewerb um Qualität und Effizienz der Versorgung etabliert, dann werden auch neue Player im Spiel auftauchen. - By the way: Dass neue Marktteilnehmer eine berechenbare Chance haben, im Markt erfolgreich zu sein, ist ein wichtiges Kriterium für echten Wettbewerb. - Natürlich mag es noch Leute geben, die einen Spitzenverband für wichtiger halten als ein Spitzenunternehmen oder Haniel für eine Spedition, die Schiffe auf dem Rhein tuckern lässt. Es sei aber hier die Prognose gewagt: entweder ist in fünf bis zehn Jahren der GKV Beitragssatz auf dem gleichen Niveau wie der der Rentenversicherung oder die Zahl der Insider, die diese "Erkenntnisse" haben, tendiert gegen Null.