

Evidenzbasierte Medizin
Demografie
Vernetzte Versorgung
Prävention
Nachhaltige Finanzierung

*Arena Analyse zur Zukunft des
Deutschen Gesundheitswesens*

Out of the Box!

Nikolaus Huss
Andreas Kovar
Dr. Nikolaus Schumacher

K O V A R H U S S

Edition KovarHuss

Unternehmerische Entscheidungen können selten vollständig autonom gefällt oder umgesetzt werden. Anspruchsgruppen aus Politik und Gesellschaft fordern Einfluss und definieren damit Handlungsspielräume von Unternehmen und Projekten neu. Obwohl das Umfeld a priori meist nicht feindlich gesinnt ist, prallen immer wieder unterschiedliche Interessen aufeinander – mitunter zum Nachteil für die wirtschaftlichen Ziele, die Reputation und den Wert eines Unternehmens. Erfolgreiches Public Affairs Management dient aber nicht nur der Abwehr dieser Gefahren und dem Risikomanagement. Ziel ist das Erkennen gesellschaftlicher Entwicklungen, um dieses Wissen als Grundlage für wettbewerbsfähigere Lösungen und für die Mitgestaltung politischer Entwicklungen zu nutzen. Als Policy Advisors unterstützen wir Unternehmen dabei, ihren eigenen Weg zu erkennen und zu gehen.

In Mitteleuropa ist Public Affairs Management eine relativ neue Unternehmensfunktion. **KovarHuss** investiert in die Forschung und Entwicklung des europäischen Public Affairs Managements. Diesem Ziel dient auch die vorliegende Buchreihe. Der erste Band der Serie **Edition KovarHuss** nimmt die Tradition unseres Schwesterunternehmens Kovar & Köppl, Wien auf und erweitert die Publikationen zu Themen an der Schnittstelle von Politik, Wirtschaft und Gesellschaft.

Der Bericht verwendet allein aus Gründen der leichteren Lesbarkeit durchgängig die grammatikalisch männliche Form.

Nikolaus Huss, Andreas Kovar, Dr. Nikolaus Schumacher:
Out of the Box! Arena Analyse zur Zukunft des deutschen Gesundheitswesens 2012

© KovarHuss GmbH
Alle Rechte vorbehalten

Gedruckt in Deutschland
Satz & Layout: Kovar & Köppl, Wien
Umschlag: Maria Grammatikopoulos
Herstellung: spreedproduktion GmbH

Arena Analyse Gesundheit

2012 – Deutschland

Inhalt

ARENA-ANALYSE GESUNDHEITSWESEN IN DEUTSCHLAND	3
Untersuchungsdesign und Fragestellung	3
Vorüberlegungen	4
Antwortcluster	5
Die Meinung der Experten	6
Demographischer Wandel	6
Aufkommende Themen	6
Ursachen	7
Plausible Szenarien	8
Änderungsbedarf	8
Ansprüche an das Gesundheitswesen	9
Aufkommende Themen	9
Ursachen	10
Plausible Szenarien	11
Änderungsbedarf	11
Systemische Komplexität des Gesundheitswesens	12
Aufkommende Themen	12
Ursachen	13
Plausible Szenarien	14
Änderungsbedarf	15
Zielkonflikte durch Priorisierung und Rationierung von Gesundheitsleistungen	17
Aufkommende Themen	17
Ursachen	17
Plausible Szenarien	19
Änderungsbedarf	19
Finanzierung des Gesundheitswesens	20
Aufkommende Themen	20
Ursache	21
Plauschale Szenarien	21
Änderungsbedarf	22
Zukunft des Kassensystems	23
Aufkommende Themen	23

Ursache	24
Plausible Szenarien	24
Änderungsbedarf	25
Rolle der Prävention	26
Aufkommende Themen	26
Ursachen	27
Plausible Szenarien	28
Änderungsbedarf	28
Kooperation und integrierte Versorgung	29
Aufkommende Themen	29
Ursachen	29
Plausible Szenarien	30
Änderungsbedarf	31
Evidenzbasierte Medizin	33
Aufkommende Themen	33
Ursachen	33
Plausible Szenarien	35
Änderungsbedarf	36
Ausbildung und Arbeitsbedingungen	37
Aufkommende Themen	37
Ursachen	37
Plausible Szenarien	38
Änderungsbedarf	39
Was uns bei der Analyse aufgefallen ist	41
Unsere Schlussfolgerungen	42
Zu den Aussagen im Einzelnen	42
Demographie	43
Wissenschaftlicher und technologischer Fortschritt	44
Patientensouveränität	47
Das Zusammenwirken der externen Faktoren	48
Was tun?	53
Anhang: Die Befragten	55

ARENA-ANALYSE GESUNDHEITSWESEN IN DEUTSCHLAND

Untersuchungsdesign und Fragestellung

Seit 2006 führt unser Schwesterunternehmen Kovar & Köppl Arena Analysen durch. Mit Arena Analysen kann man Emerging Issues, also aufkommende Themen, identifizieren. Für Unternehmen, die am Schnittpunkt von Politik und Wirtschaft arbeiten, ist dies unerlässlich, um frühzeitig notwendige Maßnahmen ergreifen zu können.

Die Arena-Analyse hilft, neu aufkommende Issues zu erkennen.

Nach der Issue Theorie durchlaufen Themen, bevor sie eskalieren, eine Latenzphase, in der sie den jeweiligen Fachexperten bereits bekannt sind und diskutiert werden, aber von einer größeren Öffentlichkeit oder der Politik noch nicht wahrgenommen werden. In dieser Phase ist es daher möglich, durch Befragung von Experten frühzeitig zu erfahren, welche größeren Themen unter der Oberfläche schlummern.

Das Untersuchungsdesign umfasst die folgenden Schritte:

1. Befragung von Experten mit einer möglichst offenen Fragestellung, um das gesamte Feld der möglichen Issues einzubeziehen. Die Befragten kommen dabei aus vielen fachlichen und gesellschaftlichen Bereichen – auch diese Streuung dient der Sicherstellung der Vielfalt.
2. Die Antworten der Experten werden gesammelt und geclustert. Dabei sollen Muster offen gelegt und die ursprüngliche Komplexität reduziert werden.
3. Daraufhin folgt die Schlusserwertung. Das Ergebnis ist der Bericht, den Sie hier in Händen halten.

Die Arena Analyse Gesundheitspolitik 2012 wurde von KovarHuss GmbH Policy Advisor im Zeitraum Juni - Oktober 2011 durchgeführt.

Hier die gestellten Fragen im Wortlaut:

1. Welches sind aus Ihrer Sicht Themen, über die in den Medien derzeit noch kaum berichtet wird, die aber so wichtig oder so dringend sind, dass sie in den nächsten vier Jahren zwangsläufig öffentlich diskutiert werden? Gibt es Ihrer Meinung nach Themen, die derzeit noch nicht auf der politischen Agenda stehen, welche aber aufgrund ihrer Wichtigkeit dort bereits behandelt werden sollten?
2. Was sind Ihrer Einschätzung nach die konkreten Hintergründe

und erkennbaren Ursachen des jeweiligen Themas? Welcher Konflikt bzw. welche Problemstellung steckt dahinter?

3. Welche plausiblen Szenarien können Sie sich im Zusammenhang mit den genannten Themen vorstellen?
4. Was würden Sie persönlich sofort ändern?

Die Anonymität der Befragten unterstützt klare Statements.

Bei allen kursiv gesetzten Passagen im vorliegenden Bericht handelt es sich um wörtliche Zitate aus den schriftlichen, zum Teil auch in mündlichen Interviews gelieferten Beiträgen. Wie immer wurde den Teilnehmern an der Arena Analyse zugesichert, dass ihre Beiträge nicht namentlich wiedergegeben werden. Aus den schriftlichen oder im Wege von Interviews gelieferten Beiträgen wird daher durchgehend anonym zitiert.

Vorüberlegungen

Die Arena Analyse zeigt Trends und Tendenzen.

Die folgende Arena Analyse wirft den Blick auf die gesamte gesundheitspolitische Landschaft. Sie befragt nicht nur Akteure innerhalb, sondern auch außerhalb des Gesundheitssystems: Worauf stellen sich die Akteure ein? Was erscheint ihnen realistisch geboten? Was ist zwar nötig, aber angesichts der gegenwärtigen Situation eher utopisch? Gibt es Indizien für ein wachsendes systemisches Bewusstsein mit Aussicht auf eine tendenzielle Bereitschaft, über den Schatten zu springen und die eigenen Interessen zu hinterfragen?

Und: Welche neuen Themen sehen die Befragten am Horizont? Geraten durch die neuen Themen blinde Flecken des Gesundheitssystems in das Blickfeld?

Naturgemäß kann eine solche Arena Analyse kein objektives und evaluiertes Bild der Situation ergeben. Vielmehr liegt der Wert der Antworten darin, einen ersten Überblick über das gesamte Themenfeld zu erhalten und aufkommende Trends erkennen zu können. Das dadurch entwickelte Bild kann dann mit den eigenen Erwartungen abgeglichen werden. Daraus ergeben sich mögliche neue Handlungsnotwendigkeiten.

Befragung verweist auf Bundestagswahl 2013.

Die Befragung wurde über einen längeren Zeitraum 2011 durchgeführt, verweist aber bereits auf das Jahr 2013. Die Gesundheitspolitik unterliegt eigenen Gesetzmäßigkeiten. Eine dieser Gesetzmäßigkeiten ist, dass in jeder Legislaturperiode das Risiko tiefgreifender Zäsuren besteht. Der hohe politische Druck auf die Gesundheitswirtschaft führt dazu, dass sich die Akteure nicht schrittweise anpassen, die Entwicklung also nicht kontinuierlich stattfindet, sondern durch zuweilen abrupte Eingriffe Geschäftsmodelle zerstört, oder aber neue geschaffen werden. Die im

Januar 2012 in Kraft getretenen Gesetze, das „Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ und das „Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes“ (AMNOG) sind dafür beredete Beispiele. Zumindest seitens der Arzneimittelindustrie wurden die damit verbundenen Veränderungen nicht hinreichend prognostiziert, was zu entsprechenden Verwerfungen in den betroffenen Bereichen geführt hat.

Die jüngst vorgenommenen Reformen lassen allerdings kaum Rückschlüsse auf die Gesundheitspolitik im Jahre 2013 und folgende zu. Im Vorgriff auf die kommende Legislaturperiode beginnen die Gesundheitspolitiker aller Fraktionen jetzt damit, ihre aktuelle Sichtweise zu überprüfen und für die kommende Legislaturperiode mögliche neue Themenschwerpunkte und Lösungskonzepte zu entwickeln.

Für Unternehmen und Organisationen dürfte es deshalb vordringlich sein, diese Entwicklungen und Trends wahrzunehmen und in ihrer Unternehmensstrategie zu berücksichtigen.

Antwortcluster

In einer Reihe von Auswertungssitzungen haben wir die Antworten analysiert. Dabei haben sich Antwortschwerpunkte zu zehn Themenfeldern herausgebildet. Neben fünf Grundsatzthemen konnten wir ebenso viele Einzelthemen identifizieren.

**Antworten in zehn
Schwerpunktclustern.**

Folgende grundsätzliche Themen wurden angeschnitten:

- Demographischer Wandel
- Ansprüche an das Gesundheitswesen
- Systemische Komplexität
- Zielkonflikte
- Finanzierung

Zu diesen Schwerpunktthemen nahmen die Interviewpartner auffallend häufig Stellung:

- Zukunft des Kassensystems
- Prävention
- Kooperation und Integrierte Versorgung
- Evidenzbasierte Medizin
- Ausbildung und Arbeitsbedingungen

DIE THEMENCLUSTER

- _ Demographischer Wandel
- _ Ansprüche an das Gesundheitswesen
- _ Systemische Komplexität
- _ Zielkonflikte
- _ Finanzierung

- _ Zukunft des Kassensystems
- _ Prävention
- _ Kooperation und Integrierte Versorgung
- _ Evidenzbasierte Medizin
- _ Ausbildung und Arbeitsbedingungen

Die Meinung der Experten

Demographischer Wandel

Aufkommende Themen

Demographie verändert das Gesundheitswesen von außen und von innen.

Der demographische Wandel ist das Mega-Thema des Jahrzehnts. Wir werden älter, weniger und kränker. Die Zahl der Transfereinkommensempfänger wächst, die Zahl der Beitragszahler, die die umlagefinanzierte GKV finanzieren, nimmt ab.

Es gibt Skeptiker, die das Thema als Angriff auf die wohlfahrtsstaatliche Organisation des Gesundheitswesens zugunsten eines privaten Versicherungssystems begreifen. Dieser Konflikt wird bereits jetzt in der Diskussion zur Bürgerversicherung sichtbar.

Um die Schul- und Studienabsolventen der nächsten Generationen entbrennt ein scharfer Wettbewerb. Ins Hintertreffen können Berufe geraten, die es nicht schaffen, ihre Attraktivität deutlich zu verbessern. Das betrifft nicht nur die Vergütung, sondern besonders die Arbeitsbedingungen.

Viele Befragte sehen in dem hochbetagten multimorbiden Patienten nicht nur die Herausforderung für alle Gesundheitsberufe, sondern auch als die tickende Zeitbombe für die Finanzierbarkeit des gesamten Gesundheitswesens.

Wie machen wir die Finanzierung demographiefest?

Wie gehen wir mit der wachsenden Zahl hochbetagter multimorbider Patienten um? Für multimorbide Patienten brauchen wir Transparenz, um die Abläufe aufeinander abzustimmen.

Wie lassen sich Kostensteigerungen aufgrund zunehmender chronischer Krankheiten effektiv vermeiden?

Die Geriatrie wird in allen gesellschaftspolitischen Bereichen relevant.

Die Zahl alleinstehender älterer Patienten ohne Angehörige in den Krankenhäusern wird stark zunehmen. Dies wirft bei der Behandlung und Versorgung dieser Patienten erhebliche Probleme auf.

Angesichts zunehmenden Rationalisierungsdruck bei Ärzten und Pflegepersonal kommt es vermehrt zu schwerwiegenden Mängeln in der Versorgung dieser Patientengruppe.

Wie gehen wir mit der Situation der Pflegebedürftigen um?

Wer erhält Zugang zum medizinischem Fortschritt und wie wird dieser finanziert?

Ursachen

Wenn wir die medialen Themenkonjunkturen des demographischen Wandels genauer analysieren, zeigt sich, dass kaum ein Thema so umfassend von den Demographen und Sozialökonomien behandelt worden ist. In der Politik bleibt das Thema rhetorisch und wird wie weiße Salbe genutzt: Wer es anspricht, erweckt den Eindruck, vorbereitet zu sein. Tatsächlich aber überwiegt die Verdrängung des Themas und seiner Folgen, bis die Explosion der Kosten wie ein Naturgesetz neue Eingriffe erzwingt.

Wir brauchen ein verstärktes Denken in Richtung Community Care.

Was wollen wir? Lebensverlängerung um jeden Preis oder Qualitätsverbesserung?

Die Prognosen sagen immer mehr chronisch Kranke vorher. Bisherige Chroniker-Programme erweisen sich als ineffektiv, insbesondere gelingt keine kosteneffektive Prävention: zu viel Streuverlust, keine nachhaltige Verhaltensänderungen.

Wie bereiten wir uns auf den demographischen Wandel am Arbeitsplatz vor?

**Wird Demographie zur weißen Salbe
der Gesundheitspolitik?**

Plausible Szenarien

Andere Gesellschaftsbereiche haben vorgelegt.

Wo wird bereits der demographische Wandel zum Gegenstand der Praxis? Die Betriebe passen sich an. Wirtschaftsverbände kümmern sich um die Attraktivität der Berufsbilder und werben um Nachwuchs. Medien berichten über konkurrierende Berufsperspektiven für Schulabgänger und Studierende. Nur das Gesundheitswesen, in welchem die Folgen des demographischen Wandels am dramatischsten zu spüren sein werden, erscheint wie abgeschirmt von dieser Diskussion.

Während die Rente mit 67 in anderen Berufen zu neuen Angeboten führt, gehen viele Pflegebeschäftigte schon lange vor der bisherigen Regelaltersgrenze in den Ruhestand, obschon zum Beispiel der soziale Dienst der Krankenhäuser guten Gebrauch von der praktischen Erfahrung der Pflegeberufe machen könnte.

Schauen Sie auf den Arbeitsalltag in Unternehmen: Bei BMW gibt es bereits heute eine Arbeitsgruppe, die zeigt, wie sich die Alterszusammensetzung in Zukunft darstellt. Die älteren Mitarbeiter arbeiten und zeigen auf, wo Schwierigkeiten bestehen, die man in Zukunft beachten bzw. vermeiden oder ändern kann. Um dieses Forschungsgebiet zu begleiten, ist eine eigene Stelle geschaffen worden, die dies aufzeichnet und begleitet. Ein Ergebnis der Arbeit war z.B., dass der Bodenbelag nun nicht mehr gummiert ist, weil dies die Gelenke der Arbeitnehmer zu sehr belastete. Stattdessen ist ein Holzfußboden eingerichtet worden, der mitschwingt und gelenkschonender ist.

Änderungsbedarf

Gesundheitspolitik fasst demographisches Thema mit Samthandschuhen an.

Das Oberthema der kommenden Jahre kennt jeder und trotzdem scheint es in der Gesundheitspolitik nur mit Samthandschuhen angefasst zu werden. Man bevorzugt Einzellösungen und dreht an Einzelschrauben, weil das Thema zu komplex und zu konflikthaltig scheint, als dass die Politik den Mut zu einer übergreifenden Lösung fände.

Das Thema demographischer Wandel wird bislang nur in vereinzelten gesellschaftlichen Bereichen beachtet, vor allem dort, wo bereits erste Schwierigkeiten auftreten.

Wichtig wäre, den demographischen Wandel einmal in allen Lebensbereichen zu durchdenken. Was bedeutet es für die Leistungen, die bislang immer die Ehrenamtlichen übernommen haben?

Wie binde ich die „neuen Alten“ in diese Strukturen ein? Lassen sie das überhaupt mit sich machen?

Was will und kann die dann dominierende Gruppe der „silverager?“ Wie wirkt sich das auf unsere Gesellschaft aus?

Um dieses Thema anzugehen, bedarf es mehr als nur einer Maßnahme. Die Thematik muss in alle gesellschaftlichen Bereiche heruntergebrochen werden und in jedem Gebiet muss über die Auswirkungen nachgedacht werden, bevor die Entwicklung alles überrollt. Und: Nicht jede Veränderung wird vorab und vom gesundheitspolitischen Kommandostand aus beurteilt werden können. Vielmehr werden neue Lösungen aus der Mitte der Gesellschaft heraus, aus aktuellen Not- und Versorgungslagen heraus entstehen. Die in erheblichem Umfang in Deutschland von Privatpersonen engagierten Arbeitskräfte aus osteuropäischen Ländern ist sind nur ein Beispiel dafür.

Ansprüche an das Gesundheitswesen

Aufkommende Themen

Wie beschreiben die befragten Experten das Gesundheitswesen: Finden sie zu einem gesamthaften Blick auf das Gesundheitswesen? Stimmen sie darin überein, was auf die Agenda gelangen wird?

Experten sehen Veränderungsbedarf im Gesundheitswesen.

Es überwiegen Pragmatik und Skepsis. Keiner will die Gesundheitsversorgung neu erfinden. Mit Blick auf die politischen Kräfteverhältnisse im Bund und in den Ländern rechnet niemand mit weitreichenden strukturellen Reformen. Interessiert wird beobachtet, wo die Politik Regeln setzt oder neue Bündnisse mit Akteuren schmiedet.

Manche Experten äußern sich skeptisch über die Leistungsfähigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der heutigen Versorgungsstruktur. Können sie den kommenden Herausforderungen gerecht werden?

Die Experten setzen vor allem Fragen auf die Agenda, erwarten von der Politik trotz der bekannten Restriktionen mehr Mut: Sie müsse sich angreifbar machen, Regeln setzen und deren Einhaltung durchsetzen.

Manchen erstaunt, dass die politische Phantasie bei den Verbänden der Leistungserbringer und der Kostenträger unterentwickelt scheint. Stichworte hierzu lauten Verbraucher- und Patientensouveränität.

Soziale Netzwerke wie Facebook und Twitter können auch der Selbstermächtigung von Patienten dienen.

*Wir müssen die Ziele des Gesundheitssystems genauer bestimmen.
Die Ansprüche und Erwartungen an das Gesundheitswesen sind nicht klar*

definiert: Was sind wir bereit, für die Leistungen zu bezahlen? Welche Leistungen wollen wir überhaupt haben?

Wie wird der medizinische Versorgungsauftrag sichergestellt?

Der Gesundheitsmarkt ist völlig ineffizient. Der, der zahlt, bestimmt nicht. Gutes wird nicht belohnt.

Die besonderen Potenziale der Medizintechnik und der personalisierten Medizin werden von der Politik noch nicht richtig wahrgenommen.

Es überwiegt politisch eine Fokussierung auf Einzelfragen.

Verbrauchersouveränität? Denken Sie zum Beispiel an Krankenhausportale wie die weisse Liste: Die ist durch die Öffentlichkeitsmacht der Bertelsmann-Stiftung innerhalb kürzester Zeit Marktführer geworden.

Ursachen

Politik erscheint mutlos.

Bei den Ansprüchen kollidieren ethische, ökonomische und sozialpolitische Ziele. Die Politik scheint infolge der Komplexität den Mut verloren zu haben, Ziele zu überprüfen und anschaulich zu vermitteln.

Die technokratischen Formeln der Gesundheitspolitik bemänteln die selbst verschuldete Ohnmacht der Politik. Das ist erstaunlich, da viele Umfragen dokumentieren, wie groß die Rolle der Psychologie im Gesundheitswesen ist, für die Politik also eine ungenutzte Chance, Themen emotional zu besetzen.

Die Politik sollte sich daher auch mit grundsätzlichen Fragen beschäftigen. Welches Ziel soll das Gesundheitssystem anstreben? Die Antwort ist klar, nämlich Qualität und Humanität und erst in zweiter Linie Wirtschaftlichkeit. Das führt zu den Fragen: Wie verbindlich sind diese Ziele? Was tut die Politik dafür, dass diese Ziele tatsächlich erreicht werden?

Wir müssen über die Psychologie des Gesundheitswesens nachdenken. Wir tun alle so, als wäre das Gesundheitswesen außerordentlich rational, wissenschaftlich oder durch Juristen entsprechend geregelt, aber 90 % aller Abläufe von der Gesetzgebung bis zur unmittelbaren Entscheidung gegenüber dem Patienten sind zumindest psychologisch emotional beeinflusst. Da aber liegen die Fehlstellungen und falschen Anreize.

Als Hauptursachen betrachte ich unsere Vollkaskomentalität und wenig Akzeptanz für die Vorsorge von Krankheiten auf Grund unserer Lebensbedingungen in breiten Schichten unserer Bevölkerung.

Plausible Szenarien

Die Politik gelangt mit ihren Lösungsmustern an eine systemische Grenze. Die vorherrschende stabilisierte Disharmonie zwischen den Akteuren wird nicht länger als Tragfläche ausreichen. Der nachholende Versuch einer dialogischen Kommunikation für die Ergebnisse einer Gesundheitsreform kommt zu spät. Wo Dialog drauf steht, wittern die Bürger die Krise dahinter.

Das derzeitige Gesundheitssystem hat seine Gestaltungsmöglichkeiten ausgeschöpft.

Die nächste Reform bedarf einer frühzeitigen Kommunikation nicht nur mit den Fachkreisen, sondern der Bürger insgesamt, wenn es um eine weitreichende Änderung wie etwa der Herstellung eines einheitlichen Versicherungsmarkts oder die Umstellung der GKV auf eine reduzierte Grundlagensicherung geht.

Die Diskussion muss aus den Fachkreisen in die gesellschaftlich relevanten Gruppen und in die Politik getragen werden.

Grundsätzlich ist auch die Versorgung wettbewerbsorientiert auszurichten.

Marktwirtschaftliche Steuerungsinstrumente sind besser geeignet, um die knappen Ressourcen möglichst effektiv und wirtschaftlich einzusetzen.

Expertengremium sollte einen optimalen Vorschlag machen: Hürden sind die Ängste vor kontroversen Meinungen.

Einbezug der Patientenverbände!

Änderungsbedarf

Große Traditionen erfordern es, groß zu denken. Mutige weitreichende Reformen bedürfen heute des frühzeitigen Dialogs mit den Betroffenen und den Bürgern.

Paradigmenwechsel benötigt Akteure innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems.

Die Idee der gesetzlichen Absicherung der persönlichen Gesundheitsrisiken kann nicht den Technokraten überlassen bleiben. Hier sind die Betroffenheit und das Interesse der gesellschaftlichen Gruppen zu groß, als dass die Politik auf die Ressource des Dialogs als Voraussetzung für einen übergreifenden Konsens verzichten darf.

Das deutsche Gesundheitssystem basiert auf einer über 130jährigen Geschichte. Diese lange Tradition bietet zweifelsfrei viele Stärken, aber man muss dennoch feststellen, dass es nach so langer Zeit grundlegend und mutig reformiert und geändert werden muss.

Widersprüchliche Regelungen müssen gestrichen werden. Man muss deregulieren, Wettbewerb zulassen, fördern und stärken und vor allem das Flickwerk, dieses ständige "Herumeiern" endlich beenden.

Der Gesetzgeber wird nur dann die geschützten Bereiche der Leistungserbringer aufbrechen, wenn die Wähler von den Vorteilen reformierter Versorgungsstrukturen überzeugt sind und kein Wahlkampf in Wartezimmern droht.

Systemische Komplexität des Gesundheitswesens

Aufkommende Themen

Stabilisierte Disharmonie prägt die aktuelle Situation.

Das Gesundheitswesen ist geprägt vom Mit- und Gegeneinander einer Vielzahl organisierter Interessen. Viele Akteure verfügen faktisch über Vetomacht – und setzen darauf, dass die fragmentierten Zuständigkeiten zwischen Bund, Ländern und Selbstverwaltung den Status quo erhalten, ohne dass sie selbst ihre Vetomacht einsetzen müssen. Es handelt sich, wie schon oben angesprochen, um eine Art stabilisierte Disharmonie im Gesundheitswesen.

Player mit Vetomacht sind vor allem die Ärzte. Das Berufsbild und Selbstverständnis des „Halbgotts in Weiß“ kann den künftigen Anforderungen kaum mehr gerecht werden.

Jeder Akteur verteidigt sein Kuchenstück und behauptet, dass am besten bei den anderen zu sparen sei.

Wollen wir an den föderalen Strukturen festhalten oder soll der Bund die Verantwortung übernehmen? Die Krankenhausplanung ist ein gutes Beispiel für das Problem: Die Länder wollen mitreden, aber nicht dafür zahlen.

Es gibt eine Scheindebatte über Unter- und Überversorgung.

Komplexe Handlungsbedarfe werden eher ausgeblendet.

Das Arztbild ist überholt.

Heute ist Arzt ein Beruf, der besondere Qualifikationen erfordert und der wie jeder andere Beruf auch zur Einkommenserzielung ausgeübt wird. Trotzdem wird am 'Arzt aus Berufung' festgehalten. Das erschwert die notwendige Verzahnung der Versorgung von Patienten mit komplexen Erkrankungen, die ein effizientes Zusammenwirken verschiedener Leistungserbringer erfordert.

Die aktuelle Gesetzgebung hofiert im geplanten Versorgungsgesetz die niedergelassenen Ärzte. Das kann nur als Sicherung von Versorgungsbereichen zu Gunsten niedergelassener Ärzte interpretiert werden. Ein Aufbrechen der Versorgungsgrenzen zur Verbesserung der Versorgungsqualität und -effizienz wird so erschwert.

Die Politik scheut die Themen Eigenverantwortung und Malusregeln.

Ursachen

Das Strukturproblem des Gesundheitswesens sehen viele Befragte darin, dass die Politik einen Rahmen definiert, aber der Selbstverwaltung zu wenig auf die Finger schaut, wie sie ihn ausfüllt. Zu viele Zuständigkeiten führen zu einer systemischen Vakanz, mit der sich irgendwie alle arrangieren können, weil sie den Status quo garantiert – mit fatalen Folgen für die Schwächsten in unserer Gesellschaft.

Alle gesundheitspolitischen Akteure führen regelmäßig die Figur des selbstbestimmten Patienten im Munde – zumeist nur, um die eigene Position zu untermauern. Das muss nicht länger so bleiben, denn Schritt für Schritt haben sich die Patienten selbst der Informationen bemächtigt, zeigen sich mehr und mehr informiert und scheuen auch nicht mehr davor zurück, ärztliche Leistungen zu beurteilen und diese Urteile anderen zur Verfügung zu stellen.

Keine Partei will Ärger mit Ärzten. Einen Wahlkampf im Wartezimmer fürchten alle.

Die Alleinstellung der Ärzte ist überholt. Transparenz ist gefürchtet wie beim Teufel das Weihwasser.

Wir brauchen eine radikale Kosten-Nutzen Bewertung.

Das Problem im Gesundheitswesen: Bis eine Reform wirkt, vergehen sieben Jahre. Drei Jahre wird das Gesetz ignoriert, drei Jahre schleppend umgesetzt. Im siebten Jahr beginnt es zu wirken. Aber dann stehen längst neue Themen auf der Tagesordnung.

Es gibt zu viel Gesundheitspolitik und zu wenig Gesundheitsmanagement.

Es gibt einen überregulierten und geradezu erratisch regulierten Markt. Dies zeigt sich am Beispiel um die Diskussion über Medizinische Versorgungszentren: Mal wird diese Idee gefördert. Gleich darauf macht man einen Rückzieher.

Wo bleibt der Patient?

Heute haben wir mehr und mehr Senioren-Singles. Die Angehörigen wohnen nicht mehr in der Nähe. Es bleibt daher eine große Anzahl von Menschen übrig, die allein sind und schlecht bis gar nicht durch das Gesundheitssystem finden. Niemand fühlt sich für diese Gruppe verantwortlich. Niemand übernimmt eine Lotsen-Funktion bzw. die Verantwortung für das Gesamtergebnis. Was es für Kinder gibt (verbindliche Folge-Untersuchungen nach der Geburt), gibt es für alte Menschen nicht!

Ursachen liegen in der Komplexität des Gesundheitssystems: zu viele Zuständigkeiten; allein der Pflegesektor fällt in das Portfolio von drei Ministerien (Arbeitsministerium, Gesundheitsministerium, Bildungsministerium).

Die Versicherungsprämien für das Haftpflichtrisiko werden enorm zunehmen und progressiv steigen.

Problem: Sicherheitsstandard wird immer weiter erhöht, die Anspruchsstellung nimmt immer zu, dass wir in Regulierungssummen von bis zu 1 Mio Euro reinkommen, auch wenn es noch keine amerikanischen Verhältnisse gibt.

Patientensicherheit: Die Diskussion kreist vor allem um die Vermeidung von Behandlungsfehlern, sprich der „Abwesenheit von unerwünschten Ereignissen“. Es muss mehr über Diagnosefehler diskutiert werden: das Thema muss weiter befördert werden, die strategischen Maßnahmen (Vorgaben) müssen wissenschaftlich (Kosten/Nutzen) evaluiert werden.

Themen ohne Lobby haben es besonders schwer.

Plausible Szenarien

Fehlanreize führen zu unnötigen Kostensteigerungen.

Das GKV-Leistungsversprechen tritt in immer mehr Feldern in Gegensatz zu den selbst gesetzten Zielen der Kosteneffizienz und Transparenz. Marktmechanismen werden in vielen Bereichen völlig unnötig außer Kraft gesetzt mit der Folge, dass die Fehlanreize zu unnötigen Kostensteigerungen führen.

Ein Beispiel aus der Arzneimittelversorgung illustriert das Dilemma:

Ich rede jetzt mal über den Arzneimittelmarkt. Ich glaube, wir müssen dahin, dass die Arzneimittelpreisverordnung überarbeitet wird. Solange diese nicht nach betriebswirtschaftlichen Kriterien definiert wird, wird sich nichts bewegen. Ein Arzneimittel kostet immer das gleiche, egal, ob ich es innerhalb von zwei Stunden brauche oder in zwei oder drei Tagen. Ich werde als Patient nicht dazu angereizt, mich effizienter zu verhalten.

In jedem anderen Handelssegment funktionieren Effizienzkriterien. Gesundheit und Betriebswirtschaft haben scheinbar nur eine kleine Schnittstelle, möglicherweise, weil Gesundheit so etwas Ethisches ist, bleiben die Rechenregeln außer Kraft. Wenn man die Spielfeldbegrenzung richtig setzt, läuft der Markt in die richtige Richtung. Vorschlag: Kann man die Überprüfung der Effizienz nicht auch durch ein Institut wie das IQWiG überprüfen?

Klinisches Risikomanagement: Es wird Schritt für Schritt Verbesserungen geben. Zur Katastrophe wird es nicht kommen. Dafür sind alle Beteiligten in dem Bereich zu verantwortungsbewusst.

Hochleistungsmedizin versus Ressourcenknappheit: Der IST-Zustand wird sich verschärfen. Daher braucht es technischer Unterstützung, wie in den USA schon praktiziert.

Änderungsbedarf

Die Politik muss im Vorgriff auf die nächsten Reformen ihre eigenen Instrumente und Stellschrauben besser nutzen. Zwar werden immer wieder lokale und regionale Modellprojekte erprobt und finanziert. Sie werden aber anschließend nicht unter Realitätsbedingungen „scharf geschaltet“. Das gleiche gilt für die Durchführung und Auswertung von Kosten-Nutzen-Analysen. Daten werden erhoben, die Ergebnisse werden jedoch nicht zu einer Verbesserung der Praxis genutzt.

Kosten-Nutzen-Analysen zur Entscheidungsgrundlage machen.

Kosten-Nutzen-Bewertungen für alle großen Volkskrankheiten und ihre Therapiemodelle sind überfällig. Die Ergebnisse dieser Analysen können durch die Telematik allen Leistungserbringern zugänglich gemacht werden, damit die allgemeine gesundheitliche Versorgung schneller Anschluss an den medizinischen Fortschritt findet.

Die Politik muss einladen und mit den Betroffenen reden und das, was sie dann hört, erst einmal aushalten. Dann muss die Politik mit den Betroffenen ein politisches Konzept, einen sogenannten Masterplan aufbauen, der sich von der jetzigen permanenten Flickschusterei deutlich unterscheidet.

Eine konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, das muss politisch geführt und politisch unterstützt werden durch die Gesetzgebung.

Wir bräuchten dringend ein Gesetzgebungsmoratorium. Ein Jahr lang kein Gesetz oder keine einzige Richtlinie auf den Weg bringen. In der Zeit in Ruhe die Leute arbeiten lassen.

Es braucht ein politisches Commitment bzw. einen Anstoß von ganz oben, dann würden auch „Schläfer“ wach werden und dieses Vorhaben unterstützen. Zum Beispiel ärztliche Leiter in Krankenhäusern: Diese hauptamtlichen Ärzte und unabhängigen Krankenhausmanager können es sich leisten, sich gegen ihre eigenen berufsständischen Organisationen zu stellen.

Die Politik muss über Parteigrenzen hinweg einen Konsens erzielen, um das Thema auch besser zu verkaufen. Was bringt es dem Patienten? Darum geht es.

Das Protektorat des niedergelassenen Bereichs aufbrechen bzw. Kontrolle des niedergelassenen Bereichs (Ziel: peer reviews).

Abschaffung des Lizenzrechts der Krankenversicherungen.

Freier Zugang zum ambulanten Markt: Krankenkassen müssen von Kassenärztlichen Vereinigungen Aufgaben übernehmen: Gesundheitszentren betreiben oder Indikationsrichtlinien erstellen. Dazu braucht es eine offizielle Stelle, die diese Richtlinien akkreditiert (wie GBA, Gesellschaft für Bioanalytik).

Indikationen nicht ungefiltert in den Markt lassen; die Industrie verpflichten, systematische Studien zuzulassen (über unabhängige Stelle wie den Fonds).

Man muss die Verantwortlichkeiten ändern, den Leistungserbringern mehr finanzielle Verantwortung auferlegen, die Versorgungsziele verbindlich definieren und die Honorierung danach ausrichten, ob diese Ziele erfüllt wurden.

Die Frage ist doch, ob für vier Jahre gewählte Regierungen Interesse daran haben, etwas Grundlegendes zu ändern. Auswirkungen in zwanzig Jahren werden nicht berücksichtigt. Bevölkerungsentwicklung und anderes geschieht in Dekaden. Wie kann ich mit einem Vertragsmanagementmodell einer Bundesregierung, die vier Jahre amtiert, etwas angehen, was zwanzig Jahre halten muss?

Was kann man von den Schweden und anderen lernen?

Zielkonflikte durch Priorisierung und Rationierung von Gesundheitsleistungen

Aufkommende Themen

Der öffentliche Diskurs spricht von Zweiklassenmedizin. Provokative Zwischenrufe bezweifeln den Sinn von künstlichen Hüft- oder Kniegelenken bei Hochbetagten. Die Politik scheut sich, das Thema der Rationierung zu diskutieren, obschon sie dazu den ethischen Rahmen setzen und anders vermitteln könnte. Tatsächlich findet Rationierung im medizinischen Alltag längst statt: in den niedergelassenen Arztpraxen wie in den Krankenhäusern. Wie müsste die Diskussion über die Rationierung und Priorisierung geführt werden, um aus der Tabufalle herauszukommen? Aus Amerika wird gerade eine Studie bekannt, die die Frage untersuchte, wie Ärzte sterben. Die Antwort verblüfft: leise, still und ohne vermeidbaren Aufwand. Kann es sein, dass der hippokratische Eid eine Ergänzung benötigt: Was Du nicht willst, das man Dir tu, da rate auch keinem andern zu!

Keine falschen Tabus!

Bei dieser Debatte geht es nicht nur um die finanziellen Grenzen des Gesundheitswesens. Auch transparentere Kosten-Nutzen-Dimensionen spielen eine gewichtige Rolle.

Ein transparenter Priorisierungsprozess ist Voraussetzung für eine ethisch akzeptierte Definition der versicherten Leistungen.

Keine Angst vor Tabus: Wie diskutieren wir über altersbezogene Leistungsgrenzen? Warum kommen sie in Betracht, warum nicht?

Was heißt Rationierung und Priorisierung für eine bezahlbare Grundversorgung des Gesundheitswesens?

Hinter dem Stichwort steht die Frage nach der Rolle und der Qualifikation des Arztes gegenüber kostenorientierten Entscheidern (Verwaltungsdirektoren und Controller im Krankenhaus, Case-Manager bei Krankenkassen etc.), die als Kontroll- und Kompetenzverlust erlebt werden.

Ursachen

Das Thema wird in der Politik, von populistischen Ausnahmen abgesehen, tabuisiert. Faktisch besteht längst eine Zweiklassenmedizin. Das Thema ist von dem Risiko überschattet, dass Fälle vorenthaltener Leistungen zum Gegenstand von Straf- und Sozialgerichten werden. Dann muss die Justiz ausbaden, was die Politik verdrängt beziehungsweise versäumt hat.

Politik lässt lieber Gerichte entscheiden.

Wer kann mit welchen Gründen welchen Leistungsanspruch durchsetzen?
Die zugespitzte Frage illustriert die Grauzone zwischen Menschenrechten, Strafrecht und Sozialversicherungsrecht.

Das Taktieren und Hinauszögern einer politischen Debatte wirkt auf externe Beobachter wie die implizite Hoffnung darauf, dass nicht vorhersehbare externe Faktoren eine Entscheidung erzwingen, zu der sich die Politik selbst bisher nicht durchringen kann und sie dann behaupten kann, dass sie die (unbeliebte) Entscheidungen treffen muss, ob sie will oder nicht.

Die Ausgrenzung von Leistungen aus dem GKV-Katalog ist unpopulär und gefährdet Wahlsiege. Das empirische Dilemma liegt auch darin, dass die gesundheitspolitischen Lager zumeist zu Koalitionen zwischen Gewinnern und Verlierern führen, was die Kompromissbereitschaft zusätzlich erschwert. Die Parteien weigern sich, das Thema Priorisierung auf die politische Agenda zu stellen.

Das Thema Rationierung wird nicht so offen angesprochen, wie es nötig wäre. Der Umgang damit ist gekennzeichnet von unklaren Begriffen (beispielsweise Priorisierung) und der fehlenden Bereitschaft zur offenen Diskussion.

Das Thema Priorisierung wird nicht vernünftig diskutiert, weil die Politik den Versicherten die „Zumutung“ der Wahrheit erspart.

Das Thema Priorisierung wird nicht vernünftig diskutiert: Es geht um die Rangfolge von Leistungen, die solidarisch zu finanzieren sind. Es geht um Rationalisierung vor Rationierung.

Bei der Frage der Priorisierung geht es darum, ob und wenn ja unter welchen Bedingungen medizinische Leistungen generell oder im Einzelfall vorenthalten werden.

Bevor es zur Entscheidung dieser Grundsatzfrage kommt, gilt es Effizienzreserven zu erschließen. Dafür muss der Nutzen von Arzneimitteln, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nachgewiesen werden.

In den nächsten Jahren gelangt die Herausbildung einer Zweiklassenmedizin in den öffentlichen Fokus. Dabei wird deutlich, dass den gesetzlichen Krankenversicherten nicht lediglich medizinische Zusatzleistungen vorenthalten bleiben, sondern die Behandlung insbesondere schwerwiegender Erkrankungen nicht nach dem Stand der medizinischen Möglichkeiten erfolgt. Dann landet diese Frage bei den Strafgerichten.

Plausible Szenarien

Die politische Tabuisierung funktioniert nicht. Das Thema hat die Gerichtsbarkeit erreicht. Patientenverbände laufen eines nicht sehr fernen Tages Sturm, wenn es in diesem Feld nicht zu einer politisch nachvollziehbaren Einigung kommt.

Auch externe Variablen wie eine große Epidemie bilden keinen guten Vorwand dafür, das Thema bloß aus einer gesundheitsökonomischen Perspektive zu behandeln.

Die ethischen und sozialpolitischen Aspekte gehören auf die Agenda eines politischen Dialogs mit den Bürgern.

Priorisierung von Gesundheitsleistungen: Wenn kein verstärkter Diskurs in diese Richtung stattfindet, wird es unerschwinglich Probleme geben.

Dann werden konkrete Fälle kommen. Beispiel Schweinegrippe oder EHEC mit hohen Folgekosten. Was fällt dann aus dem Leistungskatalog dafür raus?

Änderungsbedarf

Die Befragten zeigen sich skeptisch, ob die Politik das Thema von sich aus aufgreift – und messen die Politik an ihren eigenen Maßstäben, denen sie durch ihr Vermeidungshandeln nicht gerecht wird. Ohne breiten öffentlichen Diskurs bleibt das Thema eine entsicherte Handgranate.

Das Thema bedarf des öffentlichen Diskurses. Als Vorbilder dienen gute Beispiele wie in Skandinavien oder in den USA das Beispiel der Oregon Health & Science University.

Die Politik wird das Thema nur aufgreifen, wenn die Wähler vorher davon überzeugt werden, dass dies der bessere Ansatz ist.

Die verdeckte Rationierung, die heute bereits Realität ist, darf nicht weiter zunehmen.

Das System darf nicht einfach so weiter geführt werden, bis ein GKV-Finanzierungsnotstand' zum Ausgrenzen von Leistungen zwingt. Dann können die Betroffenen aber nicht mehr über eigene Vorsorge die Lücke schließen.

Vertrauensschutz erfordert ein vorausschauendes Handeln des Gesetzgebers, der den Bürgern die Möglichkeit zur Eigenvorsorge einräumt.

**Ethik und Sozialpolitik zusammen
denken!**

**Mit offenen Diskussionen
überkommene Denkweisen
überwinden.**

Finanzierung des Gesundheitswesens

Aufkommende Themen

GKV = Grundversorgung?

PKV = Zusatzleistungen?

Zurzeit sitzt die GKV auf einem Polster von knapp drei Milliarden Euro (Stand April 2012). Aber schon für das Jahr 2013 sehen die Experten neue Defizite. Werden Beitragserhöhungen oder Zusatzbeiträge ausreichen, um die Defizite auszugleichen? Bedarf es tiefgreifender Einschnitte? Oder soll das solidarisch finanzierte Gesundheitswesen völlig auf eine steuerfinanzierte Grundversorgung umgestellt werden?

Kaum Zweifel besteht an der Frage, dass die GKV künftig eine öffentlich finanzierte Grundversorgung umfasst und Zusatzleistungen Gegenstand privater Versicherungen sein werden. Implizit erscheint diese Prognose wie eine Existenzgarantie der privaten Krankenversicherungen, allerdings kaum mehr als Vollversicherung. Kaum einer stellt die politische Seite der wohlfahrtsstaatlichen Absicherung der Gesundheitsrisiken in Frage, wohl aber ihre Reichweite und ihre Grenzen.

In der Finanzierung nähern wir uns einem staatlichen Gesundheitswesen.

Es fehlt eine Hinwendung zur Frage, wie ich aus einem ineffizienten System einen effizienten Markt machen kann.

Falsche Anreize als systemisches Problem: Der medizinische Betrieb verdient mit mehr Leistungen und wird nicht für „mehr Gesundheit“ honoriert. Das heißt, es müssen Instrumente gefunden werden, die die Gesundheitserhaltung honorieren, statt Einzelleistungen zu vergüten.

Wie sieht es mit der ethischen Diskussion aus, ob Gesundheit eine Ware sei – oder eben nicht?

Finanzierungslogik: Grundversorgung öffentlich, Zusatzleistungen privat, lebensstilabhängige Zusatzprämien.

Wie brechen wir die sektorale Budgetierung auf? Wie ist die Verteilung der Gelder? Wer hat welchen Einfluss?

Wie wird die hochspezialisierte Medizin künftig finanziert?

Fehlanreize der heutigen Finanzierung: Ein Beispiel ist die Multimorbidität. Hier wird ein bunter Strauß an Einzelleistungen erbracht und vergütet. Es wird überhaupt nicht auf das Gesamtergebnis fokussiert.

Ursachen

Ursachen und Folgen scheinen bei diesem Thema oftmals verwechselt zu werden. Ein Bewusstsein über Zusammenhänge zwischen Kosten und dem eigenen Verhalten ist vor allem bei den Patienten so gut wie gar nicht gegeben.

Zu viele Fehlsteuerungen und falsche Anreize stehen auf der einen Seite, zu wenig Transparenz und verhaltensrelevantes Kostenbewusstsein auf der anderen Seite. Anspruchshaltung ohne Eigenverantwortung ist eine Einladung zu Missbrauch.

Politisch erfordern die Befunde eine Richtungsaussage: Wie müssen Anreize mit wirksamer Steuerungsfunktion aussehen?

Wir müssen die Gesundheitsbeiträge von der Lohnsumme abkoppeln.

Es gibt keine Konsequenzen aus Fehlsteuerungen im Vergütungssystem.

Man muss die Hochrisiko-Patientengruppen verstärkt an den Kosten beteiligen. Es kann nicht akzeptiert werden, dass ein Raucher, der enorme Kosten für spätere Folgen verursacht, nicht auch an den Kosten beteiligt wird. Das gilt ebenso für den hoch-adipösen Patient oder diejenigen, die Hochrisikosportarten betreiben.

Die Finanzprobleme der GKV werden zunehmend über Kosten-Nutzen-Bewertungen neuer Produkte und Verfahren angegangen.

Nicht bestehende Leistungen werden eingeschränkt, sondern neu hinzukommende.

Plausible Szenarien

Die nächste Reform wird sich nicht auf die Anpassung der Beiträge und Beitragsbemessungsgrenze beschränken. Es mehren sich die Zeichen für eine Reduzierung der GKV auf eine Basisversicherung und die Ausgrenzung von bisherigen Leistungen in ein System privater Zusatzversicherungen.

Die Systematisierung und Ausdehnung von Kosten-Nutzen-Analysen wird dazu führen, dass Leistungen ausgegrenzt werden, deren Effizienz nicht nachweisbar ist.

Ein solidarisch finanziertes Gesundheitswesen steht irgendwann auch vor der Frage, wie es unsolidarisches Verhalten beantwortet. Das betrifft lebensstilabhängige Risiken.

Der Patient ist sich seiner eigenen Kostenverantwortung nicht bewusst.

Große Reform oder reines Labeling?

Ein einheitliches Finanzierungssystem erfolgt in Episoden (Episoden-Finanzierung). Der erste Schritt hierzu muss von der Politik kommen. Die Tendenz geht hin zu Kosten-Nutzen-Analyse.

Auch Ansätze in Richtung mehr Patientenverantwortung/Beteiligung sind denkbar.

Möglich, allerdings mutig: Pflichtversicherung (für alle) und individuelle Komfortleistungen zum Beispiel bei alternativen Krebstherapien.

Rationalerer Einsatz der Finanzmittel (via sektorenübergreifender Zusammenarbeit; was Indikationen angeht).

Krankenkassenbeiträge werden erhöht.

Die Behandlungskosten chronischer Krankheiten werden das Sozialversicherungssystem überlasten.

Ambulante Versorgung muss Vorrang haben vor stationärer Pflege.

Einführung von Selbstbehalten und Malusregelungen in Form von risikoadjustierten Beiträgen.

Änderungsbedarf

Wie verändern neue Technologien Anbieterstrukturen?

Die bisherige politische Pragmatik dreht an den Stellschrauben der Beitragssätze und der Bemessungsgrenze. Bonus- und Malusregeln sind noch Tabu, auch die Frage nach der Eigenverantwortung. Die systemische Sprengkraft steckt in der Frage, welche Auswirkungen kostengünstige massenhafte Genomtests auf den gesetzlichen und den privaten Versicherungsmarkt haben werden.

Nicht ausgeschöpft scheinen zudem pragmatische kaufmännische und fiskalpolitische Methoden (von Rabattverträgen bis hin zu Steuervorteilen).

Man muss viel stärker in die Aufklärung reingehen und die Patienten selber mit einbeziehen nach dem Motto „für deine Gesundheit bist du selber verantwortlich“.

Risikolebensversicherungen müssen höhere Beiträge für Nicht-diagnostizierte verlangen.

Neue Krankenversicherungsmodelle. Steuervorteile. Direkte Kompensation als Belohnung.

Intelligente Rabattverträge, Risk Sharing, Patientenbetreuung, Beitragsbemessungsgrenze für GKV aufheben, Patienten an den Zuzahlungen beteiligen. Anreize setzen, mit Gesundheitsausgaben verantwortlicher umzugehen (z.B. 16 Arztbesuche/Jahr).

Rechtzeitig deutlich machen, dass Einschränkung des gegenwärtigen GKV-Katalogs erforderlich ist.

Selbstbehalte erhöhen und Ausnahmen nur sozial begründen, nicht generell für Chroniker.

Zukunft des Kassensystems

Aufkommende Themen

Die Alternativen zum solidarisch finanzierten Gesundheitswesen sind eine für alle Bürger gleichermaßen verbindliche Bürgerversicherung mit einkommensbezogenen Beiträgen oder eine einheitliche Gesundheitsprämie mit sozialpolitischem Ausgleich durch Steuerfinanzierung.

Mit der Bundestagswahl können die Weichen neu gestellt werden.

Das Thema steht auf der Agenda der nächsten Legislaturperiode, bleibt aber abhängig von den Präferenzen der tradierten politischen Lager. Gesundheitspolitisch setzen die meisten Befragten auf die Neuauflage einer Großen Koalition, die trotz Erosion der Volksparteien die größte Hebelkraft entfalten könnte. Allerdings hat es die letzte Große Koalition nicht vermocht, ihren Dissens über die Versicherung zu lösen.

Abhängig von der Nähe der Experten zur Politik differieren die Aussagen um die Frage, ob mehr „Markt“ oder mehr „Staat“ erforderlich sei. Es überwiegt der Realismus, dass keine Reform zustande kommt, die eine Zweidrittelmehrheit erfordert.

Ein einheitlicher Versicherungsmarkt wäre sinnvoll. Unklar bleibt die Frage, ob es ein staatliches oder privates System wird.

Wollen wir das Gesundheitswesen über Steuern finanzieren oder gibt man den Kassen die Beitragsautonomie zurück?

Man könnte auch die Frage stellen, ob es sinnvoll ist, den Gesundheitsmarkt insgesamt zu verstaatlichen.

Wir brauchen eine Art Regulierungsbehörde mit wirklich scharfen Instrumenten.

Die Politik findet trotz der explodierenden Prämien für die private Versicherung älterer Bürger nicht den Mut, den Übergang zu einem einheitlichen Versicherungsmarkt zu organisieren. Aber sie muss verhindern, dass die GKV ein Sammelbecken für alle schlechten Risiken wird.

Die Pflegeversicherung ist eine Teilkaskoversicherung. Das heißt, man muss den Gedanken der privaten Vorsorge stärken.

Für die PKV gibt es bisher kaum Instrumente, um die Leistungsausgaben besser zu steuern.

Die vertragliche Verknüpfung von Versorgungsnetzwerken für PKV-Patienten ist über die Sektorengrenzen hinweg kaum machbar.

Ursachen

Will die Politik auf die Vermögen der PKV zugreifen?

Das heutige System aus GKV und PKV steht zur Debatte. Begehrlich sieht die Politik auf die guten Risiken der PKV. Auf der anderen Seite dienen die guten Vergütungen aus der PKV Leistungserbringern oftmals dazu, die zu geringe Kostendeckung durch die Behandlung von gesetzlich Versicherten zu kompensieren.

Es mehren sich die Anzeichen für eine grundsätzliche Korrektur der Versicherungslandschaft. Eine einheitlich staatlich regulierte Versicherung könnte beispielsweise Grundleistungen abdecken. Wahlleistungen werden Gegenstand einer neu zugeschnittenen PKV.

Aus Sicht der Politik ist die PKV eine Melkkuh, um Belastungen der Leistungserbringer aus der GKV abzufedern.

Instrumente für die PKV zur Steuerung der Ausgaben sind deshalb unerwünscht.

Es wird eine Einheitskasse aus GKV/PKV entstehen. Der Leistungskatalog wird ausgeweitet mit der Folge einer höheren Selbstbeteiligung der Patienten.

Plausible Szenarien

Kommt mehr Markt oder mehr Plan?

Es kommt bei der nächsten Reform entweder zu einer Verschiebung der Grenzen zwischen GKV und PKV oder zu einem einheitlichen Versicherungsmarkt. Abhängig von der Frage, welches politische Lager nach der nächsten Bundestagswahl die Regierung bildet, kommt es zu einer mehr marktkonformen oder mehr öffentlich-rechtlichen Organisationsform.

Beide Modelle werden auf mehr Wettbewerb und weitreichende Kosten-Nutzen-Analysen als Steuerungsinstrumente setzen.

An der Diskussion hierüber sollten die Verantwortlichen verstärkt durch dialogische Verfahren die Bürger direkt beteiligen. Die bereits bestehenden Portale können dazu gewonnen werden, in geeigneten Szenarien die Folgen konkurrierender Modelle für die Versicherten zu illustrieren.

Echter Wettbewerb: Beitragsautonomie der Krankenkassen. Monopolstrukturen (z.B. KVen) sind abzubauen.

Wettbewerbsrecht muss uneingeschränkt gelten (keine GKV-Kassen mit mehr als 30% Marktanteil).

Verträge inklusive Vergütungsregelungen zwischen den Kostenträgern GKV-Kassen/PKV-Unternehmen mit Leistungserbringern ermöglichen.

PKV-Szenario: Der PKV gelingt es, preislich attraktive Zusatzversicherungen zu bauen, die einen breiten Markt ansprechen und den Zugang zum medizinischen Fortschritt versichern. Das verstärkt die Diskussion der Zweiklassen-Medizin, insbesondere bereits Erkrankte werden benachteiligt. Dennoch wird das Szenario akzeptiert, weil die Mehrheit der Wähler hinreichend abgesichert ist.

GKV-Szenario: Der existierende Leistungskatalog wird eingeschränkt, weil die Begrenzung des Zugangs zum medizinischen Fortschritt gezeigt haben wird, dass die GKV keine Vollabsicherung, sondern eine Notabsicherung bietet und damit ein Denktabu gebrochen wird.

Es gelingt nach wie vor nicht, gesundheitsbewusstes Verhalten zu fördern. Weil die Mehrzahl der Wähler in irgendeiner Form chronisch krank sein wird, werden Ressourcen für die Behandlung chronischer Krankheiten eingesetzt – zu Lasten der Akutversorgung, insbesondere der Hochleistungsmedizin.

Änderungsbedarf

Die Befragten haben ihre eigenen Ansichten. Bei vielen Experten mit akademischer Qualifikation und Führungsverantwortung findet sich eine Präferenz für marktkonforme Lösungen. Das ändert nichts daran, dass die Experten die politische Prärogative achten.

Bedenklich finden die Befragten allerdings, wie selten und unsystematisch die Politik Gebrauch von dem Rat ihrer eigenen Beratungsgremien macht.

Politik greift zu wenig auf Fachexpertise zurück.

Es gibt zwar einen Sachverständigenrat (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen), der dazu auch Position bezieht, aber die Politik hört nicht darauf.

Lohnabhängige Beiträge oder Kopfpauschale? Ansetzen am Patienten!

Flexibilität für die Krankenkassen u.a. im Rahmen des § 114 (integrierte Versorgung), aber auch über Selektivverträge, für ihre Versicherten integrative Behandlungskonzepte anzubieten, die über die gesamte Versichertenbiographie und durch alle Bereiche Kostendeckung erreichen müssen (Hinzuziehung von AU-Tagen, Krankenhauseinweisungen, Arzneimittelkosten etc.)

Rolle der Prävention

Aufkommende Themen

Ist Prävention wirklich Aufgabe des Gesundheitswesens?

Die Volkskrankheiten sind die Folge ungesunder Lebensstile, vor allem durch einseitige Ernährung und mangelnde Bewegung. Die Präventionsangebote der GKV vermitteln den Eindruck, als missionierten sie die längst Katholischen oder als kämen sie viel zu spät.

Es mehren sich die Stimmen, die Prävention von chronischen Erkrankungen nicht als eine Aufgabe des Gesundheitswesens betrachten, sondern als eine Volksbildungsaufgabe.

Es gibt sogar Zweifel an der Wirksamkeit von Prävention insgesamt. Vielleicht reichten einfache „Marktsignale“, um Verhaltensänderungen zu erzielen, wie zum Beispiel durch Risikoaufschläge für ungesunde Lebensführung oder bei Risikosportarten.

Andere entwickeln eugenische Machbarkeitsphantasien.

Wie können wir chronische Erkrankungen verhindern oder mindern?

Was hat Prävention mit dem Gesundheitssystem zu tun? Ist Prävention nicht eine Aufgabe der Zivilgesellschaft und gehört sie nicht in die Bildungspolitik? Die Gesundheitspolitik muss stärker mit anderen Politikfeldern wie der Sozial-, Beschäftigungs- oder Bildungspolitik zusammen arbeiten, denn das Gesundheitssystem selbst hat nur einen überschaubaren Einfluss auf die Gesundheit.

Zu definieren wäre ein ganzes Bündel von Bildungszielen unter dem Leitbegriff der „Health Literacy“.

Auf die politische Agenda gehört die lebensweltorientierte und soziallyagenbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Bisher bleibt es bei einer mittelschichtigen und verhaltenspräventiven Ausrichtung. Das ist falsch, denn Gesundheit und Krankheit sind in erster Linie von sozialen Determinanten abhängig.

Neugeborenencreening auf bestehende Erbkrankheiten, insbesondere erbliche seltene Stoffwechselkrankheiten, Screening im Genom nach Faktoren, die eine spätere Krankheit determinieren, werden zunehmend Eingang in die Praxis finden.

Ursachen

Die Systematik der Gesundheitsökonomie gebietet es, die Funktion und den gesellschaftlichen Ort der Prävention neu zu durchdenken. Weder taugt sie als Instrument für die Kundenbindung, weil sie in diesen Fällen eher diejenigen erreicht, die ohnehin etwas für ihre Gesundheit tun wollen. Noch ist sie in dem heutigen Vergütungssystem in der Lage, messbare Wirkungen zu erzielen.

Prävention zeigt derzeit keine messbare Wirkung.

Prävention wirkt wie die Illusion eines sich selbst erfüllenden Versprechens. Enttäuschungen sind damit programmiert.

Es scheint an der Zeit für einen neuen Paradigmenwechsel. Vor etwa 30 Jahren vollzog man den Wechsel von der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung. Jetzt könnte es vor allem darum gehen, die Akteure und den lebensweltlichen Bereich der Prävention neu zu bestimmen.

Im Grunde widerspricht die Prävention der aktuellen Systemideologie des Gesundheitswesens. Sie ist faktisch ein Fremdkörper in dessen Logik.

Der Nutzen präventiver Maßnahmen kann oft aus Gründen des Datenschutzes nicht effektiv nachgewiesen werden.

In der Prävention und Gesundheitsförderung geht es um gesellschaftliche Veränderungen, denn die jeweiligen Lebenswelten haben einen Einfluss auf individuelles Gesundheitsverhalten. Prävention und Gesundheitsförderung nach Schwarz-Gelb funktioniert nur für die Mittelschicht, also die Gruppe, die den geringsten Bedarf an entsprechenden Angeboten hat.

Wie können wir die Prävention von Adipositas und anderer Risikolebensstile verbessern?

Welche Funktion können bessere Patienteninformationen erfüllen?

Plausible Szenarien

Prävention ist Bildungsaufgabe.

Die Rolle und der gesellschaftliche Ort der Prävention müssen neu definiert werden. Auch die Frage der Finanzierung der Prävention ist neu zu klären. Die Frage der Zuständigkeit ist nicht auf die Kostenübernahme begrenzt, sondern folgt der Logik eines vernehmlichen Appells an alle politisch Verantwortlichen im Bund und in den Ländern. Prävention wird zu einer zivilgesellschaftlichen Bildungsaufgabe. In der laufenden Legislaturperiode ist kaum mit neuen politischen Initiativen zu rechnen.

Health Literacy/Patienteninformation: Die Aussichten sind prinzipiell positiv. Es kommt auf die Mittel an, die zur Verfügung gestellt werden; Angebote sind noch nicht klar.

Prävention von Adipositas: Notwendig ist das Zusammenwirken der politischen Akteure auf allen Ebenen von Politik, Zivilgesellschaft und Wirtschaft. Regulierungen und freiwillige Initiativen der Akteure im Bereich Verbraucheraufklärung und Produktentwicklung greifen ineinander.

Änderungsbedarf

Prävention als Thema von der Gesundheit entkoppeln!

Die Prävention wird zu einer neuen Blüte finden. Sie braucht dafür ihren eigenen Platz, ihre eigenen Budgets, eigene Verantwortliche.

Es müssen Voraussetzungen geschaffen werden in Richtung Patientenermächtigung (nicht nur Patientenverantwortung).

Zur Prävention von Adipositas: Regulierungsrahmen für Verbraucheraufklärung und verantwortliches Marketing; gezielte Ernährungs- und Bewegungsaufklärung für Risikogruppen (z.B. Migranten).

Wir brauchen ein Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz und müssen die Ausgaben für die lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung steigern.

Aufklärung muss als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden und geleistet werden.

Gesundheitserziehung muss bewusst auch außerhalb der Familien in Kindergärten und Schulen stattfinden.

Kooperation und integrierte Versorgung

Aufkommende Themen

Das Gesundheitswesen beruht auf einer hoch differenzierten Arbeitsteilung zwischen zahlreichen Berufsgruppen. Dennoch erweist sich das Bild vom „Halbgott in Weiß“ als erstaunlich langlebig. Tatsächlich scheint Kooperation eher ein rhetorisches Projekt zur Stabilisierung eines prekären Status quo: „Sollen doch die anderen kooperieren, so lange sie mich machen lassen, was ich für richtig halte“.

Rollenverteilung der Akteure längst überholt!

Tatsächlich geht es bei dem Thema längst nicht mehr um ein antiquiertes Rollenverständnis, sondern um die Frage, wie systemische Ziele besser und zu niedrigeren Kosten erreicht werden können. Hinzu kommt das drängendere Thema regionaler Disparitäten in der Versorgung. Es könnte sich als ein Missverständnis erweisen, Kooperation für den ländlichen Raum zu fordern, aber in den Ballungsgebieten den Status quo so lange wie möglich aufrecht zu erhalten. Schließlich geht es auch darum, die sektorale Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung zu überdenken.

Moderne Medizin lässt sich nicht in den alten Strukturen erbringen.

Besonders wichtig werden Kooperationen im Gesundheitswesen. Es gibt ein hohes Innovationspotential. Dazu bedarf es der Veränderung der Strukturen, der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und den anderen Berufsgruppen.

Wir benötigen interdisziplinäre Strukturen und eine sektorenübergreifende Versorgung.

In Deutschland wird zu viel über Produktinnovation gesprochen, kaum über Prozessinnovation.

Was lernen wir aus anderen Ländern?

Ursachen

Der einzelne niedergelassene Arzt ist überfordert damit, die maßgebliche kostensteuernde Schaltstelle im Gesundheitswesen zu übernehmen. Die Trennung der Sektoren respektiert in erster Linie verteilungspolitische Interessen der Leistungserbringer. Kostenträger und Politik dürfen den Status quo nicht länger tolerieren, auch wenn damit massive Konflikte einhergehen könnten.

Der niedergelassene Arzt ist mit neuen Herausforderungen überfordert.

Auf dem Weg zu einer Lösung geht es vor allem um die Rolle und das Berufsbild des Arztes und die Schnittstellen seiner Kooperation mit anderen Berufsgruppen und Leistungserbringern. Die Besinnung auf Werte könnte einen Weg aus verteilungspolitischen Konflikten bahnen.

Es gibt keine sektorenübergreifende Versorgung und sie wird nicht ausreichend diskutiert.

Die Stärkung der Versorgungsforschung ist bisher kaum mehr als ein Lippenbekenntnis.

Momentan arbeiten alle Institutionen im Gesundheitswesen im besten Falle eher nacheinander und in der Regel aber gegeneinander. Aus dem Gegeneinander der Institutionen im Gesundheitswesen entsteht der Gesamtschaden für den Patienten, aber nicht der Nutzen.

Die Institutionen bekommen alle mit, dass sie alle gemeinsam verlieren, mit der einen Ausnahme der Ärzteschaft, die mehr und mehr einfach die Koffer packt und weggeht oder irgendwelche Nischen findet. Das heißt, es gibt nicht Gewinner und Verlierer im System, sondern es verlieren alle.

In einer solchen Situation von lauter Verlierern hat man bessere Möglichkeiten zu sagen, wie es für alle besser wird, wenn man sich auf ein gemeinsames Ziel einigt und klar ist, dass jeder zu seinem Recht kommt.

Medizinische Versorgungszentren werden von Berufsorganisationen der Ärzte bekämpft.

In der Notfallmedizin könnte statt Arzt (wie in UK oder in Dänemark) ein emergency practitioner zum Einsatz kommen. Arzt stellt Diagnose via Telemedizin.

Neue Konzepte/Pilotversuche werden entweder von Standes-organisationen boykottiert oder gehen in die falsche Richtung. Es gibt Pilotversuche, das System der Kranken-Spezial-Schwester (best case Dänemark) zu übernehmen, zum Beispiel die Diabetes-Schwester, die sich statt dem Arzt um Blutzuckerkontrolle, Rezeptverlängerung etc. kümmert.

Plausible Szenarien

Für echte Kooperationen fehlt oft der Mut.

Das Thema hat inzwischen in Fachkreisen den Charakter einer tibetanischen Gebetsmühlen-Litanei gewonnen. Keine Konferenz, kein Statement einzelner Verbände ohne Beschwörung der Rolle der Kooperation. Kooperieren aber und den Mut dafür zeigen sollen die anderen.

Die Situation könnte man komisch nennen, wäre sie nicht so absurd. Der Burgfrieden des heutigen Zustands und die Sektorengrenzen sind auf Dauer nicht aufrecht zu erhalten. Da das Thema wie kaum ein anderes in bestehende lokale Lebenswelten einbricht, sollte es politisch auch besonders intensiv an der Basis diskutiert und in Modellprojekten erprobt werden.

Es wird weder eine umfassende integrierte Versorgung und Substitution von Leistungen an andere Gesundheitsberufe geben.

Nach wie vor ist der Handlungsdruck zu gering. Es müssen mutig neue Wege gegangen werden. Dies passiert nur, wenn die Akteure hohem Druck ausgesetzt sind. Als Beispiel seien die neuen Bundesländer genannt, die sich verhältnismäßig stark bewegen: Ist kein Landarzt da, wird zum Beispiel die Telemedizin plötzlich attraktiv.

Man muss dringend die Qualität der Leistungen transparenter machen. Ganz offenbar sind Einzelpraxen weder qualitativ noch von den Kosten her wettbewerbsfähig. Es führt kein Weg an vernetzten Einzelpraxen oder MVZ vorbei.

Rechtsfähige Organisationen bieten eine medizinische Versorgung über alle Sektoren. Versicherungsunternehmen schließen Rahmenverträge mit diesen Anbietern, die eine qualitätsorientierte Vergütung regeln z. B. über Fallkomplexpauschalen. Damit übernehmen Leistungserbringer zeitlich befristet auch Kostenverantwortung. Die tariflichen Leistungen der vereinbarten Versicherungsverträge orientieren sich an den Rahmenverträgen zwischen Leistungserbringern und KV-Unternehmen.

Das bedeutet: Einzelne Leistungserbringer wie niedergelassene Ärzte oder unvernetzte Krankenhäuser treten in Wettbewerb zu Anbietern einer integrierten Versorgung mit Kostenverantwortung über qualitätsorientierte Fallkomplexvergütungen.

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) ist der Schlüssel für eine elektronische Patientenakte, auf die alle am Versorgungsprozess beteiligten Leistungserbringer zugreifen können. Damit ist die eGK ein wichtiger Baustein für eine koordinierte Versorgung.

Änderungsbedarf

Wer die bestehenden Sektorengrenzen zur Disposition stellt, riskiert zermürbende Stellungskämpfe und in weiten Bereichen auch, dass der Wahlkampf Einzug in die Wartezimmer hält. Die Diskussion kann an dem Status quo nur dann etwas ändern, wenn sie in den Berufsorganisationen

Auch die Berufsverbände sind gefordert, ihre Stellungskämpfe aufzugeben.

ebenso wie in der Politik und medial in der breiten Öffentlichkeit offensiv geführt wird.

Sektorengrenzen und die daraus resultierenden vielen Budgettöpfe (Bund/Land; ambulantes/stationäres Budget) auflösen.

Mehr integrierte Versorgung (Folge: Anbieter würden sich um die Behandlung von Patienten bei den Krankenkassen bewerben).

Gesetzliche Änderungen: Sozialgesetzbuch V, IX, XI ändern.

Kassenärztliches System gehört geändert (Versorgungsauftrag!).

Medizinische Berufsordnungen (Stichwort Abrechnungssysteme: Beispiel. Telemedizin: nicht abrechenbar, Arzt geht Risiko ein!).

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) forcieren, v.a. um junge Ärzte aufs Land zu locken.

Wir wollen die Primärversorgung aufwerten. Sie muss zur Basis und zum Lotsen guter Versorgung werden.

Qualifizierte Pflegekräfte, ambulante Pflegedienste und Sozialdienste müssen Teil der Primärversorgung sein. Für Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung sollte verpflichtend eine professionsübergreifende Zusammenarbeit vorgegeben werden. Wir wollen darüber hinaus eine grundlegende Neuverteilung der Aufgaben der Gesundheitsberufe. Konkret bedeutet dies auch eine Neudefinition der ärztlichen Aufgaben. Dabei muss auch mehr Rechtssicherheit für die Substitution ärztlicher Aufgaben geschaffen werden.

Wir brauchen eine personalisierte Primärversorgung. Die ist nicht arzt dominiert, sondern von vielen anderen Gesundheitsberufen mitbestimmt. Das kann auch die Gemeindeschwester sein. Denn für manche Patienten ist das Bedürfnis, es mit einer Person zu tun zu haben, wichtiger als dass die Person ein Arzt ist. Es muss schon eine fachausgebildete Person sein, aber es muss nicht unbedingt ein Arzt sein.

Evidenzbasierte Medizin

Aufkommende Themen

Das Thema schleicht sich seit geraumer Zeit ins Zentrum der Diskussion. Der Hintergrund ist aus zahlreichen Studien bekannt: Der medizinische Fortschritt braucht zu lange, bis er in der niedergelassenen Praxis ankommt. Es geht nicht nur um die Qualität der Versorgung und die Hebung von Effizienzreserven, sondern vor allem um Transparenz im Interesse der Patienten.

**Wo Datenschutz drauf steht,
ist oft etwas anderes drin.**

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) könnte ein Meilenstein auf dem Weg zu einer evidenzbasierten Medizin sein. Noch aber tobt um sie der Streit zwischen Datenschützern und Gesundheitsökonomern.

Wer sich gegen Transparenz ausspricht, der hat schon verloren.

Es geht um Therapietreue, Effizienz und Sicherheit. Entscheidend ist, was wirklich nutzt.

Ärzte, Krankenhäuser, Leistungserbringer und Krankenkassen werden sich dem nicht mehr verweigern können.

Es geht darum, die Informationen verlässlich aufzubereiten, so dass sie einen Nutzen bringen und Auswirkungen haben auf den Markt. Mit der Telematikinfrastruktur wird das wesentlich leichter.

Ursachen

Kosten-Nutzen-Analysen gehören zu den beliebtesten Schlagwörtern der Gesundheitsökonomie. Sie mobilisieren zugleich alle Player, die ihre Berufsbilder, Erfahrungen und Kompetenzen bedroht sehen.

**Medizinischer Fortschritt
kann sich rechnen!**

Die bisher eingerichteten Institute funktionieren wie vorgeschobene Posten des Stellungskriegs: Argwöhnisch beobachten die Abgesandten der einzelnen Sektoren jedes Thema auf seine möglichen Folgen für den eigenen Berufsstand und Sektor.

Die Möglichkeiten einer evidenzbasierten Medizin werden durch den telematischen Fortschritt immer größer. Zugleich wachsen die Widerstände dagegen und bedienen sich jedes beliebigen Arguments.

Am deutlichsten wird diese Entwicklung am Beispiel der langen Geschichte der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Datenschützer,

Leistungserbringer, Kostenträger und Medien spielen in diesem Thema das Wettrennen zwischen Hasen und Igel.

Ermöglicht sie eine elektronische Patientenakte? Trägt sie dazu bei, die Patientensicherheit zu verbessern? Ist dieses Stichwort politisch richtig durchdacht, wenn es bisher vor allem von Medizinern gebraucht wird? Oder steht dem Gesundheitswesen gar eine mediengestützte Rebellion der Bürger bevor?

Ein weiteres Mal bleiben zwei maßgebliche Stellschrauben für die Hebung von Effizienzreserven im Gesundheitswesen auf der Strecke: Dokumentation und Transparenz. Hier ist an erster Stelle die Politik gefordert, ihre Richtlinienkompetenz durchzusetzen. Aber auch die Bürger sind dazu aufgefordert, die eigene Stimme zu erheben. Denn was ist davon zu halten, wenn sie in ihren Facebook-Profilen bereitwillig ihre Lebensgeschichte veröffentlichen, die Datenschützer aber wie besorgte Vormünder vor dem gläsernen Patienten und seiner lebenslangen Krankenakte warnen?

Noch immer nicht ist die elektronische Gesundheitskarte eingeführt, trotz des bekannten Problems des „Arzt Hoppings“ mit der Folge, dass keine Kenntnis vorliegt, was vorher bereits verschrieben wurde.

Datenschutz hat einen sehr hohen Stellenwert in der Bevölkerung und das obwohl viele Personen mehr als fahrlässig mit dem Schutz eigener Daten umgehen.

Auch beim Neugeborenenenscreening stellt sich die Frage nach der Kosten-Nutzenrelation. Dazu kommen ethische Fragen (siehe PID). Gibt es eines Tages verbindliche Handlungsoptionen?

Die diagnostischen Möglichkeiten nehmen zu. Aufwand und Kosten sind immens. Das Individuum wird versicherungsmathematisch besser einschätzbar. Ein politischer und gesellschaftlicher Konsens ist zu diesem Thema derzeit nicht herstellbar. Es wäre eine Diskussion um Wahrscheinlichkeiten, nicht Gewissheiten.

Themen wie Gesundheitsinformation als Health Technology; Einbindung der Patienten in Abläufe und systematischere Gesundheitsbildung werden zwar bereits an sich diskutiert, aber viel zu wenig im Hinblick darauf, wie diese Patienteninformation auszusehen hat und welche Qualitätskriterien es geben soll. An sich wäre man aber soweit, dass man Qualitätskriterien benennen kann (siehe Arbeitsgruppen des Deutschen Netzwerks für Evidence based Medicine; und Nationaler Krebsplan). Zudem fehlt es an einer Evaluation der Effekte von Patienteninformation.

Im Prinzip sollte es mehr um „shared decision making“ gehen, d.h. Versicherte/Patienten in ihre Behandlung einzubinden, inklusive ihrer Präferenzen, sprich, sie zu Experten in eigener Sache zu machen.

Medizintechnik/personifizierte Medizin: Wir stehen hier vor einem Paradigmenwechsel! Viel mehr wäre machbar. Die medizinischen Möglichkeiten sind viel größer, aber die Ressourcen (Geld, Technik, Personal) werden nicht effektiv eingesetzt.

Die Frühbewertung neuer Arzneimittel wird Innovationen bei bekannten Indikationen verhindern, weil alles in den Festbetrag läuft.

Das Thema Risikomanagement ist in Krankenhäusern schwierig anzusprechen. Es ist schwieriger, den ganzen Themenkomplex Diagnosefindung/Therapieplanung in einem Haus abzustimmen. Es ist leichter, eine Arbeits- und Organisationsanweisung für die sachgerechte Medikationszubereitung zu erstellen, als den diffuseren Bereich der Diagnoseabstimmung und Therapieentscheidung anzugehen. Hier gibt es sehr komplexe Organisationen, die man noch abstimmen muss.

Wir haben nicht die Assistenzärzte, die auf der Grundlage einer fachlichen, sprachlichen sowie Organisationskompetenz die richtige Entscheidung treffen. Wir haben ein Ressourcenproblem, vor allem in strukturschwachen Gegenden. Wir haben Hochleistungsmedizin, aber nicht die Leute, die die Ergebnisse einer technisch guten Untersuchung dann in ein Gesamtkonzept einer Therapieplanung bestmöglich umsetzen. Das Risiko für Patienten wächst, aufgrund mangelnder Ressourcen, Opfer einer falschen Diagnose und daraus folgenden Therapiefehlern zu werden.

Plausible Szenarien

Das Thema umfassender Kosten-Nutzen-Analysen muss aus der gesundheitsökonomischen Nische in die breite Öffentlichkeit gelangen. War schon der selbstbestimmte Patient eine fiktive Größe, kann der auf Augenhöhe mit Ärzten und anderen Gesundheitsberufen kooperierende Patient nur dann erfolgreich Eigenverantwortung übernehmen, wenn die Health Literacy umfassend Einzug in den Alltag der Lebenswelten findet.

Health Literacy ist eine klassische Gemeinschaftsaufgabe, die von der Bildungspolitik über die Arbeitsmarktpolitik bis hin zu den Medien von allen Akteuren eigene Angebote erfordert. Nebenbei ist das natürlich auch ein Thema für die Fortbildung und Weiterbildung in allen Gesundheitsberufen, wenn man sicherstellen will, dass der medizinische Fortschritt von den Hochschulen und aus der Forschung in die niedergelassene Praxis findet.

Der mündige Patient ist möglich!

Informationen über die Versorgungsqualität müssen verständlich zugänglich gemacht werden. Dies ist eine Voraussetzung für einen funktionierenden Markt, der gleiche Informationsstände der Marktteilnehmer erfordert.

Die Themen Therapietreue, Therapiesicherheit und Therapieeffizienz sollten verbindlich als Versorgungsziele über alle gesetzlichen Maßnahmen gelegt werden. Der Gesetzgeber sollte feste Ziele definieren und deren Erfüllung regelmäßig prüfen.

Patientensicherheit: Wenn sich nichts ändert und Kosten/Nutzen-Aspekte nicht nachgewiesen werden können, gibt es auch weiterhin 30.000 Todesfälle im Jahr.

Änderungsbedarf

Mehr medizinischer Fortschritt für mehr Effizienz.

Der medizinische Fortschritt muss schneller und effizienter Eingang in die Praxis finden. Nur durch flächendeckende Kosten-Nutzen-Analysen und den umfassenden Ausbau der medizinischen Telematik-Infrastruktur können im heutigen System ungenutzte Effizienzpotenziale erfolgreich gehoben werden.

Ausbau der IT Technik: Sie unterstützt die Diagnose- und Therapieentscheidung des Arztes. Die Amerikaner nennen das Computerized physician order entry System (CPOE) = Telediagnostik/Teleconsulting.

Computerunterstützung bei der Therapieplanung mit Diagnoseparametern und Empfehlungen. Das steckt noch in den Kinderschuhen (schon in Amerika versucht, aber es gibt noch keine Langzeitstudien).

Es braucht Evidenzbasierung, mehr Wissenschaft, um Effekte nachzuweisen; dazu muss Versorgungsforschungsfreundlichkeit gefördert werden; SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) gehört dazu geändert.

Patienten müssen systematischer miteinbezogen werden, unter dem Motto „patient first“; Patienteninformation so gestalten, dass der Patient nach der Behandlung nicht das Pflegepersonal fragen muss „was hat der Arzt gemeint?“ hin zu „sprechender Medizin“.

Zum Thema Zielkonflikt Datenschutz/Versorgungsmanagement wären Workshops mit Datenschutzbeauftragten förderlich.

Wenn man den gläsernen Patienten hätte, wäre die Versorgung sicherer, weil dann die Redundanzen in der Diagnostik eliminiert werden könnten. Vor allem älteren Menschen mit ihrer langen medizinischen Vorgeschichte würde die lückenlose Information helfen, weil der aufnehmende Arzt sofort sichere Diagnose stellen und Therapieentscheidungen treffen kann.

Ausbildung und Arbeitsbedingungen

Aufkommende Themen

Disparitäten in der Versorgung nehmen zu. Das betrifft nicht nur abgelegene Landstriche. Gründe finden sich vor allem darin, dass sich die Ansprüche an die Arbeitsbedingungen an die Gesundheitsberufe ändern. Es handelt sich dabei nicht nur um ein Mentalitätsproblem, sondern um einen fundamentalen Paradigmenwechsel.

Die Arbeitswelt der Gesundheitsberufe von morgen wird eine andere sein.

Das Bild vom Arzt als „Halbgott in Weiß“ ist nicht mehr aufrecht zu erhalten. Auch das Berufsbild des „Arztes aus Berufung“ ist nicht mehr haltbar. Die ökonomischen Anforderungen haben Auswirkungen auf das Rollenverständnis aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen.

Das Bild vom „Halbgott in Weiß“ hat sich überlebt. Ärzte müssen sich als Kooperationspartner begreifen. Die skandinavischen Länder haben das Problem vorbildlich gelöst.

Ärzte haben auch ein Privatleben.

Es ist wie in der Lebensmittelbranche: Im Grunde laboriert auch die daran, dass sie hoch verwissenschaftlicht ist bis zum einzelnen Landwirt, aber in ihren Werbeaussagen produziert sie das Modell einer Idylle, die aus dem 19. Jahrhundert stammt.

Wir müssen über den Nachwuchs der Gesundheitsberufe nachdenken. Schon im Jahr 2019 gibt es 25% weniger Schulabgänger. Warum sollen sie sich für einen Gesundheitsberuf entscheiden? Wie wird die Arbeit im Gesundheitswesen ein attraktives Berufsziel?

Ursachen

Die gesundheitspolitische Ökonomie zwingt die Leistungserbringer dazu, an der falschen Stelle zu sparen. Die Folgen sind messbar: unattraktive Arbeitszeiten und Vergütungen sind Argumente gegen Pflegeberufe. Ärzte ziehen ins Ausland. Der Pflegedienst in den Krankenhäusern wird abgebaut mit wachsender Belastung des Personals.

Attraktive Arbeitszeitmodelle werden zum Wettbewerbsfaktor.

Medizin wird von Menschen gemacht, nicht von Robotern. Die Arbeitsbedingungen (Entlohnung und Arbeitszeiten) müssen geändert werden, sonst gibt es ein Nachwuchsproblem.

Bei der Ausbildung und den Arbeitsbedingungen von Medizinern gibt es die Tendenz dazu, nur die Kosten zu sehen.

Folgen der DRG bezogenen Finanzierung: Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Dies bei kontinuierlich steigenden Fallzahlen, verkürzter Verweildauer und pflegeaufwändigeren Patienten. Personal der Mediziner ist hingegen gestiegen. Die Qualität sinkt. Das zeigen auch Studien in den USA, die einen direkten Zusammenhang zwischen sinkendem Personal, sinkender Qualität und Infektionsraten zeigen.

Aktuell gibt es 70 unterschiedliche Pflegestudiengänge. Jedes Bundesland legt Curricula für Ausbildungen (Mediziner und Pflege) selber fest. Verschärft wird dies durch Nicht-Anerkennung der Abschlüsse trotz des gemeinsamen Bundes-ausschusses. Das liegt an der Politik, wie sie angelegt ist. Es gibt zwar einen Sachverständigenrat, aber die Politik hört nicht darauf.

Wirtschaftspolitik schaut nur darauf, wie man Fachkräfte bekommt, aber untersucht nicht, warum die eigenen weggehen, die man teuer im Land ausgebildet hat.

Es wird falsch gemessen: In Deutschland misst man immer nur, was schlecht ist, nicht, was gut ist (anders machen es die angelsächsischen Länder).

Plausible Szenarien

Delegation ist das Zauberwort für mehr Zufriedenheit am klinischen Arbeitsplatz.

Wie können die Gesundheitsberufe attraktiv gemacht werden? Werden hierfür die heute verantwortlichen Akteure mit an Bord geholt? Was können sie erzählen: zu den kontraproduktiven Aktivitäten der eigenen Berufsverbände, zu den Egoismen der Bundesländer und ihrer Bildungspolitik, zur unübersichtlichen Landschaft der anerkannten Abschlüsse?

Auch an diesem Thema lässt sich illustrieren, ob und wie die telematische Infrastruktur alle Beteiligten zur Einsicht nötigt, damit die nächsten Generationen für Gesundheitsberufe gewonnen werden.

Positiv-Szenario: Akademische Berufsgruppen werden von medizinischen Routinearbeiten entbunden, ihre Ressourcen können für dringliche Aufgaben (Behandlung von chronisch Kranken) eingesetzt werden. Folge 1: Qualität steigt, da chronisch Kranke nicht mehr mehrere Monate auf Termine warten müssen. Folge 2: Durch Arbeitsteilung und „Delegieren-dürfen“ steigt die Berufszufriedenheit bei allen Berufsgruppen: Ärzten und Pflegekräften.

Negativ-Szenario: Flucht in andere Berufe, da Arzt/Pflege-Berufe nicht mehr als attraktiv gelten. Kollaps des Systems/Versorgungslücke:

unkontrolliertes Absterben von Leistungsbereichen, von Krankenhäusern bzw. Verschärfung des Facharztmangels im ländlichen Bereich (heute schon in Brandenburg bis zu 70 km zum nächsten Augenfacharzt).

Überalterung: Integrierte Versorgung/Medizinische Versorgungszentren: Bei MVZ können Ärzte angestellt werden, die nicht das Risiko eingehen wollen, sich eine eigene Praxis zu kaufen (gerade in ländlichen Regionen unattraktiv und sehr risikoreich. Damit gäbe es die Möglichkeit sogenannter „flying doctors“, die zu bestimmten Sprechstundenzeiten in die MVZen kommen.

Familienfreundlichere Arbeitszeiten für Gesundheitsberufe sowie das Landarztproblem würden damit gelöst.

Wir müssten jetzt jedem, der will, eine Chance geben, eine Ausbildung zu machen. Wir erlauben uns heute, dass von vier Bewerbern nur einer genommen wird. Es gibt keine Ausbildungs- und Studienplätze. Wie stößt man die Debatte an, dass nichtärztliche Berufe anerkannt werden, damit Menschen diese Berufe ergreifen?

Best practice der angelsächsischen Länder als Vorbilder übernehmen: Die haben in der Pflege akademisches Personal mit Eigenkompetenz, welches systembedingte Steuerungsaufgaben übernimmt, Anreize schafft und diese auch umsetzt.

Änderungsbedarf

Wie so oft, bahnen gute Vorbilder den Weg. Wer den Hausärzten eine Lotsenfunktion zuschreibt, muss dafür sorgen, dass sie besser vergütet werden und ihre Arbeitsbedingungen besser werden. Das Bildungschaos kann nur durch gemeinsame Planung zwischen Bund, Ländern und Berufsorganisationen überwunden werden. Wer den Anfang macht, hat den Vorteil, das Feld anders bespielen zu können.

Attraktive Arbeitszeitmodelle werden zum Wettbewerbsfaktor.

Nicht alle bekommen immer alles bezahlt.

Einzelverträge mit spezialisierter fachärztlicher Versorgung. Denn der hausärztliche Bereich muss lukrativ gemacht werden. Gute Verträge zur hausärztlichen Versorgung sind notwendig. Andere Entlohnung, innerhalb der man die Menschen versorgen kann, dann wird man mehr finden, die den Beruf ergreifen.

Es braucht einen Bildungsgipfel, der alle Themen in Angriff nimmt: einheitliche, gemeinsame und akademisierte Ausbildung.

Anstoß dazu muss von der Politik, eigentlich von der Kanzlerin, kommen.

Alle Lobbyisten in die Wüste schicken.

Betriebe auszeichnen, die es schaffen, Personal-Fluktuationen in Grenzen zu halten.

In den USA gibt es eine Studie zu sog. „Magnet“-Krankenhäusern; eine solche wäre leicht und relativ kostengünstig durchführbar und hätte große (beispielhafte) Wirkung.

Gegenseitige Wertschätzung fördern: d.h. in die Ausbildung aufnehmen.

Was uns bei der Analyse aufgefallen ist

Bei den meisten Gesprächspartnern konnten wir eine ähnliche Grundhaltung erkennen. Die Experten benennen zwar die Herausforderungen, vor denen das Gesundheitswesen steht. Sie erwarten von der Politik Rahmenvorgaben. Gleichzeitig machen sie aber auch deutlich, dass sie zum Zeitpunkt Mitte/Ende 2011, vielleicht mit Ausnahme des Bereichs „Bürgerversicherung“ keine großen Impulse aus der Politik erwarten.

Vor dem Hintergrund der hohen Gestaltungsfähigkeit des Gesundheitswesens durch die Politik scheint uns das sehr bemerkenswert.

Und bei näherer Betrachtung wird auch deutlich: In den einzelnen Bereichen sind die Erwartungen an die Politik sehr ambivalent. Sie setze den Rahmen, den aber nicht entschieden durch. Die Hoffnung auf mehr Wettbewerb werde konterkariert durch nicht marktkonforme Regeln.

**Experten sehen Gestaltungsbedarf.
Und vermissen politischen Willen.**

HEMMNISSE AUF DEM WEG ZUM NEUEN GESUNDHEITSWESEN



Insofern lässt sich aus den Antworten kein einzelnes Zukunftsszenario für die nächsten zwei, drei Jahre erkennen. Insbesondere lässt sich nicht abschätzen, inwieweit die sozialstaatliche Rahmensetzung des Gesundheitswesens in absehbarer Zukunft strukturelle Änderungen erfährt oder gar,

in welche Richtung die von den meisten grundsätzlich erwünschten Veränderungen gehen sollten. Dennoch lassen sich innerhalb der Themen gewisse Tendenzen erkennen, in welche die Diskussionen laufen könnten.

Unsere Schlussfolgerungen:

Die Arena-Analyse hat insgesamt Prioritäten eines künftigen gesundheitspolitischen Szenarios erkennen lassen.

Wir möchten die Ergebnisse der vorliegenden Arena Analyse wie folgt zusammenfassen.

- **Die externen Faktoren Demographie, Technologie und Patientensouveränität werden zunehmend zu Treibern der Gesundheitspolitik.**
- **Die Interaktion dieser Faktoren ergibt eine ganz neue Dynamik und ein gesellschaftliches Umfeld, das sich in den nächsten Jahren dramatisch ändern wird.**
- **Die Politik bildet derzeit eine Art künstlichen Schutzraum für die Akteure des Gesundheitswesens, die verhindert, dass sich die gesundheitswirtschaftlichen Akteure im notwendigen Maße an die neuen Herausforderungen und die externen Umweltbedingungen anpassen können.**
- **Alleine für den Bereich Finanzierung ist unter dem Stichwort „Bürgerversicherung“ ein konzeptioneller Ansatz erkennbar, der die Diskussion in der Zukunft strukturieren wird.**
- **Für alle Fragen interner Strukturen des Versorgungsmanagements und der Versorgungssteuerung sind derzeit zwar Fragen klar erkennbar. Allerdings stehen tragfähige Antworten auf diese Fragen weiterhin aus.**

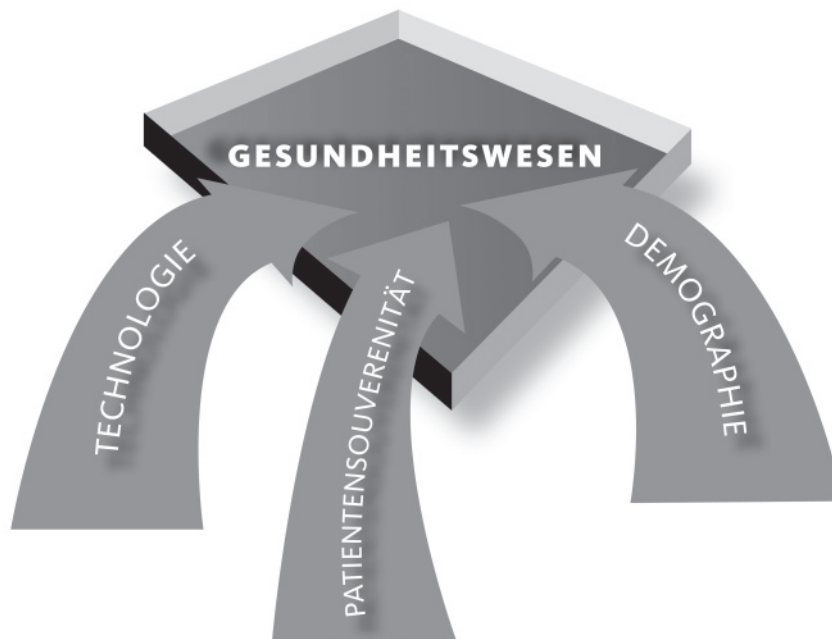
Zu den Aussagen im Einzelnen:

Externe Faktoren werden zunehmend zu Treibern der Gesundheitspolitik.

Die Entwicklung des Gesundheitswesens wird in den kommenden Jahren maßgeblich von drei externen Trends geprägt:

- dem wissenschaftlichen und technologischen Fortschritt
- der demographischen Entwicklung
- der wachsenden Souveränität der Versicherten.

DIE POLITIK VERHINDERT DURCH IHREN CLOSED SHOP ANSATZ EINE ANPASSUNG DES GESUNDHEITSSYSTEM AN DIE KÜNFTIGEN HERAUSFORDERUNGEN



Demographie

Die Veränderung der Gesamtdemographie und der Demographie in der Gesundheitswirtschaft erfordert ein radikal neues Denken und Konzeptionen, die den Menschen zum Ausgangspunkt nehmen.

Oftmals wird die demographische Relevanz für das Gesundheitssystem eindimensional gedacht. Die Verkehrung der Bevölkerungspyramide hat jedoch nicht nur, wie weithin bekannt, Folgen für die Finanzierung. Die Veränderung der Demographie wird auch für den Binnenzustand des Gesundheitswesens grundsätzliche Folgen zeitigen.

Tabelle: Demographie und Folgen/Potentiale für die Gesundheitswirtschaft

Auslöser	Konsequenzen
Altersmäßiges Ausscheiden niedergelassener Ärzte	Versorgungslücken in der Fläche
Wachsender Anteil von Frauen unter der Ärzteschaft	Abnehmendes Interesse an niedergelassener Tätigkeit Zunehmendes Interesse an Work-Life-Balance

Wachsender Anteil älterer Pflegepersonals	Veränderte Pflegeabläufe, weitere technische Hilfestellungen aufgrund der körperlichen Belastungsgrenzen notwendig Veränderungen im pflegerischen Alltag (Klinik, Altenpflege) notwendig neue Zugangswege für Pflegeberufe, neue Pflegekonzepte, insbesondere in der Altenpflege
Wachsender Bedarf an Pflegebedarf für Rentnerdemographie	Veränderungen in der Kollaboration von Ehrenamtlichen, Familienangehörigen und professioneller Pflegekräfte

Wissenschaftlicher und technologischer Fortschritt

These:

Freiheitsräume helfen, technologische Effizienzgewinne freizusetzen.

Bleibt das Gesundheitssystem im alten Rahmen bestehen, führt technologischer Fortschritt in immer stärkerem Maße zu Rationierung und der bürokratischen Bewirtschaftung von Ressourcen. Nur wenn Freiheitsräume geschaffen werden, in denen neue Technologien ihr Potential für neue vernetzte und prozessorientierte Behandlungslösungen und zu einem effizienten Nutzen vorhandener Geräte ausnutzen, wird sich das Gesundheitssystem aus der Geiselnahme durch Partialinteressen befreien.

Der medizinische und technologische Fortschritt wird bisher vor allem als Kostentreiber gesehen. Führt er zwangsläufig in eine Zweiklassenmedizin? Oder können eine evidenzbasierte Medizin und die Ausschöpfung von Effizienzreserven dazu beitragen, dass der medizinische und technologische Fortschritt allen Patienten zugutekommt, ohne das System finanziell zu sprengen?

Es wurden eine Reihe technologischer Trends identifiziert, die sehr unterschiedliche Konsequenzen auf das Gesundheitssystem haben werden.

Tabelle: Technologische Trends und Folgen/Potentiale für die Gesundheitswirtschaft

Auslöser	Konsequenzen
Elektronische Gesundheitskarte	Hohes Potential für Effektivierung, Transparenz und Patientensouveränität. Inwieweit sich dieses

	Potential realisieren lässt, hängt von der Gestaltung des Systems ab.
Neue operative Möglichkeiten (Ersatzteilmedizin)	Wachsender Kostendruck im Rahmen des bestehenden Systems
Technologiegetriebene Angebote zur Selbstdiagnose und -therapie (Apps, Messgeräte, webbasierte/ mobilfunkgetriebene Kommunikationswege)	Kostenentlastung im Bereich ambulanter Medizin und insbesondere der Pflege
Verlagerung von Labor u.ä. Leistungen (Zahnersatz, Analyse bildgebender Verfahren) ins Ausland oder in zentralisierte Institutionen	Erweitertes Kostensparpotential; Gesteigertes Rationalisierungspotential; Erschließung zusätzlicher personeller Ressourcen bei künftiger Personalknappheit
Telemedizin	Bessere Vernetzungsmöglichkeiten Höhere Versorgungsqualität Hohes Potential für eine effektivere und effizientere Nutzung zunehmend knapper und teurer Diagnosekapazitäten
Neue Medikamente	Infolge neuer epidemiologischer Erkenntnisse und die Entwicklung von „Markern“ für die Wirksamkeit neuer Medikamente für unterschiedliche Patientengruppen stärker zielgruppenadäquate Therapiemöglichkeiten und höheres Einsparpotential
Telekooperative Verfahren „Cloud-, /Handheld-/Lebende“ Patientenakte	Grundlage für vernetztes Handeln und neue, Indikationsspezifische und mit verschiedenen Akteuren abgestimmten Behandlungsstrategien

Einige Beispiele:

Medizinische Dienstleistungen. Der Wettbewerb wird internationaler. Dienstleistungen wandern ins Ausland wie beispielsweise die diagnostische Auswertung von Röntgenaufnahmen und CRTs oder die Versorgung mit

Zahnersatz sowie Reha-Maßnahmen und prothetische Versorgung (Knie und Hüften). Schon heute bemerkbar ist diese Entwicklung vor allem bei zahnärztlichen Leistungen, bei denen die Patienten über das Internet die Kosten vergleichen und ihre eigenen Kosten-Nutzen-Relationen optimieren können. Ein ökonomischer Anreiz führt also faktisch zu systemischen Kosteneinsparungen und setzt zugleich hiesige Anbieter unter Wettbewerbsdruck.

Die Telemedizin. Durch Ferndiagnostik hält die Spitzenmedizin Einzug auch in Regionen, die bisher als unterversorgt galten. Telemedizin leistet so einen Beitrag dazu, regionale Disparitäten zu überwinden – und zugleich einen Beitrag zur fallbezogenen Weiterbildung niedergelassener Ärzte in bisher unterversorgten Gebieten. Übrigens entsteht so auch ein Wettbewerbsvorteil für regionale Kooperationen (MVZ), da sie unter einem Dach alle Leistungen transparent und auf hohem Niveau erbringen können. Damit steigt auch der Anreiz für Inhaber von Einzelpraxen zu besserer Kooperation.

Die Patientenkarte (eGK). Plötzlich geht es nicht mehr um Datenschutz, sondern um die begründbare Bewertung von Gesundheitsdienstleistungen. Was passiert zum Beispiel, wenn ein multimorbider Patient mit zahlreichen Arzneimittelverordnungen durch den Apotheker nicht auf Wechsel- und Nebenwirkungen der ihm verordneten Cocktails aufmerksam gemacht wird? Wie gestaltet sich in so einem Fall die Abstimmung zwischen Apothekern und mehreren behandelnden Ärzten? Es entsteht – unter der Voraussetzung einer lückenlosen Dateneingabe – Transparenz- und Qualitätsdruck auf alle Leistungsanbieter.

Der medizintechnische Bereich und die Logistik der Gesundheitsversorgung. Alle ausgelagerten Diagnostikdienstleistungen können stichprobenartig oder auch flächendeckend einer *peer review* unterworfen werden. Am Ende bleibt kein Befund ungeprüft und es entsteht eine Kooperationskultur der Optimierung, nicht des Misstrauens, aber auch nicht des blinden Vertrauens. Die Beschaffung von Arzneimitteln oder medizintechnischen Produkten kann ebenso flächendeckend optimiert werden – mit der Folge deutlich sinkender Preise und zunehmendem Wettbewerbsdruck auf suboptimale Anbieter.

Die prothetische Versorgung. Die jüngsten Berichte über Prothesenmängel begründen einsichtig die seit langem geforderte Einrichtung eines zentralen Registers, das alle prothetischen Versorgungen und postoperativ auftretende Probleme lückenlos erfasst. Auch der Abgleich mit bereits realisierten Datenbanken in anderen Ländern ist zwingend geboten. Paradox und kaum hinnehmbar erscheint, dass internetkundige Patienten bereits heute über eine bessere Entscheidungsgrundlage für ihre prothetische Versorgung

verfügen als manche Kliniken und Ärzte.

Patientensouveränität

These:

Die Erschließung neuer Finanzierungsquellen für die Ärzteschaft, beispielsweise durch die IGEL-Leistungen führt zum Verlust der „Unschuld“ der individuellen Arzt-Patientenbeziehung und überführt diese in eine Verhandlungssituation.

Das Ende der Unschuld in der Arzt-Patientenbeziehung.

Bisher galt: In Umfragen wurde die Ärzteschaft regelmäßig schlecht beleumundet. Befragt nach der Zufriedenheit mit dem eigenen Arzt zeigten die Patienten jedoch stets sehr große Zufriedenheit. Diese Polarität wird sich weiter auflösen.

Die Patienten werden zunehmend unruhig. Durch seinen Arzt zunehmend mit zusätzlichen Angeboten konfrontiert und dadurch gezwungen, sich mit den unterschiedlichen, oft widersprüchlichen Aussagen zur Notwendigkeit dieser Leistungen auseinander zu setzen, wird der Patient der Zukunft den „Halbgott in Weiß“ zunehmend säkularer als Verhandlungspartner in medizinischen und Kostenfragenbegreifen.

Er wird gezwungen sein, sich ein eigenes Bild von der richtigen Therapieform zu verschaffen. Der Patient selbst und sein persönliches Umfeld bilden inzwischen eine Art ärztliche Zweitmeinung, denn es steht ein wachsendes Informationsangebot zur Verfügung.

Die Folge: Loyalitäten brechen auf, die Leistung des eigenen Arztes wird immer öfter mit den Leistungen anderer verglichen.

Ein Blick ins Netz zeigt den Unmut. Auf entsprechenden Verbraucher- und Bewertungsportalen äußern sich Patienten teilweise sehr drastisch über Behandlungsqualitäten, mangelhaftes Praxismanagement und Eigenheiten der Ärzte.

Im Klinikbereich werden therapeutische Schwerpunkte und die Anzahl entsprechender operativer Verfahren dokumentiert und damit zum Entscheidungskriterium mündiger Verbraucher.

Durch zivilgesellschaftliche Akteure (Verbraucherschützer und Stiftungen) kommt zusätzliche Dynamik ins Spiel. Ihre mehr und mehr verfügbaren Übersichten führen zu besser informierten Patientenentscheidungen und schärferem Wettbewerb und höherer Transparenz auf Seiten der Leistungserbringer.

Inzwischen mehren sich die Möglichkeiten für Patienten, ihre eigenen Ärzte nach vorgegebenen Kategorien zu bewerten. Noch steckt dies in den Kinderschuhen. Aber sobald in den Ballungsgebieten diese Option flächendeckend wahrgenommen wird, hat das spürbare Wirkungen auf die regionale Versorgung.

Tabelle: Patientensouveränität und deren Auswirkungen auf das Gesundheitswesen

Auslöser	Konsequenzen
IGEL-Leistungen	Patienten müssen selbst einen Standpunkt zu Kosten- und Therapiefragen finden
Wachsender Kostendruck bei Ärzten	Patienten werden zunehmend Adressat für politisch motivierte Dialoge mit behandelnden Ärzten
Budgetierung	Therapieverweigerung aus Kostengründen konfrontiert Patienten mit dem Thema Kontingentierung

Patienten sind damit nicht länger externer Faktor des Geschehens, sie „wandern ins System“, werden Entscheider in einem neuen Kräfteparallelogramm und prägen damit Entscheidungsstrukturen stärker mit.

Das Zusammenwirken der externen Faktoren „Demographie, Technologie und Patientensouveränität“

These:

Die Interaktion dieser Faktoren ergibt eine ganz neue Dynamik und ein gesellschaftliches Umfeld, das sich in den nächsten Jahren dramatisch ändern wird.

Die beiden ersten Trends, Demographie und wissenschaftlich technologische Entwicklung werden seit Jahren als dominante Faktoren diagnostiziert. Der dritte Faktor, wachsende Patientensouveränität, hat uns in seiner Deutlichkeit doch überrascht. Zwar nimmt die gesundheitspolitische Diskussion regelmäßig auf den Patienten Bezug. Dies geschah bisher allerdings in eher deklamatorischem Sinne.

Neu ist, dass sich die Anzeichen für ein tatsächlich verändertes Verhalten mehren. Basierend auf den technologischen Möglichkeiten des Social

In dreißig Jahren wird das Gesundheitssystem ein ganz anderes sein.

Webs ist der Einzelne vermehrt in der Lage, sich zu artikulieren. Es haben sich in den vergangenen Jahren Verbraucherplattformen und Initiativen gebildet, u.a. über die Stiftung Warentest, die Verbraucherzentrale Bundesverband vzbv, die Bertelsmann Stiftung und andere Stiftungen. Daneben haben ökonomisch getriebene Plattformen wie www.netdokter.de, www.jameda.de oder entsprechende Ansätze von Google an Relevanz gewonnen. Neben dem Wirtschaftsmagazin Focus mit seinen Ärzterankings stellen inzwischen weitere Medien (für Berlin beispielsweise der Tagesspiegel mit dem Klinikführer Berlin) Informationsangebote zur Verfügung, die es jedem Einzelnen ermöglicht, eine qualifizierte Entscheidung zu treffen. Dies hat verstärkt Anbieter unter Druck gesetzt. Für den Bereich der niedergelassenen Ärzte beispielsweise www.arztsuche.de, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder die vom Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. initiierte Initiative www.qualitätskliniken.de. All diese Aktivitäten und Informationsplattformen ermöglichen es Bürgern die Entscheidung über die Therapieform und den zu konsultierenden Arzt selbst zu treffen.

Die Politik bildet derzeit eine Art künstlichen Schutzraum für die Akteure des Gesundheitswesens, die verhindert, dass sich die gesundheitswirtschaftlichen Akteure im notwendigen Maße an die neuen Herausforderungen und die externen Umweltbedingungen anpassen können.

Politik verwehrt der Gesundheitswirtschaft, besser zu werden.

Durch die aktuelle Verfasstheit des Gesundheitssystems beraubt die Politik die Akteure der Möglichkeit, flexibel auf neue Entwicklungen und Potentiale zu reagieren. Jeder der Akteure wird durch eine Reihe von Einzelmaßnahmen „statisch“ gesteuert. Das System entwickelt keine oder viel zu schwache Motive, Ressourcen zu sparen, neue Angebote zu entwickeln und damit zunehmenden Kosten durch neue Therapien auch durch gegenläufige Angebote entgegenzuwirken.

DIE POLITIK REGULIERT JEDE AKTEURSGRUPPE EINZELN. DAMIT VERHINDERT SIE DIE SYSTEMANPASSUNG AN DIE UMWELT.



Wer sich intensiver mit der Frage der Binnenstruktur des Gesundheitswesens befasst, stößt schnell auf die Tatsache, dass die Politik im Laufe der vergangenen Jahre, um einen Kostendämpfungseffekt zu erzielen, die Strukturen nur wenig geändert hat, für jede der Anbietergruppen aber jeweils spezifische Regularien geschaffen hat. Die einzelnen Akteure und Bereiche (niedergelassene Allgemeinärzte und Fachärzte, Kliniken, neue und eingeführte Arzneimittel, technologische Hilfsmittel, Arzneimittelversorgung) werden über jeweils spezifische Finanzierungsregelungen einschließlich temporärer Rabattierungen gesteuert.

Dadurch verliert das System an internalisiertem Handlungsdruck, die Leistungen zu verbessern, Effektivität und Effizienz der eigenen Tätigkeit oder gar der Gesamttherapie in Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern und/oder Kostenerstatern zu steigern.

Tabelle: Gesundheitswirtschaftliche Akteure und Aktuelle Instrumente

Akteure	Instrumente
Arzneimittelindustrie	Vierte Hürde, politische Preisfestsetzungen, Festpreise, Rabatte, Ausschreibungen

Apotheker und Pharmagroßhandel	Aufschläge auf Abgabepreise (Fix und prozentual), Rabatte, Einzelverträge, Mehrbesitzverbot
Niedergelassene Ärzte	Punktwerte für Leistungsabrechnung, Geldwerte Punktverrechnung in Abhängigkeit von der Gesamtmenge der abzurechnenden Punkte
Kliniken	Fallpauschalen, Fehlende Investitionsmittel der Länder für bauliche/Ausstattungsmaßnahmen
MVZ	Verbot nichtärztlicher Trägerschaft

Obwohl große Teile des Gesundheitssystems privatwirtschaftlich organisiert sind, werden sie zu einem „quasi-planwirtschaftlichen“ Verhalten veranlasst.

Alleine im Bereich der Versicherungskonzeptionen ist unter dem Stichwort „Bürgerversicherung“ ein konzeptioneller Ansatz erkennbar, der die Diskussion in der Zukunft strukturieren wird.

Die Bürgerversicherung löst nicht das Effizienzproblem!

Das Konzept der Bürgerversicherung adressiert zwar die Frage der Gruppengerechtigkeit des aktuellen Systems, löst aber nicht die Frage, wie die Qualität, Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung oder – in Anlehnung an Porter et al. (2012) – Gesundheit der Bevölkerung gesteigert werden kann.

Für alle Fragen interner Strukturen des Versorgungsmanagements und der Versorgungssteuerung sind derzeit zwar Fragen klar erkennbar. Allerdings stehen Antworten auf diese Fragen weiterhin aus.

Antworten für das Versorgungswesen dringend gesucht!

Die von der Politik als Pilot/Modellversuch Konzepte der Integrierten Versorgung immer wieder von außen aufgezwungenen „Versuche“ des verbesserten Zusammenwirkens dienen dazu, Veränderungsbereitschaft zu signalisieren, ohne die Grundkonstitution des Gesundheitssystems verändern zu müssen.

So werden Modellversuche oder Ansätze für die Integrierte Versorgung erst mühsam aufgebaut, um dann, oftmals kurz, nachdem sie zu wirken beginnen, wieder vom Markt genommen zu werden. Die hohe Abhängigkeit der Gesundheitsakteure von politischen Vorgaben und die berechtigte Angst der Politiker, von den einzelnen Gruppen öffentlich angegriffen zu werden, wenn sie strukturelle Reformen in Angriff nehmen, bedingen sich gegenseitig. Und sie sorgen aktuell dafür, dass sich alle Akteure, und das subjektiv sogar zu Recht, mit Verweis auf mangelnde Reformbereitschaft

Echte Veränderungen statt Veränderungssimulation.

der übrigen Gruppen auf die Verteidigung der eigenen Interessen zurückziehen können.

Vielen Instrumenten fehlt echte Steuerungswirkung.

Vor dem Hintergrund nur gering ausgeprägter Konfrontationsbereitschaft werden immer wieder Instrumente entwickelt, die die eigentlich erwünschte Steuerungsleistung nicht erbringen können. Beispiel dafür ist die Praxisgebühr, die zwar zu erheblichen Mehreinnahmen führt, aber nicht in die erwünschte Richtung steuert. Ein weiteres ist die Konzeption der Zusatzbeiträge bei den Krankenversicherungen. Da das Leistungspaket der Krankenkassen sehr rigide festgeschrieben ist, hat die Einführung des Zusatzbeitrags zu einem alleine preisfixierten Kostensenkungswettbewerb geführt – mit entsprechenden Auswirkungen auf die Qualität der freiwilligen Leistungen oder der Rückführung von integrierten Versorgungskonzepten.

Selektive, unerwartete Vorstöße gegenüber einzelnen Gruppen, wie beim AMNOG gegenüber der forschenden Arzneimittelindustrie widerlegen diese Aussage nicht. Auch hier mussten über bürokratisch dirigistische Maßnahmen Regulierungen vorgenommen werden. Die Gutachter der vierten Hürde ersetzen jetzt die eigentlichen Experten der Arzneimittelverordnung, die Ärzte, die sich offensichtlich nicht in der Lage fühlen, „vernünftig“ also sachlich adäquat zu verschreiben.

Die ursprüngliche konzeptionelle Kontroverse Bürgerversicherung versus Gesundheitsprämie ist, das haben die Experten sehr wohl implizit wahrgenommen, auf dem Müllhaufen der gesundheitspolitischen Geschichte gewandert, ohne dass die damit verbundenen Fragen wie die Einbeziehung weiterer Einkommensquellen, die Entkoppelung der Beiträge von den Lohnkosten, tatsächlich gelöst wurde.

Wenn nun auch Jens Spahn (CDU) das Ende der Privaten Krankenversicherung und seine Präferenz für eine Bürgerversicherung ausruft, ist das eine Bestätigung dieser Thesen. Und ein Beleg der Volatilität gesundheitspolitischer Konzeptionen.

Integration, Vernetzung, Prävention statt Reparatur, rationaler Umgang mit Ressourcen, das sind die Schlagworte und Konzeptionen, die die Experten favorisieren.

Aber wie könnte ein Rahmen aussehen, in der diese neuen vernetzten, patientenorientierten und kosteneffizienten Prozesse realisiert werden können?. Die Rahmensetzung für diese Themen hat über die Politik zu erfolgen. Und aus einer aktuellen Rundumschau der Gesundheitspolitik lässt sich nicht erkennen, wie die Kursbestimmung durch die Politik erfolgen wird, obwohl alle Probleme und Handlungsbedarfe auf dem Tisch liegen.

Was tun?

Welche Schlussfolgerungen können einzelne Akteure im und mit dem Gesundheitswesen aus der vorliegenden Arena-Analyse ziehen?

Grundsätzlich scheint uns für alle Akteure eine Art Doppelstrategie sinnvoll. Es geht darum, auf der einen Seite vorsichtig und „auf Sicht“ zu agieren. Denn auch kleine, noch in der aktuellen Legislaturperiode durchgeführte Reformen können zu großen Verwerfungen führen.

Daneben scheint es aber sinnvoll, den Blick weit voraus zu richten und eine Sensibilität für ein stärker systemisches Agieren des Gesundheitswesens zu entwickeln. Der Bedarf an größeren Justierungen scheint uns aus den Äußerungen der Experten evident. Der Druck auf das System über die Trias von Demographie, Technologie und Patientensouveränität wird weiter zunehmen. Der Bestand des gesundheitspolitischen Ideenbaukastens, wie er vor allem durch den Sachverständigenrat vorgehalten wird, ist weitgehend aufgebraucht, ohne dass die Politik bisher neue Ideen angefordert hat. Wir möchten in diesem Zusammenhang auf den Gesundheitsfonds verweisen, der mit großer Energie eingeführt, derzeit weitgehend sinnentleert seiner Aufgabe harret.

Daraus leiten wir für alle beteiligten Gruppen die Notwendigkeit ab, über die aktuelle Interessenslage hinaus zu denken und proaktiv zu debattieren und zu konzeptionieren. Wir halten eine Perspektiventwicklung „von unten“, aus den Reihen der Akteure, für sinnvoll und überfällig, um nicht durch eine „Bewirtschaftung von oben“ in ein immer enger werdendes Zwangskorsett dirigistischer Maßnahmen gesteckt zu werden.

Die Ära der gesundheitspolitischen Großakteure, neben Horst Seehofer vor allen voran Ulla Schmidt, geht zu Ende. Mit Frau Schmidt verliert die Gesundheitspolitik eine Langzeitkonstante. In einer neunjährigen Amtszeit, der längsten einer Gesundheitsministerin überhaupt, ist es ihr gelungen, der Gesundheitspolitik einen unverwechselbaren Stempel aufzudrücken. In der jetzt angebrochenen Post-Schmidt Ära suchen die gesundheitspolitischen Akteure nach neuen, berechenbaren Orientierungen. In der Gesundheitspolitik sind eine ganze Reihe junger, und in allen Fraktionen unideologisch denkender Experten herangewachsen. Noch ist nicht geklärt, welche Prioritäten diese künftig verfolgen werden. Diese in den Dialog einzubeziehen und mit ihnen neue Formen eines flexiblen und anpassungsfähigen Gesundheitsmanagements zu entwickeln, scheint uns überfällig.

**Fahren auf Sicht als Folge des
Entscheidungsвакуums.**

**Wo sind die neuen Macher der
Gesundheitspolitik?**

Wir sind uns bewusst, mit dieser These weit über das üblicherweise im Gesundheitssystem Gedachte hinaus zu gehen. Vor dem Hintergrund der existenziellen Bedeutung eines funktionierenden Gesundheitssystems für jeden Einzelnen und des Stellenwertes der Gesundheitswirtschaft für die Volkswirtschaft insgesamt scheint uns eine Neujustierung notwendig. Sie setzt auf systemische Lösungen, sich anpassende Angebotsstrukturen, die Kooperation aller Akteure und ein ergebnisorientiertes Kostenmanagement.

Mehr Klarheit und weniger Taktik gefragt.

Es darf gedacht, debattiert, verworfen und neu zusammengesetzt werden! Voraussetzung für eine erfolgreiche Reorganisation des Gesundheitswesens wird aber sein, dass jede der Interessengruppen nicht nur Forderungen an andere Gruppen stellt, sondern auch selbst bereit ist, Verantwortung und Führung (Governance) für den eigenen Bereich zu entwickeln.

GEÖFFNETE SYSTEMGRENZEN UND DIE SUCHE NACH DER BESTEN LÖSUNG FÜHREN ZU NEUEN UND BESSEREN ERGEBNISSEN.



Dass es darum nicht sehr gut bestellt ist, zeigen die Vorgänge um das AMNOG und die Verwerfungen innerhalb der Arzneimittelhersteller ebenso wie die faktische Wiederabschaltung der MVZ durch die ärztlichen Interessensvertreter. Auch die Rigidität der Arzneimittelversorgung durch inhabergeführte Apotheken scheint uns weniger sachlich geboten als denn über entsprechenden Einfluss der entsprechenden Interessensvertreter auf die Politik hergestellt zu sein.

Anhang: Die Befragten

Wir danken den Expertinnen und Experten aus Politik, Wissenschaft, Wirtschaft und Justiz für ihre Teilnahme und die hohe Qualität der ausführlichen und engagierten Beiträge.

Prof. Dr. Volker Amelung (Medizinische Hochschule Hannover, Bundesverband Managed Care e.V.)
 MdB Birgitt Bender (Deutscher Bundestag)
 Dr. Jörg Blattmann (Vorsitzender der Geschäftsführung der Johanniter GmbH)
 Thomas Bodmer (Vorstand DAK-Gesundheit)
 Jan Carels (Geschäftsführer Politik und Unternehmensentwicklung im AOK-Bundesverband)
 Dr. Stefan Etgeton (Senior Expert Bertelsmann Stiftung)
 Henning Fahrenkamp (Hauptgeschäftsführer Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.)
 Hedwig François-Kettner (Pflegedirektorin Charité Berlin)
 Dr. Peter Froese (Vorsitzender des Apothekerverbands Schleswig-Holstein e.V.)
 Dr. Peter Gausmann (Geschäftsführer der Gesellschaft für Risikoberatung mbH)
 Jürgen Gneiting (Präsident des Arbeitsgerichts Stuttgart)
 Dr. Markus Homann (Leiter Gesundheitsmanagement Central Krankenversicherung AG)
 Dr. Günther Jonitz (Präsident der Ärztekammer Berlin)
 Dr. Wolfgang Klietzsch (Ärztekammer Nordrhein)
 Christian Molt (Vorstand Allianz Private Krankenversicherungs-AG)
 Hardy Müller M.A. WINEG (Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen)
 Dr. Wolfgang Niedermaier (Präsident Corden Pharma Group)
 Ruth Rumke (Barmer GEK Berlin)
 MdB Ulla Schmidt (Deutscher Bundestag, Bundesministerin a.D.)
 Fritz Schroeder-Senker (Staff Officer Public Affairs Europe Mars Deutschland)
 Andreas Tecklenburg (Vize-Präsident Medizinische Hochschule Hannover)
 Stefan Thömmes (trans-o-flex Schnell Lieferdienst GmbH & Co. KG)
 Thomas Trümper (Vorstandsvorsitzender Andreae-Noris Zahn AG)
 Barbara Wais (Geschäftsführerin Dachverband Anthroposophische Medizin in Deutschland e.V.)

Notizen

Die Autoren

Nikolaus Huss, Partner KovarHuss GmbH, wünscht sich ein Gesundheitssystem im Real-Time-Modus. Generell interessiert an mehr Effektivität und Effizienz in der Politik. Studium der Pädagogik und Soziologie. Parteimanager, Geschäftsführung in national und international führenden Agenturen. Beirat der Zeitschrift für Politikberatung, Beirat Deutsche Umweltstiftung, Berater AMREF Flying Doctors, Blogger.
nh@kovarhuss.de

Andreas Kovar, Partner KovarHuss GmbH, plädiert dafür, Politik als Verhandlungsprozess zu begreifen. Das erfordert Ziele, Klarheit über Ressourcen, Spielräume und Möglichkeiten. Langjähriger Parlamentsberater für Wirtschaftspolitik, Umwelt und Infrastruktur in Wien und Brüssel. Erfolgreich seit über zehn Jahren mit der führenden Public Affairs Beratung Kovar & Köppl, Wien. Mitarbeit in verschiedenen Kommissionen und Gremien.
ak@kovarhuss.de

Dr. Nikolaus Schumacher, Partner PriceWaterhouseCoopers Deutschland AG, verfügt über umfassende und langjährige Erfahrungen im deutschen Gesundheitswesen und steht im regelmäßigen Austausch mit Entscheidungsträgern von Kostenträgern, Leistungserbringern, Pharmaindustrie und -herstellern sowie der Politik. Neben anderen Aktivitäten ist er Gründungsmitglied des Bundesverbands Managed Care e.V. und Kurator der größten NGO im Bereich Healthcare in Afrika (AMREF)

Unter Mitarbeit von: **Beatrix von Dahlen**, PricewaterhouseCoopers AG

KovarHuss GmbH
Unter den Linden 21 | 10117 Berlin
T: +49 (30) 767 7183 - 0
F: +49 (30) 767 7183 - 8
E-Mail: office@kovarhuss.de
www.kovarhuss.de

KovarHuss ist ein Unternehmen der
Public Affairs Alliance
WIEN – BERLIN – BRÜSSEL – ZÜRICH
www.pa-alliance.com