

# HANDLE WITH CARE

**Vorsicht** zerbrechlich, das deutsche **Ge-**  
**sundheitssystem**. Guter Rat ist **teuer**,  
wenn die Gesellschaft vor **Umbrüchen**  
steht. **Hinsehen**, was schiefläuft. Dar-  
über **reden**, wie es anders sein könnte.  
Bevor es **zu spät** ist. Viele **Fragen**. Einige  
**Antworten**.

ORDNUNGSPOLITISCHE ÜBERLEGUNGEN  
ZUM GESUNDHEITSWESEN  
Reader Gesundheitspolitik 01/2014  
15.10.2014

# Handle with Care

ORDNUNGSPOLITISCHE ÜBERLEGUNGEN ZUM GESUNDHEITSWESEN

Herausgegeben von:

Nikolaus Huss  
Andreas Kovar  
Nikolaus Schumacher

Vorab-Exemplar, nur zum persönlichen Gebrauch

Stand: 15.10.2014

Kontakt:

Nikolaus Huss  
Managing Partner  
KovarHuss GmbH Policy Advisors  
Unter den Linden 21, 10117 Berlin, Deutschland  
T: +49 (30) 767 7183-3, F: +49 (30) 767 7183-8, M: +49 (157) 7 1944 544  
[nh@kovarhuss.de](mailto:nh@kovarhuss.de)  
[www.kovarhuss.de](http://www.kovarhuss.de)

## INHALT

ZUM THEMA.....	4
Danksagung.....	7
ZUR GLIEDERUNG .....	8
<b>BEOBACHTUNGEN</b> .....	9
WAS VOM WESTEN ÜBRIG BLEIBT. DIE GESUNDHEITSPOLITIK IN DEN KOALITIONSVERHANDLUNGEN.....	10
POLITIK BRAUCHT FÜHRUNG. GESUNDHEITSPOLITIK AUCH.....	11
EINE BITTE AN HERRN GRÖHE: JETZT ABER HALTUNG ZEIGEN!.....	12
WARTEN. UND DER ARZT KOMMT NICHT. ....	13
DER FREIBERUFLICHE, NIEDERGELASSENE ARZT IST TOT!.....	14
DER SO ANGELEGTE PFLEGETÜV IST EIN VERBRECHEN WIDER DIE MENSCHLICHKEIT. WER HAT DAS VERBROCHEN?.....	15
WARUM WISSENSCHAFT NICHT IMMER DER WAHRHEITSFINDUNG, SONDERN OFTMALS NUR ERGEBNISLOSER UMSATZGENERIERUNG DIENST. ....	17
INNOVATION IST DAS EINE, DER HAUPTSTADTKONGRESS DAS ANDERE. ....	19
ALLE ZAHLEN, NIEMAND WEISS, WOFÜR. GRÜSSE VOM DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESEN .....	22
THINK TWICE. ZEHN JAHRE GBA. ....	24
EUROPÄISCHES MACHTWORT. AUSGERECHNET IM PHARMABEREICH.....	27
MEHR WISSEN. UM NICHTS TUN ZU MÜSSEN. UNSER GESUNDHEITSWESEN. ....	31
OBAMACARE. UND UNSERE KLAGEN ÜBER UNSER GESUNDHEITSSYSTEM.....	33

<b>KONZEPTIONELLE ÜBERLEGUNGEN</b> .....	35
STATT ALTERNATIVLOSEM WEITER SO. EINE LEITBILDDEBATTE FÜR DAS DEUTSCHE GESUNDHEITSWESEN .....	36
BÜRGERVERSICHERUNG, KANN MAN MACHEN. ABER WAS BRINGT'S?.....	40
WIE WIRKLICH IST DIE GESUNDHEITSPOLITISCHE WIRKLICHKEIT? .....	45
NEUES VOM BUNDESILLUSIONSFONDS.....	47
SKLEROSE. WARUM ES IN DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT KEINE DISRUPTIVE INNOVATION GEBEN KANN. ....	51
ÜBER DEN PREIS VON MEDIKAMENTEN .....	54
INTELLIGENTES MARKTREGIME. DAS REICHT! ENERGIEPOLITIK, GESUNDHEITSPOLITIK. UND DIE FRAGE, WAS HILFT.....	59
MEHR GESUNDHEITSMANAGEMENT, WENIGER POLITIK, .....	62
QUALITÄTSWETTBEWERB, ABER KEIN MARKT. WIE SICH GESUNDHEITSPOLITIKER IN DIE TASCHE LÜGEN.....	64
EUGEN MÜNCH/STEFAN SCHEYTT: NETZWERKMEDIZIN. EIN UNTERNEHMERISCHES KONZEPT FÜR DIE ALTERSDOMINIERTEN GESUNDHEITSVERSORGUNG. 2014 .....	70
EUGEN MÜNCH, ENTGEGEN DEM MEDIAL ERZEUGTEN LÄRM EINER DER WENIGEN VISIONÄRE DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT.....	77
JENS BAAS, CHEF DER TECHNIKER KRANKENKASSE, WILL MEHR WETTBEWERB ZWISCHEN DEN KASSEN. EIN ÜBERBLICK IN STICHWORTEN.....	82
DAS BESSERE WIRD AM PATIENTEN ENTSCIEDEN. WIE MAN TATSÄCHLICH BESSER BEHANDELN WÜRDEN.....	83
GESUNDHEIT NEU GEDACHT. FRAGEN AN EINE WETTBEWERBLICHE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT .....	85
ÜBER UNS.....	89

## ZUM THEMA

“Handle with Care” ist der Titel dieses Readers zum Gesundheitswesen, den wir hiermit vorlegen möchten.

“Handle with Care” bedeutet, der Ware Gesundheit, die wir hier im Kopf hin und her bewegen, mit Respekt zu begegnen und sie vorsichtig zu behandeln.

Die Ware Gesundheit?

Die hier zusammengetragenen Texte sind im Laufe dreier Jahre entstanden. Seit über fünf Jahren kommentiert Nikolaus Huss in seinem Blog “Nikolaus Frühstücksfernsehen” politische Vorgänge, unregelmäßig, unsystematisch, aus der morgendlichen Tageszeitungslektüre heraus. Die aus konkreten Zusammenhängen entsprungenen Kommentare haben wir durch erste konzeptionelle Skizzen ergänzt und in diesem Reader zusammengefasst.

Vor drei Jahren haben wir die Arena-Analyse "Out of the Box" der Öffentlichkeit vorgestellt. Wir, das sind Nikolaus Schumacher, damals noch Verantwortlicher für den Gesundheitsbereich bei PwC, inzwischen Gesundheitsunternehmer und die beiden Partner von KovarHuss Policy Advisors, Andreas Kovar und Nikolaus Huss. Für uns war diese Befragung von Experten aus der Mitte und dem Rande des Gesundheitsbereichs ein weiterer Meilenstein im Vorhaben, sich durch den Erklärungs- und Legitimationsdschungel des Gesundheitswesens einen Weg zu schlagen.

Es war Anlass für uns, sich das Ganze noch einmal anders anzusehen. Anders, das bedeutet, mit den kritischen Augen dreier Unternehmens- und Politikberater.

### **Gesundheit kann man nicht den Märkten überlassen! Wem dann?**

Das Gesundheitswesen ist das gesellschaftliche Themenfeld, in der es die Politik in der Hand hat, die Spielregeln so zu definieren, dass alle gesundheitspolitischen Akteure “nach ihrer Pfeife tanzen”. Nicht einmal die Europäische Union, Standardeinwand aller binnendeutschen politischen Diskussionen, kann hier intervenieren.

Das Gesundheitswesen ist eines der Großlabore gesellschaftlich verantworteter Planung. Jeder 10. bundesdeutsche Arbeitsplatz befindet sich mittlerweile im Gesundheitswesen, 10 % des Bruttoinlandsproduktes werden hier erwirtschaftet, mit wachsender Tendenz, weil der demographische Wandel absehen lässt, dass weitere Anteile unserer Volkswirtschaft zur Erhaltung oder Wiederherstellung unserer Gesundheit erschlossen werden müssen.

Wir alle kennen das gesundheitspolitische Bekenntnis, dass Gesundheit keine Ware sein darf. Weil es etwas Besonderes sei, weil man es vor den Unbilden, der Härte brachialen Profitstrebens, dem Neoliberalismus schützen muss. Und vor diesem Hintergrund wird die gesundheitspolitische Diskussion mit wohlmeinenden Begriffen überschwemmt. Da ist von einer Bürgerversicherung die Rede, die, so suggeriert das der Begriff, zur Zufriedenheit aller Bürgerinnen und Bürger führen würde.

Da wird, wir wollen nicht parteiisch sein, von einem Dualen System der Gesundheitsversicherung geredet, wo die Dualität doch nur aus den kleiner werdenden Restbeständen einer PKV besteht, in die Beamte und Angestellte des öffentlichen Dienstes gezwungen werden und in die junge Erwachsene mit niedrigen

Einstiegsbeiträgen in eine lebenslange Liaison gelockt werden, aus denen es später kein Entrinnen mehr gibt. Eine freiheitliche Alternative sieht anders aus.

Und in das Halleluja des Dualen Systems stimmt auch eine Ärzteschaft ein, die vor allem an ihrem Einkommensmodell festhalten möchte, weil sie sich vor einschneidenden Veränderungen, und zwar mit Recht, fürchtet.

Die Folge: Das politisch verantwortete System akzeptiert, dass PKV-Versicherten überhöhte Rechnungen ausgestellt und überflüssige Leistung verordnet werden, um die Mindereinnahmen, die im GKV-System erwirtschaftet werden, zu kompensieren.

*Doch darüber spricht man nicht.*

Gesundheit darf keine Ware sein, so lautet das parteienübergreifende politische Mantra. Weil bei diesen Risiken und Nebenwirkungen auch kein Arzt oder Apotheker mehr helfen könnte. Ein bisschen, man erlaube den Vergleich, wirkt das wie der Ruf "Haltet den Dieb", um von der eigenen Ideen- und Mutlosigkeit abzulenken.

### **Wer produziert eigentlich Gesundheit? Und wer nur heiße Luft?**

Dem möchten wir ein "Handle with Care" entgegenhalten. Gesundheit ist ein hohes Gut. Nur haben wir inzwischen den Überblick darüber verloren, warum es eigentlich immer noch in so hoher Qualität zustande kommt. Es ist ein Gut, über das unzählige Experten urteilen, Rankings erstellen, Forschungsmittel akquirieren, Lehrstühle geschaffen werden und ein ganzes neues Forschungsgebiet, die Versorgungsforschung, etabliert wurde. Aber noch mehr Gutachten, mehr Expertise über das Gesundheitssystem, mehr Herrschaftswissen, so unsere These, nutzt nichts.

It's the people, stupid, möchte man ausrufen. Und dafür sei all denen, die sich als Ärzte, Apotheker, Pfleger, Hebammen, Therapeuten für die Gesundheit ihrer Patienten engagieren, auch einmal Dank ausgesprochen. Es ist ihrer großen Leidenschaft geschuldet, mit der sie die vielen Unzulänglichkeiten im System kompensieren. Und mit der sie das Gerede über ihre Arbeit ertragen.

Die gesundheitspolitische Diskussion, so die hier vertretene These, hat sich in weiten Teilen von der gesundheitswirtschaftlichen Realität gelöst. Was auf politischer Ebene als Qualität diskutiert wird, kommt regelmäßig als Bürokratie in der Praxis an. Eine ernsthafte Diskussion über diese Schiefelage gibt es nicht.

Als Buhmann dient in regelmäßigen Abständen die Pharma-Industrie, auf die, inzwischen völlig unabhängig von der politischen Orientierung, eingeschlagen wird. Und drinnen herrscht Burgfrieden.

Drinnen? Das ist an den Konsentischen des G-BA, des gemeinsamen Bundesausschusses und der ihm zuarbeitenden Institutionen, dem neugegründeten Qualitätsinstitut, dem IQWiG und den am Tisch sitzenden Interessengruppen, Ärzten, Krankenhäuser und Krankenversicherungen.

Wenn wir hier bewusst die Rolle des G-BA hinterfragen, machen wir das nicht, um die hehren Absichten, die hinter seiner Gründung steckten, in Zweifel zu ziehen. Wir möchten auch nicht die Ernsthaftigkeit, die persönliche Integrität der beteiligten Personen, bestreiten. Wenn manche der hier vorgelegten Formulierungen schärfer sind

als man es in gesundheitspolitischen Debatten gewohnt ist, dann deshalb, weil wir uns fühlen wie die einsamen Rufer in der Wüste, die fürchten, nicht gehört zu werden.

Wir haben, Stand September 2014, den besten sozialdemokratischen Gesundheitsminister, den wir jemals hatten, Herrn Gröhe von der CDU. Er ist fleißig, er ist geräuschlos, er ist unbestechlich. Und er arbeitet eine inzwischen alternativlose gesundheitspolitische Agenda ab. Sie lautet: Gesundheit ist ein gesellschaftliches Gut, darüber darf nur politisch entschieden werden.

Eine echte gesundheitspolitische Diskussion muss berücksichtigen, was auf uns zukommt: Demographische Veränderungen, medizinisch-technischer Fortschritt und die wachsenden und zunehmend heterogenen Ansprüche der Bürgerinnen und Bürger (die ja auch Verbraucher sind) setzen das starre und abgeschottet arbeitende Gesundheitswesen immer stärker unter Druck. Wenn wir nicht beginnen, über verantwortliche Leitplanken für das Gesundheitswesen nachzudenken, und den Akteuren mehr Spielraum einzuräumen, kann es ein bitteres Erwachen geben. Hier ist die Politik gefragt (und wir sagen gleich: sexy wird das nicht). Wir brauchen Regeln, die es den Akteuren wieder erlauben, das Wohlergehen ihrer Kunden und Patienten in den Fokus zu nehmen und nicht wie das Kaninchen vor der Schlange der nächsten gesundheitspolitischen Reform zu hocken, alternativ dazu lautstark den Untergang des Abendlandes zu beschwören, um damit weitere honorartechnische Feldzüge legitimieren zu können oder klammheimlich die neuen Gesetze und Verordnungen nach ihren Lücken zu durchforsten, um sie zu ihren Gunsten (und gegen die Intuition ihrer Urheber) zu interpretieren.

Der hier vorgelegte Reader ist blitzlichhaft, schlagwortartig und manchmal provokativ, immer mit dem Ziel, einen anderen Blickwinkel zu entwickeln. Falls sich Personen oder Gruppen fälschlicherweise und zu Unrecht in ein falsches Licht gerückt sehen, bitten wir um Nachsicht. "Handle with Care" ist eine lautstarke Aufforderung, hinzusehen und darüber zu reden, was man sieht.

"Handle with Care" bedeutet nicht, jeden Schritt erst nach langer und konsensueller Diskussion zu tun. Manchmal ist entschiedenes Eingreifen notwendig. Und wenn der Träger, dem wir unsere Ware anvertraut haben, außer Tritt kommt, ist schnelles Handeln gefragt.

Aus unserer Sicht ist Denken Probehandeln, mehr nicht. Wir möchten, dass das Wissen und die Erfahrung der im Gesundheitssystem arbeitenden ebenso zum Tragen kommt wie die Gedanken derer, die sich nicht länger in alten Kulissen bewegen wollen. Wir wollen die Scheinkulisse "Neoliberalismus" versus "politisch verantwortetes Gemeinwohl" abräumen, um besser sehen zu können.

## **Was wäre, wenn?**

Wir möchten Sie auffordern, mit darüber nachzudenken, wie wir unser Gesundheitssystem so öffnen können, dass die Institutionen des Gesundheitswesens fähig werden, Verantwortung für bessere Leistungen zu übernehmen (und nicht nur darüber zu reden oder für Modellprojekte Geld zu kassieren), dass sie mutig genug werden, sich den notwendigen (und dauerhaften) Veränderungen zu stellen, dass sie genügend Phantasie entwickeln, um neue Erkenntnisse zu nutzen und aus eigenem Antrieb neue Produkte anzubieten (und nicht erst, wenn ein neuer Honorarschlüssel

verabschiedet wird). Und dass sie hinreichend Ressourcen erwirtschaften können, um die notwendigen Veränderungen selbst in Angriff nehmen zu können und Investitionen aus Eigenmitteln zu stemmen.

Es ist ein marktwirtschaftlich intendierter Blick, mit dem wir auf das Gesundheitssystem von heute blicken wollen. Auch beim Transport zerbrechlicher Güter ist es ja besser, diese kräftigen Trägern anzuvertrauen als richtig gesinnten, ungeübten, aber praxisfernen Bewegungstheoretikern. Es hilft auch nichts, die Träger mit dauernden Ermahnungen, Hinweisen und Erkenntnissen der Wissenschaft über die Komplexität des Laufens zu behelligen.

In diesem Sinne wollen wir zu einer besseren Alltagspraxis beitragen, zu weniger Kongressen, auf denen über das Gesundheitssystem geredet und nichts entschieden wird. Wir wollen, dass die Debatten wieder von den Erfahrungen derer, die dort arbeiten, gespeist werden. Und dass sie die Spielräume erhalten, es besser zu machen.

*OPEN YOUR EYES!*

Berlin-München-Wien, im Oktober 2014.

Nikolaus Huss  
Andreas Kovar  
Nikolaus Schumacher

## **DANKSAGUNG**

Der vorliegende Reader wäre nie entstanden ohne den Austausch und die offenen Ohren, auf die unsere Überlegungen immer wieder gestoßen sind, auch wenn von den hier genannten Personen nicht alle Gedanken geteilt werden.

Besonderer Dank gilt zuallererst unseren Kunden, die die Offenheit unserer Gedanken geteilt, akzeptiert oder zumindest toleriert haben, sowie vor allem folgenden Personen:

Dr. Boris Augurzky, RWI  
Peter Froese, Apothekerverband Schleswig Holstein-Hamburg  
Hedwig Francois-Kettner, Aktionsbündnis Patientensicherheit  
Dr. Peter Gausmann, GRB Gesellschaft für Risikoberatung  
Claus-Dieter Gorr, PremiumCircle Deutschland GmbH  
Prof. Justus Haucap, Universität Düsseldorf  
Helmut Hildebrandt, Das gesunde Kinzigtal  
Dr. Günther Jonitz, Vorsitzender der Berliner Ärztekammer  
Eugen Münch, Rhön-Kliniken  
Prof Franz Porzsolt, Universität Ulm

und Graziella Raimondo für die Mühe des Korrekturlesens.



## ZUR GLIEDERUNG

Der Reader setzt sich **aus zwei Teilen** zusammen. In einem ersten Teil, **Beobachtungen**, werden Beobachtungen und (Medien)Berichte aufgespießt, die im laufenden Betrieb auffällig wurden.

Im zweiten Teil, den Konzeptionellen Überlegungen, werden erste Überlegungen für ein gesellschaftlich verantwortliches, marktwirtschaftlich offenes Gesundheitssystem skizziert.

## **BEOBACHTUNGEN**

## **WAS VOM WESTEN ÜBRIG BLEIBT. DIE GESUNDHEITSPOLITIK IN DEN KOALITIONSVERHANDLUNGEN.**

Wenn es unseren großen Kümmerer Politik nicht gäbe. Jetzt kümmert er sich also auch darum, ob Patienten innerhalb vier Wochen einen Termin beim Arzt erhalten. Da kann man ja gleich einen NHS einführen. Großbritanniens National Health Service ist der weltweit größte Arbeitgeber und ein zumindest zarter Hinweis darauf, dass die Entscheidung, Marktwirtschaft oder Sozialismus im Mutterland des Manchesterkapitalismus mit einem kräftigen Jein zu beantworten ist.

Jetzt wollen die deutschen Gesundheitspolitiker also wieder zwei neue Institutionen einführen, den nationalen Lotsenservice und eine neue Institution, die die Qualität von Kliniken abprüft.

Man kann das auch anders sehen: Anstatt die Patienten zu ermächtigen, Entscheidungen zu treffen, werden neue bürokratische Institutionen konzipiert, die, "streng evidenzbasiert" sagen, welche Klinik gut ist und welche schlecht.

Geld, das man in Kliniken dringend brauchen würde, wird also abgezweigt für neue, nachgelagerte Tätigkeiten.

Man kann es auch so sehen: Dumm ist im Gesundheitswesen der- und diejenige, die direkt am Patienten arbeiten. Intelligent sind die, die arbeiten lassen. Die messen, gewichten, beurteilen, schlaue daherreden, bevorzugt wissenschaftlich qualifiziert. Unser Gesundheitswesen braucht aber nicht immer neue Institutionen, die eingreifen. Es benötigt Rahmensetzungen und Weichenstellungen, damit diejenigen, die Gesundheit erhalten oder wieder herstellen wollen, in Ruhe und qualifiziert arbeiten können.

8.11.2013

## **POLITIK BRAUCHT FÜHRUNG. GESUNDHEITSPOLITIK AUCH.**

Heute Morgen hatte ich mich noch gewundert, warum eigentlich Gesundheitsminister Bahr jetzt was gegen den Spitzenverband der Krankenkassen sagt. Gab es eigentlich keinen Grund zu.

Postwendend die Erklärung: Der Spitzenverband spricht sich dafür aus, auch den Apothekenmarkt dem Wettbewerb der Anbieter auszusetzen. Sprich, die Apothekenkette winkt wieder.

Ein Schelm, wer sofort denkt, die Partei des freien Wettbewerbs, die FDP, möchte den Wettbewerb fördern. Oder weiterhin auf homöopathischem Niveau simulieren. Überhaupt ist auffällig, dass es eine Scheinblüte der Lobbypapiere gibt, kurz vor der Wahl. So ist es, wenn Politik keine Vorgaben macht: Ist die Katze aus dem Haus, tanzen die Mäuse auf dem Tisch.

25.7.2013

## **EINE BITTE AN HERRN GRÖHE: JETZT ABER HALTUNG ZEIGEN!**

Die elektronische Gesundheitskarte ist eine never ending Story. Eine Milliarde hat das Projekt schon verschlungen, bisher kann die Karte noch nichts, es gibt mit der GEMATIK eine Firma, die das ganze organisieren soll, da sitzen die Bremser aber, als Gesellschafter verkleidet, im Führerstand. Und immer wieder wird von Datenschutz geredet, obwohl selbst Thilo Weichert, der Datenschützer aus dem fernen Kiel, der schon Microsoft und Facebook das Fürchten, der Karte Datensicherheit bescheinigt.

Nur die Unwilligkeit der Ärzteschaft blockiert das Ganze.

Unser Gesundheitsminister Gröhe, der sich in seinem Handeln von unserer Kanzlerin inspirieren lässt (Top Performance in der geräuschlosen Umsetzung des "Weiter So") hätte jetzt eine einmalige Chance. Ich bin mir sicher, auch Spahn und Lauterbach wären bei den Sitzungswochenmontäglichen Küchenkabinettsgesprächen Feuer und Flamme.

Sollen sie mal zuschlagen und ein Gesetz machen, das den Ärzten zeigt, wo der Hammer hängt. Bitte! Es gibt keine anhängigen wichtigen Wahlen. Man könnte das per Verordnung so machen, dass jeder, der sich weigert, über Karte abzurechnen, einfach einen 15% Abschlag erhält. Da könnte Politik mal zeigen, dass sie Mut hat. Da könnte sie zeigen, dass sie es nicht akzeptiert, dass eine Milliarde EURO einfach so verballert werden. Wie so vieles im Gesundheitswesen.

Ich setze auf Sie, Herr Gröhe!

20.6.2014

## **WARTEN. UND DER ARZT KOMMT NICHT.**

Das Thema Wartezeiten steht auf der politischen Tagesordnung von Herrn Gröhe. Zurecht, wie jetzt die FAS gezeigt hat. Rund 40 Prozent der Ärzte konnte keinen oder erst einen Termin in mehr als vier Wochen vergeben. Skandal!

Und was macht die kassenärztliche Vereinigung? Dementiert, weil sie sich in Umfragen andere Zahlen hingebogen hat.

Warum sollte die FAS lügen?

Wenn Herr Gröhe jetzt vereinbarungsgemäß den Druck steigert, damit die Kassenärztliche Vereinigung die Koordination übernimmt, einen Arzt zu finden, dann ist das wie eine Krücke, mit der ein Gehbehinderter laufen lernen soll. Das Problem ist aber, dass der Knöchel noch nicht operiert ist, so dass er an dieser Krücke ewig laufen muss.

Wem das zu kompliziert ist, dem sei einfach gesagt: Natürlich, so führt in der heutigen FAS einer aus, müsse der Arzt Geld verdienen und weil er von 15 Euro Monatspauschale nicht leben kann, muss er Botox spritzen etc. etc. um Geld zu verdienen.

So kann man es sehen. Man kann es aber auch so sehen, dass die niedergelassene Arztpraxis längst eine alte, aufgelassene Idee ist. Der Arzt kann sich nicht fortbilden, weil die Patienten warten, teure, Apparate dann unausgelastet herumstehen und Fehlbehandlungen die Folge sind, weil man den Patienten halten will anstatt den Kollegen zu fragen.

15.6.2014

## **DER FREIBERUFLICHE, NIEDERGELASSENE ARZT IST TOT!**

Wann begreifen die Ärzte das eigentlich. Sie ballen sich in den Zentren und fehlen auf dem Land. Was wir brauchen, sind konkurrierende Einheiten, Klinikkonzerne, Steuerungsorganisationen, die Behandlungen organisieren können, Verantwortung übernehmen, Prozesse administrieren können. Und dann weg mit dem ganzen Selbstverwaltungskampf. Das hält Ärzte nur vom Arbeiten ab und die kleinteiligen Regelungen erinnern doch sehr an das Charlie Chaplin Bild "Moderne Zeiten".

Bessere Ergebnisse und bessere Leistungen im Gesundheitswesen wird es nur geben, wenn die Politik einen Rahmen für Wettbewerb setzt und dann ein dauerhafter Wettbewerb um bessere Leistungen stattfindet. Weg mit all den kleinteiligen Honorarregelungen, das stranguliert alle.

Aber wer sich auf den zahlreichen Kongressen des Gesundheitswesens umsieht, muss verduzt feststellen: Darüber spricht man nicht. Man schlägt sich auf die Schulter (das große Schulterklopfen auf dem Hauptstadtkongress steht kurz bevor, wobei Auguren melden, das Interesse an dieser inzwischen selbstgefälligen Veranstaltung lasse nach) oder gibt sich resigniert und larmoyant.

So, wie geht's weiter? Die Ärzte jedenfalls wissen es nicht. Die wollen nur eines: Mehr Honorar. Die Gewerkschaften übrigens sind da schon weiter.

15.6.2014

## **DER SO ANGELEGTE PFLEGETÜV IST EIN VERBRECHEN WIDER DIE MENSCHLICHKEIT. WER HAT DAS VERBROCHEN?**

Und wenn wir schon beim moralisch unhaltbaren Zustand des Gesundheitswesens sind, können wir beim Pflege-TÜV gleich weiter machen. Der Pflege-TÜV, das ist die institutionalisierte Verantwortungslosigkeit. Mit dieser Logik, dass Schreibtischtäter keine Verantwortung übernehmen, hat Deutschland auch schon ganz andere Sachen gemacht.

Eine Analogie der Systemlogik, wohlgemerkt, ich unterstelle niemanden, dass er das bewußt macht. Aber hier liegt der Skandal doch in der Routine. Warum beschäftigt sich Politik nicht mit diesem offen unethischen Verhalten? Und zwar nicht in dieser bescheuerten, wie du mir, so ich dir Logik der Parteipolitik, sondern in der Ursachenforschung? Parteiübergreifend! Warum gibt es keinen Aufschrei der gut geführten Häuser gegen ihre unethische Konkurrenz? Warum dürfen alle so weiter machen?

Weil niemand Verantwortung übernehmen will, weil niemand Risiken eingehen will, weil die Rollenroutine alles, Verantwortung nichts ist. Weil diese Gesellschaft sich gerne sanft bettet, konfliktfrei.

“Frage nicht, was dein Land für dich tun kann, frage, was Du für dein Land tun kannst”, dieser Satz von Kennedy bringt den Konflikt gut auf den Punkt, auch wenn er selber nicht danach gehandelt hat.

Und nochmal die Süddeutsche:

*Süddeutsche, Titelseite, 14.08.2013*

*Seniorenheime. Pflege-TÜV wird verschärft*

*Von Nina von Hardenberg*

*München – Die knapp 15 000 Heime und Pflegedienste in Deutschland sollen künftig strenger benotet werden. Darauf haben sich Pflegekassen und Heimbetreiber in einem Schiedsverfahren geeinigt. Demnach soll es für Heime künftig schwerer werden, die Bestnote “sehr gut” zu erreichen. Ein “mangelhaft” soll dafür schneller vergeben werden.*

*Die 2009 eingeführten Heimprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen gelten seit Längerem als wenig aussagekräftig, weil immer mehr Heime mit einer Bestnote abschneiden. So lag der Schnitt aller stationären Heime bundesweit zuletzt bei 1,2. Heimbetreibern und Kassen war es aber jahrelang nicht gelungen, sich auf eine Veränderung der Prüfungen zu verständigen. Erst der Schiedsprozess brachte im Juni eine Einigung. Nachdem nun die Widerspruchsfrist abgelaufen ist, steht eine offizielle Veröffentlichung der neuen Regeln für den sogenannten Pflege-TÜV bevor.*

*Die neuen Regeln sollen von 2014 an gelten. Sie verbessern den Pflege-TÜV aber nur in einigen Details. So wird es für Heime schwieriger, eine glatte Eins zu bekommen. Die*



*Note sehr gut gibt es nach Angaben aus der Branche nur noch, wenn 93 Prozent der Anforderungen erfüllt sind. Bislang hatten dafür 78 Prozent gereicht. Nach wie vor prüft der Test aber vor allem die Dokumentation. Heime können sich also verbessern, wenn sie ihre Pflege-Konzepte anpassen. Dies gilt als ein Grund, warum viele Heime so gut abschneiden.*

*Aussagekräftiger werden die medizinischen Untersuchungen der Bewohner. Kontrollierten die Prüfer bislang 15 zufällig ausgewählte Menschen, so müssen künftig immer drei schwer pflegebedürftige dabei sein. Allerdings wird sich das Ergebnis dieser Untersuchungen – anders als von den Kassen gefordert – nicht stärker auf die Gesamtnote auswirken. Wenn Bewohner nicht ausreichend zu trinken bekommen oder sich wund liegen, dürfe die Gesamtnote nicht gut oder sehr gut lauten, hatten die Kassen gefordert. Diese Kriterien sollen künftig bei der Veröffentlichung der Noten im Netz farbig hervorgehoben werden. Sie werden aber nicht stärker gewichtet.*

*Das "Projekt Pflege-TÜV" sei gescheitert, kritisierte deshalb die Pflegeexpertin der Grünen, Elisabeth Scharfenberg. „Die Pflegenoten werden auch nach der Überarbeitung nicht für die gewünschte Transparenz sorgen.“ Die Anti-Korruptions-Organisation Transparency kritisierte den Pflege-TÜV als bürokratisches Monstrum. Insgesamt würden die wenigen Kontrollen Heime dazu einladen, das System Pflege auszuplündern. Die Krankenkassen zeigten sich dagegen erleichtert, einen Kompromiss erzielt zu haben. Der Arbeitgeberverband Pflege hält die Schaffung von 50 000 Arbeitsplätzen in der Branche innerhalb von 15 Monaten für machbar. Der Ende 2012 beschlossene Ausbildungspakt müsse aber schneller umgesetzt werden. Der Pakt sieht unter anderem die Anerkennung aller ausländischen Hoch- und Fachhochschulabschlüsse in der Pflege vor.*

14.8.2013

## **WARUM WISSENSCHAFT NICHT IMMER DER WAHRHEITSFINDUNG, SONDERN OFTMALS NUR ERGEBNISLOSER UMSATZGENERIERUNG DIENT.**

Andreas Mihm von der FAZ hat's schön beschrieben. Das Problem: Keiner schämt sich!

*FAZ, FREITAG, 11. JULI 2014*

*WIRTSCHAFT*

*Nichts Genaues weiß man nicht*

*Neue Studie kann Vorwürfe nicht klären, ob in Krankenhäusern aus finanziellen Gründen zu viel operiert wird*

*BERLIN, 10. Juli. Der Verdacht ist nicht neu, aber bisher wurde er nicht belegt. Überspitzt lautete er: Werden in Deutschlands Krankenhäusern Gesunde operiert, nur weil es den Kliniken Geld bringt? Fallzahlen für teure, planbare Operationen scheinen für die These zu sprechen, auch wenn die Krankenhäuser und Ärzte das entrüstet von sich weisen. Bei Operationen am Knie, der Hüfte und der Wirbelsäule gelten die Deutschen als das, was im beim Fußball schon sind: Weltmeister. am Sonntag erst noch werden wollen: Weltmeister.*

*Die hinter dem bösen Verdacht stehende Frage nach der Zuverlässigkeit der Steuerung von Klinikausgaben ist ethisch zu wichtig und finanziell zu bedeutsam, als das man sie links liegenlassen könnte. Also tat die Politik das, was sie in solchen Fällen tut: Sie vergab ein Gutachten. Besser noch: Sie zwang die beteiligten Kontrahenten der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), gemeinsam ein Gutachten zu vergeben und auch gemeinsam Vorschläge für eine Regelung des Problems zu unterbreiten.*

*Das Gutachten liegt seit Donnerstag vor. Es kommt mit etwa einem Jahr Verspätung. Wirkliche Aufklärung bietet es nicht. Doch die 90000 Euro für die Studie, die nun neben ähnlichen mit ähnlichen Ergebnissen im Regal steht, waren dennoch nicht umsonst.*

*Jeder der Auftraggeber kann unter Berufung aus dem 165 Seiten starken Papier feststellen, seine schon bisher geäußerten Positionen seien richtig: „Dieses Gutachten belegt, dass Behauptungen, die Krankenhäuser würden aus ökonomischen Gründen medizinisch nicht notwendige Leistungen erbringen, keinerlei empirische Grundlage haben“, erklärte DKG-Präsident Alfred Dänzer, der die Debatte damit für beendet erklärt.*

*In ebenso bewundernswerter Klarheit stellt der Spitzenverband der Krankenkassen fest: „Es bestätigt den von den Krankenkassen aufgezeigten Zusammenhang von Preis und Menge. Krankenhäuser machen vor allem jene Operationen, die sich finanziell lohnen.“ Die Autoren selbst sind zurückhaltend mit einer abschließenden Bewertung: Die in den letzten Jahren festgestellte Steigerung der Zahl der Krankenhausbehandlungen sei „auf ein komplexes Geflecht von nachfrage- und angebotsseitigen Ursachen zurückzuführen“. Es sei nicht möglich, „mit einer einfachen*

*Prozentzahl den jeweiligen Einfluss von Angebot und Nachfrage auf die Fallzahlentwicklung zu quantifizieren“. Weitere Forschungen seien notwendig.*

*Anders als die Auftraggeber, die nicht die von der Politik erbetenen gemeinsamen Empfehlungen präsentieren, unterbreiten die Gutachter 17 Vorschläge für eine bessere Steuerung der Krankenhausoperationen. Manche davon stehen schon im Koalitionsvertrag. Andere sollen bis zum Jahresende in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Krankenhausfinanzierung erarbeitet werden. Die Ergebnisse der Studie würden dort sicherlich eine wichtige Rolle spielen, sagte Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU). „Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass nur Operationen durchgeführt werden, die medizinisch auch notwendig sind.“ Andreas Mihm*

11.7.2014

## **INNOVATION IST DAS EINE, DER HAUPTSTADTKONGRESS DAS ANDERE.**

### **Eindrücke vom ersten Tag.**

Ulla Schmidt hat ja den Hauptstadtkongress zu dem gemacht, was er ist. Richtungsweisung fürs Jahr, klare Kante von der Ministerin, über die Sommerpause konnten alle drüber nachdenken. Und danach wurde gezockt. Gesundheitsbazar. Später hat sie die Reformen manchmal in der Sommerpause durchgepeitscht. Statt Widerstand Strandgefühle. Und weiter gings. Sie hatte was vor.

Jetzt haben wir ein zentral administriertes Gesundheitswesen, das Politik bestellt, Jens Spahn war das, der diesen Machtanspruch der Politik gegenüber dem IQWiG auf dem Podium betont hat, die Selbstverwaltung soll liefern. Soviel zur Idee von Politik als Meinungskampf, als das Ringen um die bessere Alternative. In der Gesundheitspolitik ist das Ringen dahingehend geschrumpft, dass inzwischen alle darum ringen, die Erfinder einer zentral administrierten SPD-Politik zu sein.

### **Die Politik hat Entscheidungen zentralisiert. Und jetzt?**

Die große Koalition macht einen guten Job, weil sie, im Vergleich zur Vorgängerregierung, tut, was sie beschlossen hat. Berechenbarkeit hat auch ihren Wert. Herrmann Gröhe ist ein guter Politiker, weil er die Agenda der SPD-inspirierten Gesundheitspolitik hervorragend abarbeitet. Jens Spahn ist ein guter Gesundheitspolitiker, weil er mit sehr klaren Worten diese Politik begleiten und manchmal auch rüffeln kann. Die Opposition möchte alles noch gerechter und schöner und besser haben. Dafür ist sie halt Opposition.

Aber was hilft das?

### **Was raus kommt, wenn der G-BA Qualität bestellt**

Mittwoch nachmittag, wieder im Keller des neuen Citycube. Die inzestuöse Veranstaltung der freien Berufe habe ich wegen Selbstreferentialität schon über Twitter kommentiert, also weiter. Diskussion um den G-BA. Joseph Hecken zieht positive Bilanz beim AMNOG und sieht Handlungsbedarf im Bestandsmarkt. Alte Arzneimittel, die in neue Anwendungsbereiche ausgedehnt werden und Unternehmen, die bei hochpreisigen Therapien neue Produkte ohne Dossiers auf den Markt bringen. Neben ein paar anderen Themen dann noch das Thema Qualität. Diagnosequalität, Strukturqualität und risikoadjustierte Kriterien für ergebnisbezogene Honorierung. Zu zwei Themen kam er gar nicht mehr. Das ist die Agenda von Herrn Hecken. Ganz schön umfangreich.

Die Politiker haben das alle mehr oder weniger belanglos kommentiert. Kein Wunder, es handelt sich längst um höchst administrative Themen, in die sich Politik da hat reinziehen lassen.

Wenn man Hecken zuhört, seine Betonung der gerichtsfesten Entscheidung, wenn man die Logik, eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus, also die Logik der Selbstverwaltung kennt, weiß man, dass Fortschritt da nicht mal ne Schnecke ist. Was Hecken gesagt hat, ich interpretiere ihn jetzt, bedeutet, dass wir jetzt, nach langer

Arbeit, zwar Qualitätsindikatoren haben, aber dass die mehr oder weniger ohne Belang für das Gesamtergebnis sind. Die Diagnosequalität, Strukturqualität und risikoadjustierte Kriterien für ergebnisbezogene Honorierung, die jetzt definiert werden sollen, das sind drei ganz große Brocken. Das muss dann durch den ganzen interessendominierten Selbstverwaltungsapparat. Mal im Ernst: Wer glaubt da eigentlich, dass in absehbarer Zeit was Vernünftiges dabei rauskommt. (Für Zuschriften und Widerspruch immer dankbar).

Im Produktbereich geht das ja so, dass unterschiedliche Unternehmen miteinander konkurrieren und die Unternehmen, auch wenn die Produkte am Markt sind, diese ständig verbessern. Weil das Produkt noch nicht den Erwartungen entspricht, weil es neue Erkenntnisse gibt, weil man der Konkurrenz was abschaut hat. Es ist ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess, der nie abgeschlossen ist.

Und in dem die Ergebnisse immer besser werden.

Die zentral definierten Qualitätswerte führen aber nur dazu, dass alle auf diese Punkte hin "ergebnisoptimieren". So ist das mit künstlichen Qualitätsfaktoren.

Es fehlt dem Gesundheitssystem an systemrelevanten Akteuren mit einer "Haltung zum Ganzen". Spätestens, wenn man mit Verantwortlichen Vier-Augen-Gespräche führt, ist das mit den Händen zu greifen.

Ja, ich weiß, man kann das im Gesundheitsbereich nicht so einfach machen. Aber bin nur ich der Meinung, dass das bisherige gesundheitspolitische Ordnungsmodell seine Grenzen erreicht hat. Wir brauchen einen politischen Rahmen, damit Gesundheit für alle zugänglich bleibt. Wir brauchen Institutionen, die von sich aus Qualität wollen. Und wir brauchen Versicherungen, die nicht miteinander organisiert sind, sondern gegeneinander. Die Schritt für Schritt lernen, was ihre Versicherten wollen, die sich auf die Wünsche und Bedürfnisse unterschiedlicher Versicherter spezialisieren. Junge, Alte, Türken, Hausarztgläubige, High-Tech-Fans, Naturarzneimittelfans, Kostensparer. Glauben wir im 21. Jahrhundert immer noch, trotz unterschiedlicher Lebensstile in einer einheitlichen Versicherung die Lösung zu finden?

Zentrale Institutionen definieren immer (gerichtsbeste!!!) Qualitätsfiktionen, die statisch und punktuell sind und deswegen schneller veralten, als sie definiert sind. Da hilft auch kein neues Qualitätsinstitut. Weil Qualität für verschiedene Menschen (hier Versicherte/Patienten) auch etwas Unterschiedliches bedeuten kann, weil sie sich verändern. Weil sich die Möglichkeiten, medizinisch, technisch, systemisch weiter entwickeln. Weil die Institutionen Luft brauchen, Neues zu entwickeln. Und, das ist für mich das größte Problem der Freien Berufe, eine Mindestgröße, um handlungsfähig zu sein.

Haben diejenigen, die von Marktwirtschaft reden, eigentlich die Leistungen von Märkten verstanden? Dass sie nicht nur Preise regulieren, sondern von sich aus dazu führen, dauernd bessere Leistungen zu entwickeln?

Könnte man aus diesen Erkenntnissen nicht auch was für das Gesundheitswesen lernen? Die Politik, und die müsste das auf dem Schirm haben, redet darüber nicht. Und der Hauptstadtkongress redet ständig von Innovation. Aber einen Stein ins Wasser wirft er nicht.

Herrmann Gröhe hat seine Rede mit einem Popper richtigen Zitat begonnen: Der Wert des Dialogs hängt von der Vielfalt der beteiligten Meinungen ab.

Was aber los ist, wenn alle einer breiigen Einheitsmeinung sind, darüber hat er leider nicht gesprochen. Das bleibt jetzt den Besuchern des Hauptstadtkongresses selbst überlassen.

26.6.2014

## ALLE ZAHLEN, NIEMAND WEISS, WOFÜR. GRÜSSE VOM DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESEN

Da hat einer einmal dem deutschen Gesundheitswesen den Spiegel vorgehalten. Vereinfacht gesagt, haben die Autoren des Premium Circle herausgefunden, dass die zahlreichen Regulierungen dazu führen, dass niemand mehr weiss, wozu das alles führt. Besonders beeindruckend, wenn man nachverfolgt, was von allen hochethischen Plänen der Gesundheitspolitik unten beim niedergelassenen Arzt ankommt. Der muss, um keine Abschlüge im Einkommen hinnehmen zu müssen (was er wegen der Schwerfälligkeit des Systems erst Monate später zur Kenntnis nehmen kann) möglichst eine Punktlandung bei den monatlichen Abrechnungen machen. Also die Tore zu, sobald sein Budget erschöpft ist.

Die dadurch entstehende Verknappung von Fachärzten will die Politik jetzt mit einem zentral organisierten Facharztzuweisungssystem lösen.

Warum erinnert uns das alles an die DDR-Bewirtschaftungsmethoden? Weil wir uns von dem Begriff des freien Berufs nicht blenden lassen.

Die Systemfunktionäre stört das aber alles nicht. Anonym lassen sie kommentieren, das sei ja alles nicht wissenschaftlich. Wissenschaftlich, das heißt, dass diejenigen, die gut daran verdienen, das Gesundheitssystem immer aus derselben Perspektive ihrer Auftraggeber zu sehen, da nicht Hand angelegt wird. Dass die Diagnose nicht wissenschaftlich belegt ist, heißt deshalb gar nichts. Schließlich haben die Praktiker, und es waren nicht die schlechtesten, bei den Sitzungen das beschrieben, was sie tatsächlich wahrnehmen.

Was Not tut? Eine Diskussion darüber, was zu tun ist, um das Gesundheitswesen aus seinem Korsett zentraler Regulierung zu befreien. Eine Idee davon, dass gute Leistung erwünscht ist und sich lohnt. Und nicht, dass es für Kliniken mit guten Qualitätsberichten Zuschläge gibt.

Das schreibt das Handelsblatt:

*Der Patient als Mittel zum Zweck*

*Laut einer Bestandsaufnahme des deutschen Gesundheitssystems droht der Patient an den Rand gedrückt zu werden.*

*Peter Thelen | Donnerstag, 6. Februar 2014, 20:00 Uhr*

*Im deutschen Gesundheitssystem droht der Patient mit seinem Interesse an sachgerechter Behandlung zu möglichst günstigen Kosten zunehmend an den Rand gedrückt zu werden. Die Hauptprofiteure dieser Entwicklung seien die verschiedenen Akteure im System: Ärzte, Kliniken, Krankenhäuser, Krankenkassen und die Pharmaindustrie. So lautet die Kernthese einer Bestandsaufnahme des deutschen Gesundheitssystems, die der Frankfurter Versicherungsdienstleister Premium Circle am Donnerstag vorgelegt hat. Demnach teilen sich die Begünstigten über ein intransparentes Beziehungsgeflecht die jährlich steigenden Finanzmittel zu, die im Gesundheitssystem ausgegeben werden.*

*Der Befund gelte für die gesetzliche wie für die private Krankenversicherung, auch wenn beide Bereiche völlig unterschiedlich funktionierten, sagte Geschäftsführer Claus-Dieter Gorr. Das Unternehmen hat für die Untersuchung 60 Akteure vom Kassenchef bis zum pensionierten Ministerialbeamten in Form mehrerer Workshops befragt. Trotzdem wurden die Ergebnisse mit Skepsis aufgenommen. In Kassenkreisen hieß es, die Studie genüge kaum wissenschaftlichen Standards, viele der dargestellten Probleme seien lange bekannt.*

7.2.2014



## THINK TWICE. ZEHN JAHRE GBA.

Nie war in der Gesundheitspolitik mehr Einvernehmlichkeit wie heute. Die Bürgerversicherung hat sich als Rohrkrepiierer erwiesen, jetzt wird das Gesundheitswesen konsensuell weiteradministriert. Helmut Laschet hat Recht. Nach zehn Jahren, in denen der GBA seine friedensstiftende Rolle immer weiter ausbaut, müssen wir lernen, wieder in Alternativen zu denken. Denn Zentralisierung und Formalisierung der Entscheidungen, auch wenn sie im Zeichen von evidenzbasierter Medizin stattfinden, haben einen Preis. Der lautet: Langsamkeit und Durchschnittlichkeit. Im GBA organisieren sich Bestandsinteressen, wir stehen aber vor einer Phase der Veränderung. Noch immer werden auf Bundesebene Entscheidungen standardisiert, die vor Ort schon längst nicht mehr greifen. Immer stärker greift die Honorierung und ihre Voraussetzung, Leistungstransparenz und Qualitätsmessung, in Abläufe vor Ort ein. Es wird Zeit, in Alternativen zu denken. Intrinsische Motivation und Spielräume für dezentrale Lösungen wären Ansatzpunkte, entschiedene politische Rahmensetzungen, damit Ärzte und Kliniken, die Freiheiten haben, in diesem Rahmen kooperativ und konkurrierend die beste Lösung zu finden.

Dann macht Medizin und Gesundheit denen wieder Freude, die an und mit den Patienten arbeiten. Und nicht nur den Spitzenfunktionären, die zumeist die Schlachten von Gestern schlagen.

Die Mayo Kliniken, das hat der aktuelle BMC Kongress gezeigt, machen es vor. Jetzt liegt es an der deutschen Gesundheitspolitik, sich Gedanken zu machen, wie der ständige Wunsch, besser zu werden, zum Fundament eines erneuerten Gesundheitswesens wird. Nicht mehr GBA, sondern wie sich der GBA in einem leistungsorientierten Gesundheitswesen überflüssig machen kann, das sollte die Debatte der nächsten 10 Jahre bestimmen. Denn weniger ist manchmal mehr!

Der Beitrag von Helmut

Laschet: [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/berufspolitik/article/853602/zehn-jahre-gba-un-heimliche-macht-gesundheitswesen.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/853602/zehn-jahre-gba-un-heimliche-macht-gesundheitswesen.html)

*Ärztezeitung, 22.1.2014, Leitartikel*

*Zehn Jahre GBA*

*Die (un-)heimliche Macht im Gesundheitswesen*

*Vor zehn Jahren wurde der Gemeinsame Bundesausschuss grundlegend reformiert. Seitdem ist sein Einfluss auf die reale Kassenmedizin stets gewachsen. Doch auch heute noch wird die Macht des GBA vielfach unterschätzt. Wir blicken zurück.*

*Von Helmut Laschet*

*Was in der Kassenmedizin zweckmäßig, ausreichend und wirtschaftlich ist, Kassenpatienten folglich beanspruchen dürften, wird seit den 1920er Jahren zwischen Ärzteorganisationen und Krankenkassen ausgeheckt: Bereits vor 90 Jahren bestimmte der Reichsausschuss der Ärzte und Krankenkassen, ob und zu welchem Zweck Kassenärzte Wein zu Heilzwecken verordnen dürfen.*

*Wie die Entscheidungen des Reichs- und des späteren Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zustande kamen, blieb im Verborgenen. Bis zum 4. August 1998. An jenem Tag entschied der Bundesausschuss über die Verordnungsfähigkeit des gerade neu auf den Markt gekommenen Sildenafil (Viagra®).*

*Das hochpotente Medikament gegen erektile Dysfunktion war kurz zuvor zugelassen worden, begleitet von Schlagzeilen. Die KBV prognostizierte Horrorkosten: Bei 7,5 Millionen Männern mit ED und zweimaligem Kohabitationsbedarf pro Woche käme auf die Kassen eine Kostenwelle von 23,4 Milliarden DM zu - zwei Drittel des damaligen Arzneimittelbudgets. Für Überschreitungen müssten die Ärzte haften.*

*Der Bundesausschuss entschied: nicht verordnungsfähig zu Lasten der GKV. "Das ist die bedeutsamste Entscheidung, die der Bundesausschuss je zu treffen gehabt hat", bekannte der damalige Vorsitzende Karl Jung, ehemals Staatssekretär bei Norbert Blüm, bei der ersten Pressekonferenz in der Geschichte des Bundesausschusses.*

*Erstmals war der Öffentlichkeit die Macht dieses klandestinen Gremiums offenbar geworden - und seine praktische Bedeutung für 70 Millionen GKV-Versicherte.*

*Professionalisierung und Transparenz seit 2004*

*Angesichts der in den 1990er Jahren gewachsenen Aufgaben des Bundesausschusses war es allerdings ein Anachronismus, dass diese gemeinsame Selbstverwaltung in der Praxis ein virtuelles Gremium war, besetzt aus meist unbekanntem Funktionären der KBV und der Kassen, die im Nebenjob und unter Vorsitz eines pensionierten Ministerialbeamten oder Sozialrichters die Regeln für die Kassenmedizin bestimmten.*

*Das änderte sich erst maßgeblich mit der Gesundheitsreform 2003, die den Bundesausschuss professionalisierte.*

*Eines der maßgeblichen Reformelemente, das die Arbeitsweise des Bundesausschusses verändern sollte, war die Beteiligung von Selbsthilfe- und Patientenorganisationen mit einem Antrags- und Mitberatungsrecht, jedoch ohne die Befugnis, an den Entscheidungen des Bundesausschusses beteiligt zu sein.*

*Dieses Mitberatungsrecht konnte wirksam nur ausgeübt werden, wenn transparent gemacht wurde, in welcher Weise Patientenorganisationen ihren argumentativen Einfluss auf Entscheidungen des Bundesausschusses ausgeübt hatten.*

*Der Nachfolger Karl Jungs, der ehemalige KBV-Hauptgeschäftsführer Rainer Hess, zog daraus die Konsequenz, die Arbeitsweise des Bundesausschusses transparent zu machen.*

*Pressekonferenzen nach Plenumssitzungen wurden jetzt zur eisernen Regel, und dabei hatten, bei divergierenden Interessen, die einzelnen "Bänke" im Gemeinsamen Bundesausschuss - Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen und Patientenvertreter - ihre jeweiligen Positionen vorzutragen Gelegenheit.*

*Heute sind sogar die Plenumssitzungen des GBA öffentlich - jedermann kann sie nach Voranmeldung besuchen. Das freilich hat die Transparenz nur formal verbessert, denn in Plenumssitzungen wird nur noch selten inhaltlich gestritten, weil die Entscheidungen*

*durch nach wie vor vertraulich tagende Arbeitsausschüsse durchweg bis ins Letzte vorbereitet sind. So sind Plenumsbeschlüsse meist nur Formalien.*

#### *Umfassende regulatorische Kompetenz*

*Worin besteht die Macht des GBA? Es gibt keine (neue) vertragsärztliche Leistung ohne GBA-Plazet. Mit dem Festbetragsystem und der frühen Nutzenbewertung hat der GBA fast die gesamte Arzneiversorgung regulatorisch im Griff.*

*Was künftig als ambulante spezialfachärztliche Versorgung extrabudgetär geleistet werden darf, bestimmt der GBA. Jede Innovation läuft eine Genehmigungsschleife über den GBA oder zumindest kann der GBA jedes neue Verfahren zur Evaluation aufrufen.*

*Über ihn laufen fast alle Verfahren zur Qualitätssicherung. Wissenschaftliche Expertise kann er sich von seinem eigenen Institut, dem IQWiG holen. Die wichtigste Expertise stammt freilich aus dem GKV-Spitzenverband, der seit seiner Gründung 2009 kräftig aufgerüstet hat.*

*Vor allem aber: Was der GBA entscheidet, bindet alle Beteiligten. Das Prinzip "gemeinsam und einheitlich" vollendet ein Monopol, das keine Alternativen mehr kennt.*

*Die neue Große Koalition will die Befugnisse des GBA weiter ausbauen. Das gilt vor allem für den Ausbau der Qualitätssicherung und der Qualitätstransparenz. Dafür soll der GBA ein weiteres Institut erhalten.*

*In Wirklichkeit bedeutet das noch mehr Macht für die wenigen Organisationen, die den GBA tragen: GKV-Spitzenverband, KBV und Deutsche Krankenhausgesellschaft. Angesichts dessen stellt sich die Frage, ob die derzeit rein formale Rechtsaufsicht des Bundesgesundheitsministeriums eine hinlängliche Kontrolle garantieren kann.*

P.S. Einen vollständigen Überblick über den Regierungsvertrag und eine erste Einschätzung: <http://ift.tt/1c1VIF5>

22.1.2014

## EUROPÄISCHES MACHTWORT. AUSGERECHNET IM PHARMABEREICH

Soziologisch kann man sagen: Alles ist gut! Das europäische Parlament hat beschlossen, dass die Pharmaindustrie künftig alle Studien offenlegen muss. Das klingt erst mal toll. Und, ja, ist ein politischer Reflex auf die jahrelange Praxis von Pharmaunternehmen, an teuren Urlaubsorten Nähe zu den Ärzten herzustellen. Die Quittung kommt langsam, aber gewaltig.

Das Problem: Die Pharmaindustrie ist gar nicht mehr die, gegen die man kämpft. Was nicht heisst, dass sie als Unschuldengel daherkommt. Aber dass sich manche Unternehmen bewegt haben.

Nächste Frage: Und wenn jetzt alle Daten offen gelegt werden, was dann? Pharmazeutischer Fortschritt ist oftmals mit Versuch und Irrtum verbunden, ja, Arzneimittel haben Nebenwirkungen, ja, Unternehmen, die nur aus Profitgründen Medikamente pushen, sollte das Handwerk gelegt werden. Aber versetzen wir uns mal in die Entscheidungssituation: Es gibt aus den Studien Anzeichen, dass das Medikament wirkt, aber auch Nebenwirkungen. Wer trifft die Abwägung? Man kann den Druck auf die Hersteller erhöhen, aber wer entwickelt dann noch neue Medikamente, wenn die Hürden so hoch sind, dass es nicht mehr finanzierbar scheint, das Risiko.

Nur wenn sich politische Entscheider darüber im Klaren sind, dass sie damit mit ins Risiko gehen, ist die jetzige Weichenstellung richtig.

Und drittens: irgendwie wird ja immer suggeriert, es gäbe eine richtige Entscheidung. Die kann entweder ein unabhängiger Experte treffen oder der Betroffene. Letzterer kann dann alle Studien einsehen, na Mahlzeit. Und bei den Experten? Es hat schon einen Grund, wenn man den Eindruck hat, viele Mediziner, die in pharmazeutischen Unternehmen arbeiten, sind zynisch. Es ist nämlich gar nicht so einfach, solche Entscheidungen zu treffen. Das werden auch die unabhängigen Experten merken, wenn sie mal in die Verantwortung genommen werden.

*Der Link zum taz Artikel vom 11.4.2014, Seite 18: "Wir müssen wachsam bleiben" <http://ift.tt/1oS2xv7>*

*"Wir müssen wachsam bleiben"*

*ARZNEIMITTEL Die EU verpflichtet die Industrie, einen Großteil ihrer bislang geheimen klinischen Studien an Menschen ab 2016 offenzulegen. Gegen die Macht der PR für Medikamente hilft das wenig, sagt der Gesundheitswissenschaftler Jörg Schaaber*

*INTERVIEW HEIKE HAARHOFF*

***taz: Herr Schaaber, Pharmakritiker und Wissenschaftler reiben sich die Augen: Das EU-Parlament hat die Industrie per Verordnung dazu verpflichtet, ab 2016 eine unglaubliche Datenflut zu ihren bislang geheim gehaltenen klinischen Arzneimittelstudien an Menschen zu veröffentlichen. Hat David Goliath besiegt?***

*Jörg Schaaber: Die Industrie hat den Kampf an dieser Stelle aufgegeben. Wir müssen aber wachsam bleiben, an welcher anderen Stelle sie versuchen wird, das Rad der*

*Geschichte doch wieder zurückzudrehen. Aber, klar: Die neue EU-Verordnung ist ein großer Fortschritt für die Arzneimittel-Wissenschaft und für die Sicherheit von Patienten, die die Medikamente schlucken.*

### **Was ändert sich konkret bei den Arzneimittelstudien?**

*Bislang wurde etwa die Hälfte aller Studien gar nicht veröffentlicht. Das ist künftig unmöglich. Künftig wird es ein Jahr nach Studienende eine öffentlich zugängliche Zusammenfassung geben, egal ob die Studien abgeschlossen oder abgebrochen wurden. Neu ist auch, dass die so genannten Clinical Study Reports ...*

**... das sind die ausführlichen Auswertungen aller Studien, die Pharmahersteller bisher nur gegenüber den Arzneimittelzulassungsbehörden vorlegen mussten ...**

*Genau. Diese detaillierten Berichte werden künftig sofort nach der Marktzulassung eines Medikaments über ein Webportal der EU-Arzneimittelbehörde EMA öffentlich verfügbar sein.*

### **Mit welchem Vorteil?**

*Es gibt keine selektive Veröffentlichung mehr. Bisher wurden von den Herstellern gern gerade diejenigen Teilergebnisse verschwiegen, die für das Medikament oder für den Hersteller nicht so vorteilhaft waren.*

### **Die Studienberichte sind für Laien kaum verständlich. Welchen Nutzen haben Verbraucher davon?**

*Die Studienveröffentlichungen sind in erster Linie für Spezialisten wichtig. Aber ohne unabhängige Wissenschaftler, die diese Daten auswerten können, ist Arzneimitteltherapie Blindflug. Gegenwärtig benutzen wir Arzneimittel, ohne wirklich alles über sie zu wissen.*

### **Ein Beispiel?**

*Dabigatran, ein Blutverdünner von Boehringer Ingelheim. Das Medikament wurde damit beworben, dass Patienten ihre Blutwerte angeblich nicht mehr kontrollieren müssten. Das stimmt aber gar nicht. Viele Patienten hatten schwere Blutungen nach der Einnahme von Dabigatran, einige starben. In den USA gibt es deswegen jetzt eine ganze Reihe von Prozessen. Die Anwälte von Patienten oder ihren Angehörigen haben erfolgreich verlangt, dass die Firmenunterlagen offengelegt werden. Anhand dieser Unterlagen konnte gezeigt werden, dass die Gerinnungshemmung durch das Medikament sehr stark variiert und dass diese Variation wiederum erklärt, warum manche Patienten einen Schlaganfall erleiden und andere schwere Blutungen. Und dass man folglich die Blutwerte messen muss, um Patienten vor Schaden zu schützen.*

### **Solche Fälle können Sie künftig leichter aufdecken. Wird Ihr Alarm auch gehört?**

*Wir arbeiten daran. Denn, keine Frage, die Macht der PR bleibt, da können Sie noch so sehr die Studien zerpflücken. Zurzeit etwa beschäftigten wir uns mit Hormontherapien bei Frauen in der Menopause. Seit mindestens zehn Jahren ist klar, dass diese Behandlungen schädlich sind. Trotzdem werden die Präparate weiter verschrieben. Und*

*es wird versucht, neue Indikationen zu kreieren, damit Frauen nach den Wechseljahren eben doch Hormone schlucken.*

**Wie ist es möglich, dass weiterhin schädliche Medikamente auf den Markt kommen?**

*Zum Beispiel, indem Hersteller Arzneimittelstudien mit ungeeigneten Endpunkten machen, also falsche Studienziele definieren.*

**Wie geht das?**

*Bei einem Diabetes-Mittel etwa wird nicht geprüft, ob es tatsächlich zu weniger Herzinfarkten führt - also den Diabetikern hilft -, sondern es wird nur geschaut, ob es den Blutzuckerspiegel senkt.*

**Den verordnenden Ärzten fallen solche Dinge in ihrem Praxisalltag nicht auf?**

*Es sind vor allem die Ärzte, die an die Pharma-PR glauben. Es ist ein ausgefeiltes System der verdeckten Beeinflussung, das die Firmen betreiben. Es beginnt bei Übersichtsarbeiten, die Therapien miteinander vergleichen, so genannte Reviews. Die Pharmavertreter stellen industriefreundliche Reviews kostenlos zur Verfügung, und die Ärzte lesen sie, weil sie nicht die Zeit haben, die Originalstudien zu lesen. Oder die Industrie schenkt Ärzten, von denen sie weiß, dass sie Multiplikatoren sind, etwa weil sie auf vielen Kongressen als Redner auftreten, ein paar Forschungsaufträge zu. Die subtilen Methoden der Beeinflussung sind extrem wirksam - und für den einzelnen Arzt nicht leicht zu erkennen. Bei aller Transparenz, die das EU-Parlament jetzt verordnet hat: Die Rohdaten der Studien, also die Datenblätter jedes einzelnen Patienten, muss die Industrie mit Rücksicht auf Datenschutz und Firmengeheimnis weiterhin nicht veröffentlichen.*

**Was können Sie deswegen nicht überprüfen?**

*Die Rohdaten sind nützlich, um Verdachtsfällen manipulierter Studienergebnisse nachzugehen. Ein klassisches Beispiel hierfür ist das Grippemittel Tamiflu. Der Hersteller hatte sehr wahrscheinlich bei den Auswertungen der Studiendaten geschummelt. Ohne Rohdaten kann man das aber letztlich nicht beweisen.*

**Wie können sich Patienten schützen?**

*Patienten sollten nur an Studien teilnehmen, wenn sie zugesichert bekommen, dass die Ergebnisse komplett veröffentlicht werden und dass sie als Patienten Zugang zu ihren eigenen Daten haben.*

*Jörg Schaaber ist Soziologe und Gesundheitswissenschaftler. Er arbeitet für die Buko Pharma-Kampagne, die die globale Geschäftspolitik der Pharmaindustrie beobachtet und sich für den Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln einsetzt. Er sitzt zudem als Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der über die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln entscheidet. Seit 2008 ist Jörg Schaaber auch Präsident der International Society of Drug Bulletins (ISDB), einem weltweiten Zusammenschluss von unabhängigen Arzneimittelzeitschriften.*

**Klinische Studien**

### **Warum sind klinische Studien notwendig?**

*Der Contergan-Skandal von 1961 war der Auslöser für eine grundlegende Reform des Arzneimittelrechts Ende der 70er Jahre: Seither muss ein Medikament, bevor es auf den Markt kommt, zwingend seine Wirksamkeit, Verträglichkeit und Qualität nachweisen. Dies geschieht zunächst über präklinische Tests, dazu zählen Labortests, Zell- und Tierversuche. Es folgen klinische Studien an Menschen, und diese wiederum werden in drei Stufen durchgeführt: zunächst an wenigen gesunden Menschen, dann an wenigen kranken und schließlich an vielen kranken Menschen. Der Pharmahersteller bezahlt die Studien und führt sie in Zusammenarbeit mit Kliniken durch. Die Genehmigung erteilt für Deutschland das Paul-Ehrlich-Institut oder das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte; für Europa ist die European Medicine Agency (EMA) in London zuständig. Für die Zulassung reicht der Hersteller ein Dossier (500.000 Seiten) mit sämtlichen Daten zur Prüfung bei der EMA ein. Im Fall einer Empfehlung der EMA erteilt die EU-Kommission die Zulassung. Zwischen Idee und Markteinführung liegen nach Angaben des Verbands forschender Arzneimittelhersteller durchschnittlich zwölf Jahre. Die Entwicklungskosten pro Medikament liegen laut Pharmaindustrie zwischen 400 und 800 Millionen US-Dollar.*

*Warum ist ein gemeinsamer europäischer Ansatz nötig zur Regelung der Studien?*

*Etwa ein Viertel aller jährlichen rund 4.400 Anträge für klinische Studien in der EU werden an mehreren Zentren oder sogar in mehreren Mitgliedstaaten durchgeführt. An diesen sogenannten multizentrischen Prüfungen nehmen 67 Prozent aller Probanden teil. Um Bürokratie abzubauen, hat die EU nun eine neue Verordnung auf den Weg gebracht, wonach für alle beteiligten EU-Länder künftig nur noch ein Antrag pro Studie nötig ist, egal in wie vielen Ländern die Studie stattfindet. Dies soll ab 2016 gelten. Der Antrag ist dann nur noch einzureichen über eine Online-Studienportal der EMA. Das Bewertungsverfahren bezieht alle beteiligten EU-Staaten ein; federführend bei der Bewertung soll jeweils ein sogenannter Reporting Member State sein. Dieser darf vom Studiensponsor, also der Pharmaindustrie, vorgeschlagen, aber nicht bestimmt werden. In ersten Entwurfsfassungen der EU-Verordnung hatten ausdrückliche Angaben darüber gefehlt, dass auch künftig Ethikkommissionen der Studie zustimmen müssen. Dies hatte in Deutschland zu erheblichen Protesten geführt. Die jetzt vom EU-Parlament verabschiedete Verordnung sieht vor, dass eine klinische Studie von der Ethikkommission jedes an der Studie beteiligten Mitgliedstaates positiv beurteilt worden sein muss. Sollte sie in einem Mitgliedstaat von der Ethikkommission abgelehnt werden, kann sie dort nicht durchgeführt werden.*

*Auch die Schutzbestimmungen für teilnehmende Patienten wurden gegenüber ersten Entwürfen verschärft: So ist die schriftliche Einwilligung der Patienten zur Teilnahme an der Studie nach umfassender Aufklärung Pflicht. Auch Jugendliche ab 12 Jahren müssen nach Aufklärung ausdrücklich der Teilnahme zustimmen. Der Elternwille allein reicht nicht. Bei Kindern unter 12 Jahren muss deren mutmaßlicher Wille berücksichtigt werden. Eine Bedingung ist auch, dass mit der Studie eine Heilung angestrebt werden soll. In Notfallsituationen, etwa wenn ein Patient mit Schädel-Hirn-Trauma bewusstlos und kein Angehöriger verfügbar ist, soll zunächst ein Arzt allein entscheiden können, den Patienten in die Studie einzubeziehen, sofern diese der Behandlung seines Leidens dient. Sollte der Patient oder seine Angehörigen nachträglich der Teilnahme widersprechen, dürfen die bislang gesammelten Daten für die Studie nicht verwendet*

*werden. Für nicht einwilligungsfähige Patienten, etwa Demenzkranke, gilt: Zustimmung muss der gesetzliche Vertreter; die Studie muss zudem zwingend "eigennützig" sein, also auf die Behandlung des individuellen Leidens des Patienten ausgerichtet sein und nicht etwa auf einen allgemeingesellschaftlich erwünschten Erkenntnisgewinn. Daneben sieht die EU-Verordnung mehr Transparenz bei den Studiendaten und eine weitreichende Offenlegungspflicht für die Industrie vor. (siehe Interview).*

11.4.2014

## **MEHR WISSEN. UM NICHTS TUN ZU MÜSSEN. UNSER GESUNDHEITSWESEN.**

Die Gesundheitspolitik erstickt in Studien. Was der IS ihre Kalaschnikow, ist dem Gesundheitssystem die Studie. Dauerfeuer im eigenen Interesse. Ziel: Den Gegner im System unter Druck setzen. Gesundheitspolitik, das ist Stellungskrieg mit regelmäßigen Feldgottesdiensten. Aber was würde tatsächlich etwas ändern?

### **Gesunder Menschenverstand!**

Die Bertelsmann-Stiftung hat wieder mal eine Studie veröffentlicht. In der ist wieder mal beschreiben, dass mancherorts mehr operiert wird als anderswo und man aber nicht genau sagen kann, woran das liegt. Und ob es gut oder schlecht ist.

So kann man es auch machen, wenn man als Stiftung seinen Namen in der Zeitung lesen will. So braucht man es nicht machen, wenn einem an einem besseren Gesundheitswesen gelegen ist. Dann nämlich wüsste man, dass es zu viele Kliniken gibt, die auf Teufel komm raus operieren (nur die DKG bestreitet das, aber na ja), weil alle Geld verdienen müssen, um nicht unter dem Drittel der Kliniken zu sein, die defizitär sind. Im Süden gibt es übrigens mehr Kliniken als im Norden, weil es da mehr Geld gibt, die können es sich halt leisten, die Defizite noch weiter zu tragen.

Wenn man jetzt die lange bekannte Tatsache, dass es zu viele Kliniken gibt, beseitigen wollte, stellt sich die Frage, wer muss was tun, damit das passiert.

Antwort: Die Landespolitik muss sich warm anziehen und dann eine Versorgungsplanung machen, die nicht nur so heisst und den Zustand fortschreibt, sondern Entscheidungen trifft. Sie müsste die Kreise und Gemeinden vorbereiten und zwar nicht mit Gesundheitskonferenzen, in der sich alle das Blaue vom Himmel wünschen (und mehr Geld fordern, -von wem eigentlich?), sondern der das Unvermeidliche getan wird. Flexible Strukturen, dh. Kleinkrankenhäuser (oder entsprechend geführte Ambulatorien mit niedergelassenen Ärzten) mit Belegbetten oder Gesundheitszentren oder oder oder, damit die Angst keine Berechtigung hat, man wäre nicht mehr versorgt.

Und dann könnten die Träger entscheiden, ob und wie sie fusionieren, effektivieren. Ambulatorien errichten oder sich zurückziehen. Unternehmerische Entscheidung, da bräuchten die Gesundheitsplaner dann auch kein Geld dafür, für die Krankenhäuser macht es dann auch Sinn, zügig Entscheidungen zu treffen. Weil klar ist, dass keiner dann mehr die Kosten übernimmt.



Ist eigentlich ziemlich einfach. Ja, klar, da werden dann alle vor Gericht ziehen, aber bis das Gericht entscheidet, haben die Patienten schon mit den Füßen abgestimmt.  
Normative Kraft des Faktischen.

Für das alles braucht man keine weiteren Studien. Sondern nur den Mut, das endlich mal anzupacken.

Der Artikel, auf den sich das Ganze bezieht:

*MEINUNG*

*Süddeutsche Zeitung, 13. September 2014*

*Krankenhäuser*

*Der Wohnort entscheidet*

*von Guido Bohsem*

*Man weiß nicht genau, wo man lieber wohnen möchte: In einer Gegend, wo es deutlich weniger Operationen gibt als im Durchschnitt. Oder in einer, in der die Klinikärzte wesentlich häufiger zum Skalpell greifen. Womöglich deutet die niedrige Zahl darauf hin, dass die Patienten nicht die notwendige Behandlung erhalten. Womöglich. Die hohen Zahlen in manchen Regionen könnten hingegen darauf hindeuten, dass dort operiert wird, obwohl es nicht wirklich notwendig ist. Könnten.*

*Die jetzt veröffentlichten Daten der OECD und der Bertelsmann-Stiftung über die regionale Verteilung von Behandlungen zeigen das Phänomen der Unterschiede sehr deutlich auf. Sie lassen aber keine eindeutige Interpretation der Ursachen zu. Klar ist nur, rein medizinisch sind solche Abweichungen nicht zu erklären. Man hört also den Alarm laut und durchdringend, weiß aber noch nicht so recht, warum er losgegangen ist.*

*Weil die Sirenen nun schon seit Jahren heulen, muss die Sache nun angefasst werden. Dazu sollten die zuständigen medizinischen Einrichtungen, die Politik und die Kassen zunächst die vielfältigen Ursachen der regionalen Unterschiede ergründen und dann für eine einheitlich gute Behandlung sorgen. Geschieht das, muss man sich auf dem Operationstisch auch keine Gedanken mehr darüber machen, ob man nun in der richtigen Gegend wohnt oder nicht.*

13.9.2014

## OBAMACARE. UND UNSERE KLAGEN ÜBER UNSER GESUNDHEITSSYSTEM

Wenn wir uns im Deutschland über unser Krankenversicherungssystem beklagen, tun wir das auf sehr hohem Niveau. Bei allem, was es zu kritisieren gibt und obwohl man nicht wirklich erklären kann, warum es funktioniert, funktioniert es doch. Man muss es nur mit dem US-amerikanischen System vergleichen! Dem teuersten der Welt, mit der schlechtesten Bevölkerungsversorgung der, zumindest, westlichen Welt.

Meine Schlussfolgerung:

Ungehemmter Kapitalismus führt zu ungehemmtem Profitstreben. Ungehemmter Lobbyismus verstärkt das.

Das Vorzeigeland des Kapitalismus verfügt über ein völlig marodes politisches System. Der Konsens der Demokraten führt zu einer erpresserischen Strategie einer Minderheit gegenüber einer Mehrheit.

Der Artikel aus dem Handelsblatt:x

*Was ist eigentlich Obamacare?*

*Die Republikaner im US-Kongress wollen Obamacare am liebsten wieder abschaffen oder zumindest verzögern. Die Fakten über die Krankenversicherung für alle.*

*Axel Postinett | San Francisco | Dienstag, 1. Oktober 2013, 06:00 Uhr*

*Die plakativ auf „Obamacare“ reduzierte Initiative „Patient Protection and the Affordable Care Act“ wird schätzungsweise 100 Millionen nicht- oder unterversicherten Amerikanern erstmals Zugang zu bezahlbaren Krankenversicherungen gewähren. Allerdings geht Obama nicht so weit, ein gesetzliches Krankenkassensystem nach deutschem Vorbild einzuführen. Stattdessen bekommen bestimmte Gruppen vergünstigten Zugang zu speziellen Angeboten der privaten Versicherungsindustrie. Das sind in erster Linie Personen oder Familien mit geringem Einkommen und Unternehmen mit weniger als 50 Beschäftigten.*

*Kernstück der Reform sind teilweise von der Regierung betriebene Internetbörsen, an denen die Bürger ab dem 1. Oktober 2013 ihren Schutz online kaufen können. Dank größerem Wettbewerb und mehr Transparenz erhoffen sich die Befürworter geringere Prämien. Außerdem haben einkommensschwache Familien über die Börse eine Einkaufsmacht wie Großunternehmen mit hunderttausenden Angestellten.*

*Für 2014 sieht die Planung rund sieben Millionen Neuversicherte vor. Während jeweils sechs Monaten pro Jahr werden Neuversicherte angenommen. Ausnahmen gibt es für Gruppen wie Arbeitslose, da in den USA mit dem Job in der Regel auch die Krankenversicherung wegfällt. Da lohnt es sich für Anbieter wie den kalifornischen Marktführer Blue Shields of California, um die Kunden zu kämpfen. Kalifornien gehört zu den ersten Bundesstaaten, die pünktlich am Dienstagmorgen ihre Onlinebörsen öffnen wollen.*

*Kritiker befürchten ein Ausufer der Kosten für die Steuerzahler, wenn immer mehr Policen durch den Staat rabattiert werden müssen. Das geschieht entweder über Steuerentlastungen oder direkte Zuzahlungen. Außerdem werden Versicherungsunwillige nach einer Übergangszeit zu monatlichen Strafzahlungen verdonnert. Das sei ein unangemessener Eingriff in die Lebensgestaltung.*

*Befürworter argumentieren, es würden nur die „schlimmsten Auswüchse einer auf Profit ausgelegten Industrie“ korrigiert. Versicherte dürfen nicht mehr vor die Tür gesetzt werden, wenn sie krank werden, Grenzen für die Kostenerstattung auf Lebenszeit oder pro Jahr werden verboten. Sie sorgen dafür, dass selbst gut versicherte bei schwersten Erkrankungen auf Rechnungen in Millionenhöhe sitzenbleiben.*

*Rund dreißig Prozent der Privatbankrotte werden heute von unbezahlten Krankenhausrechnungen ausgelöst. Erstmals sind Vorerkrankungen kein Ausschlussgrund mehr. Ein typisches Problem ist Arbeitslosigkeit nach einer Erkrankung. Der Versicherer eines neuen Arbeitgebers kann dann den Schutz verweigern oder Prämien neu kalkulieren, auch nach reinem Alter.*

*Die Krankenversicherungen wird es in fünf verschiedenen Varianten, von einer Basisversicherung bis zu einem optimalen „Platin“-Angebot geben. Nach Berechnungen der US-Gesundheitsbehörde anhand der vorliegenden Tarife wird der durchschnittliche Beitragssatz bei 328 Dollar vor Subventionen liegen, 16 Prozent unter den eigenen Erwartungen. In Minnesota wird das günstigste Angebot mit 192 Dollar erwartet. In Staaten mit wenigen Anbietern wie Wyoming liegen die Werte mit 516 Dollar für einen einfachen „Silber“-Plan dagegen deutlich höher.*

1.10.2013

# KONZEPTIONELLE ÜBERLEGUNGEN

# **STATT ALTERNATIVLOSEM WEITER SO. EINE LEITBILDDEBATTE FÜR DAS DEUTSCHE GESUNDHEITSWESEN**

Die Apotheker machen es vor. Jetzt wäre der richtige Zeitpunkt, um die neue Beweglichkeit einer Berufsgruppe zum Auslöser einer Erneuerung des deutschen Gesundheitswesens zu machen.

## **Warum eine Neuorientierung?**

Wer die aktuelle Gesundheitspolitik beobachtet, stellt fest, dass sowohl ein FDP-Minister wie auch ein jetzt CDU geführtes Ministerium nur zu marginalen Verschiebungen der gesundheitspolitischen Agenda führen. Die Entkrampfungen beim AMNOG lösen nicht die Frage, wie neue wissenschaftliche Erkenntnisse künftig in neue Produkte münden, wie Pharmaforschung besser mit einer effektiveren und effizienteren Versorgung verzahnt werden können, um nur ein Beispiel zu nennen.

Die gesundheitspolitischen Umfeldveränderungen lassen sich noch einige Jahre ignorieren. Aber auf Dauer klappt das nicht.

Auf das Gesundheitswesen kommen neue Herausforderungen zu. Demographie, Technologie und Verbrauchersouveränität sind die drei Parameter, mit denen sich die veränderten Anforderungen beschreiben lassen. Dazu kommen die internen Friktionen, Brüche und Übergänge. Einige Schlagworte: Während sich immer weniger Ärzte zu Allgemeinärzten ausbilden lassen, immer weniger Ärzte als Niedergelassene arbeiten oder auf dem Land tätig sein wollen, feiert die Überversorgung in Starnberg, und Teilen Münchens, Berlins, Hamburg und anderen Großstädte fröhliche Urstände. Und die Politik redet und plant noch immer mit einer hausarztzentrierten Versorgung, obwohl keiner mehr Hausarzt werden will. Während immer mehr Frauen Medizin studieren und diese längst nicht mehr als Niedergelassene tätig sein wollen (und weil sie aufgrund der schlechten Work-Life-Balance in deutschen Kliniken dann als Arbeitskräfte oftmals ganz ausscheiden), reden die Ärztefunktionäre immer noch den Niedergelassenen das Wort.

## **Jetzt an der eigenen Nase packen**

Eine der Ursachen: Das Versagen der Politik. Offiziell behauptet die Politik ihre Steuerungshoheit. Tatsächlich hat sie längst den Überblick über ihre vielzähligen Steuerungsmechanismen verloren. Das Honorierungssystem der Gesundheitswirtschaft ist diesem längst zur zweiten Natur geworden. Und diese zweite Natur verhindert, dass sich Ärzte, Apotheker, gesetzliche und private Krankenkassen und viele andere, die über die Fleischhälften der Gesundheitsökonomie mitentscheiden oder sich von ihnen bedienen, auf oberster Ebene damit beschäftigen, wie ihre Leistungen besser werden könnten. Es lohnt sich schlicht nicht oder man hat die berechtigte Sorge, dass ein Vorstoß im Wirrwarr der politischen Debatten zu Einkommensverlusten der eigenen Klientel führen könnte. Und deshalb verhindert man es. Nur ein Beispiel: In jedem anderen ökonomischen Bereich führen neue Technologien zu weniger Kosten. Im Gesundheitsbereich schaffen es die Bestandsblockierer, unter dem Vorwand von Datenschutz, bessere und effektivere Versorgungsstrukturen zu blockieren. Sie fürchten um den Verlust ihrer Pfründe.

## **Von den USA lernen heißt verlieren lernen. Aber von wem lernen wir dann?**

Es gibt nur ein Gesundheitssystem der Welt, das wirklich schlecht ist. Es ist das >US-amerikanische System. Dort wird mit dem höchsten Pro-Kopf-Einsatz weltweit die geringste Versorgung erreicht. Da sind schon viele Drittweltländer besser. Die europäischen Länder verfügen über höchst unterschiedliche Gesundheitssysteme, segeln aber in ganz ähnlichen Korridoren von Aufwand und Ertrag. Flüchtig betrachtet, haben die unterschiedlichen Systeme ganz unterschiedliche Themen, das staatliche NHS-System hatte zum Beispiel mal immer länger werdende Wartelisten für Operationen. Die mussten dann mit eigens eingeflogenen Ärzten abgearbeitet werden. Bei näherer Betrachtung geht es dann aber immer um die über allen gesundheitspolitischen Themen liegenden Fragestellung hat: Wie bekommen wir bessere Leistungen für unser Geld?

## **Die neuen Fragen für eine zukunftsorientierte Debatte**

Folgende Fragen sollten sich alle gesundheitspolitischen Debattenteilnehmer stellen:

- Wie gelingt es, die Anbieter von Gesundheitsleistungen in einen Wettbewerb um bessere Leistungen, auch neue Lösungen zu bringen und nicht nur in den Kampf für mehr Honorare?
- Wie kann es gelingen, die unterschiedlichen Patienten- und Versicherteninteressen systemrelevant werden zu lassen, damit dann auch neue Produkte, neue Angebote, neue Lösungen entwickelt und umgesetzt werden (denn an Modellprojekten ist kein Mangel)?
- Wie können wir eine neue, aus dem Gesundheitssystem entspringende Balance zwischen Gerechtigkeit und Innovation finden, eine die weniger kontrolliert und gängelt und die von sich aus neue Wege geht. Verantwortlich. Es geht darum, den Menschen und Akteuren im Gesundheitssystem ihre Haltung und ihre Verantwortung zurück zu geben und sie nicht im Namen von mehr Gerechtigkeit und öffentlichem Auftrag kleinteilig und bürokratisch zu gängeln.

Das Thema ist nicht trivial, das sei schon mal festgehalten. Denn es geht darum, wie Politiker, wie Institutionen, in Deutschland vor allem verfasste Berufsgruppen, Ärzte, Apotheker, wie die einzelverantwortlichen Entscheider und Unternehmer ihre Rolle besser, wirkungsvoller, ausfüllen können.

## **Frage nicht, was das Gesundheitssystem für Dich machen kann. Frage dich, was Du für ein besseres Gesundheitssystem machen kannst.**

So könnte sich Verantwortung für die einzelnen Gruppen darstellen:

- Bei Politikern, indem sie endlich mal darüber reden, dass es natürlich darum geht, Kosten und Nutzen von Gesundheitsleistungen zusammen zu denken. Und indem sie selbst Entscheidungen vornehmen und nicht ständig an die sogenannte "Selbstverantwortung" überantworten, die längst zu einem Schattenreich von Nebenabsprachen geworden ist.
- Bei Institutionen, insbesondere Zwangsinstitutionen, indem sie, wie jetzt schon die Apotheker, ihren Mitgliedern endlich mal sagen, dass das jetzige System der Selbstbedienung und der unsystematisch agierenden Einzelunternehmer zu

Ende gehen, wenn Vernetzung nicht nur als nette Idee verstanden wird, sondern die Verweigerung systemischer Behandlungsleistung dann auch mit Pleiten und Marktaustritten der ewig gestrigen sanktioniert wird.

- Bei Kostenerstatern (Was für ein schönes Wort bürokratischer Unverbindlichkeit) der gesetzlichen Krankenkassen, die mit einem aufgeblähten Verwaltungsbeirat und pseudodemokratischen Sozialbeiräten Umdenken blockieren (es sei denn, sie stehen kurz vor der Pleite). Bei den Privaten Krankenversicherungen, die in Hordenlogik längst ihren Vorteil, frühzeitige Rücklagenbildung, Bürokratieunabhängigkeit und besseres Versichertenklientel, verspielt haben, weil auch sie nicht die Kraft gefunden haben, sich selbst neu aufzustellen.
- Und bei den Unternehmern selbst, indem sie sich nicht, ganz ADAC-like, von Institutionen vertreten lassen, denen sie längst kein Vertrauen mehr schenken, sondern die diese nur noch machen lassen, weil sie keine Lust und keine Energie haben, sich auf entsprechende byzantinisch anmutende Diskussionsprozesse einzulassen. Verdenken kann ihnen das niemand. Aber sie müssen dann auch mit den Folgen leben.

### **Angst ist ein schlechter Ratgeber**

Der Kitt, der unser Gesundheitswesen zusammenhält, ist die Angst. Angst davor, dass das heutige Alimentierungssystem, bei allen Einschränkungen, einfach zu Ende geht. Und weil diese Angst und ihre systemische Grundlage, das Interesse an einem Weiter-so im G-BA ihre institutionelle Krönung gefunden hat, bewegt sich zu wenig. Trotz allem guten Willen, der niemand abgesprochen werden soll.

Es geht nicht darum, die Leistung von irgendjemandem schlecht zu machen. Wenn unser Gesundheitssystem noch immer gut funktioniert, dann deshalb, weil viele Ärzte, trotz Gängelung, ihre Patienten ernst nehmen, weil viel Pflegekräfte oder Hebammen trotz skandalösen Honorierungsleistungen (sie sind nämlich nicht „Part of the Game“) ihren Beruf lieben. Und ja, weil auch im G-BA und der Gesundheitspolitik subjektiv die Meisten das Beste geben; – unter Akzeptanz dessen, dass im Gesundheitswesen alles lähmend langsam geht.

Mit einer Leitbilddiskussion alternative Szenarien für eine bessere Gesundheitsversorgung entwickeln.

Reformen gibt es, so ein altes Lobbyistensprichwort, nur, wenn das Geld knapp ist. Alles andere ist Gerede. Vor diesem Hintergrund ist es jetzt ein ganz schlechter Zeitpunkt für eine neue Debatte zu einer anderen Gesundheitsversorgung. Man kann es auch anders betrachten: Jetzt, wo mal kein Druck im System ist, kann man einen Schritt zurücktreten und darüber nachdenken, was man mit dem Blick aufs Ganze neu justieren müsste. Es geht darum, über eine Leitbilddiskussion die Themen, die bereits jetzt offiziell verhandelt werden (Versorgungsqualität) mit denen zusammen zu denken, die unter dem Tisch oder heimlich mitgedacht werden: Wie können einzelne Gruppen und Anbieter ihr Geschäftsmodell weiter entwickeln. Und erst wenn ökonomische, ethische und medizinische Interessen und Fragestellungen zusammen gedacht werden, werden sich neue Ansätze ergeben.

Weil jede Diskussion einen Gegenüber braucht, das den Benchmark definiert: Die gesundheitspolitische Diskussion braucht dringend eine durchdachte Alternative zu einem zentral administrierten und gesteuerten Modell, indem oft praxisferne Wirtschaftswissenschaftler und Versorgungsforscher die Vorlagen dafür schaffen, was in der Versorgungspraxis als sinn- und wirkungsvoll gedacht und entschieden wird.

Erst wenn sich das bestehende Modell der Gesundheitsversorgung einem konzeptionellen Gegenentwurf stellen muss, kann unser aller beschränktes Hirn verstehen, wie es anders sein könnte, wie Gesundheitswirtschaft anders funktionieren könnte, was besser wäre, was schlechter. Wie wir 10 Prozent unserer Wirtschaftskraft und 10 Prozent unserer Arbeitskräfte für eine bessere Versorgung mobilisieren könnten und nicht für dauernd neue und niemals umgesetzte Versorgungskonzepte. Wie wir wieder mehr Geld für Gesundheit und weniger für das Administrieren von Gesundheit ausgeben könnten. Wie das System offener, flexibler, anpassungsfähiger und fairer gegenüber den Versicherten und den dort Tätigen werden könnte.

Das Fenster für eine Leitbilddebatte ist offen. Die Apotheker haben einen ersten Aufschlag gemacht, noch ist genug Geld im Gesundheitsfond, damit man nicht ganz schnell handeln muss. Mit unserem Gesundheitsminister haben wir einen nüchtern denkenden, systemaffinen, aber institutionsfremden Minister. Und im Gesundheitsausschuss des Bundestags sind über 50 Prozent der Mitglieder neu.

Eine gute Chance, die gesundheitspolitische Welt neu zu denken. Und den künftigen Kurs, ganz ohne Zwang, neu auszurichten.

13.3.2014



## **BÜRGERVERSICHERUNG, KANN MAN MACHEN. ABER WAS BRINGT'S?**

Der ganz große Aufreger scheint die Bürgerversicherung in diesem Wahlkampf nicht zu werden. Die Steuerpolitik hat die ursprünglich der Bürgerversicherung angediente Aufgabe, Symbol des neuen Gerechtigkeitsbegriff einer anderen, rot-grünen Regierung zu werden, übernommen. Die Komplexität gesundheitspolitischer Konzepte will sich im Wahlkampf dann doch niemand zumuten.

### **Bedeutet das Ende des PKV Systems, das Ende der Zweiklassenmedizin?**

Und dennoch lohnt ein Blick auf die Debatte rund um die Bürgerversicherung. Rund 10 Prozent der Deutschen sind über das PKV System abgesichert und es sind, entgegen der landläufigen Meinung nicht nur die Bestverdiener, sondern auch viele unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze. Und dem aufmerksamen Betrachter fällt dann doch auf, dass nach Jahren des Stillstandes, auf einmal Bewegung in die Debatte über die Krankenversicherung kommt.

Es kommt so kurz vor der Wahl Bewegung in die Debatte über Krankenversicherung. Und damit stellt sich die Frage, ob die Bürgerversicherung eigentlich den Stellenwert hat, den sie in der politischen Debatte einnehmen soll: Das Zweiklassen-System der Versicherten zu beenden.

### **Die Debatte um die Bürgerversicherung lenkt von einer Frage ab: Wie man mehr Wettbewerb um bessere Leistungen forcieren könnte.**

Kämmen wir die Debatte doch einmal gegen den Strich. Das Eine ins andere System zu überführen, wirbelt jede Menge Staub auf. Sie lenkt ab von der viel wichtigeren Frage, wie man beide Systeme aus sich heraus besser machen kann. Mehr Wettbewerb für mehr Leistungen für jeden Kunden. Und das vor dem Hintergrund, dass Medizin immer mehr kann, die Menschen immer länger leben, das Geld aber nicht im selben Maße zunimmt.

Im Schatten der Bürgerversicherungsdebatte werden zahlreiche Fragen, die für ein besseres Krankenversicherungssystem vorrangig sind, hintan gestellt. Die Bürgerversicherung, scheint mir, ähnelt dem Scheinriesen Michael Endes: Je näher man ihr kommt, desto kleiner wird sie. Gerechtigkeit für alle Bürger, wie sie es behauptet, wird sie nicht schaffen, dafür jede Menge hochideologischer Debatten. Unterschiedliche finanzielle Bedingungen werden sich in der Krankenversicherung immer ihre Wege bahnen, ob über Zusatzversicherungen oder außerhalb des Grundversicherungssystems. Und somit stirbt bei der Umsetzung der Bürgerversicherung der Mythos, mit dem sie groß geworden ist, nämlich, dass Politik in der heutigen Gesellschaft Gerechtigkeit schaffen kann. Sie kann lediglich Unterschiedlichkeiten begrenzen, flankieren, dem Wettbewerb eine Richtung geben, Impulse setzen und Druck erzeugen.

Aber von solch differenzierteren Debatten scheut man sich. Die Einen, weil sie in einem ganz komfortablen Segment bequem geworden sind und im Ernstfall auf Hilfe von oben vertrauen. Die Anderen, weil sich bei näherer Betrachtung der Anspruch, Gerechtigkeit

zu schaffen, in seine Einzelteile auflöst. Die Einzelteile, das sind Gleichheit und hohes Leistungsniveau. Bei begrenzten Finanzen entweder gedeckelte Einheitsleistung für alle oder ein offeneres, wettbewerbsorientierteres System im System. Soll es jetzt nur einen Standardkatalog geben oder doch Optionen? Wie viel Spielraum haben Krankenkassen, eigene Konzepte zu entwickeln? Mag sein, dass ein einheitliches System auf dem Papier gerechter aussieht. Aber ist es wirklich erstrebenswert, alle Versicherten in ein Versicherungssystem zu zwingen, das Wettbewerb eher in homöopathischen Dosen zulässt? In das Politik und der G-BA immer stärker eingreifen, es verrechtlichen, verregeln und damit Veränderung noch komplizierter machen? Ist es sinnvoll, alle Versicherten in ein System zu zwingen, in dem Kassen aufgrund des MorbiRSA gezieltes Risikopicking betreiben können, um ihr Ergebnis zu optimieren?

### **Wo bleiben die Antworten der PKV an Jens Spahn?**

So oder so. Ein zukunftssicheres Krankenversicherungssystem bräuchte mehr Wettbewerb, mehr Flexibilität. Mehr Wettbewerb für bessere Leistungen, um vernetzte, kooperative medizinische Praxis, in der die rechte Hand weiß, was die linke tat, zu ermöglichen. Und dazu eine Politik, die sich nicht vor klaren Ansagen scheut, konfliktfähig ist, nicht die Lösungen produziert, sondern den Rahmen schafft, in dem Lösungen zum Nutzen der Versicherten wettbewerblich hergestellt werden.

Jens Spahn lag mit seiner Initiative nicht verkehrt. Ein duales Versicherungssystem ist dann, so Spahn, erhaltenswert, wenn sich die PKV-Versicherungen daran machen würden, ihre eigenen Baustellen zu bearbeiten. Und getrieben von PKV-Versicherten, die am Wahltag ja auch und vorrangig CDU und FDP-Wähler sind, listete er die Versäumnisse der PKV-Versicherungen durchaus überzeugend auf. Locktarife, die Intransparenz des Tarifsystems, das in einigen Tarifen auch gegenüber der GKV schlechtere Versorgungsniveau, die vor dem Hintergrund der Zinsentwicklung nicht nachhaltig kalkulierten Rücklagen, der Wettbewerb um Abschlussprämien anstatt um bessere Kundenleistungen, gehörten dazu.

Ob die Antworten der PKV-Versicherungen erfolgt sind, lässt sich nur schwer sagen. Transparenz ist nicht die Königsdisziplin der Branche. Und entgegen der Erwartung ist die kritische Auseinandersetzung der meinungs- und finanzstarken Klientel der PKV-Versicherten mit den Leistungen ihrer Versicherungen eher schwach. Hier würden sich für Verbraucherschützer und an realen Verbesserungen interessierten Politikern lohnende Aufgaben eröffnen.

Jedenfalls: Einige Aufgaben haben die PKV-Versicherungen inzwischen intern geregelt, die Mindestleistungen von PKV-Versicherungen zum Beispiel. In weiteren Fragen, Mitnahmemöglichkeiten beim Wechsel in eine andere PKV-Versicherung, neue Versorgungsformen, Transparenz und Klarheit in Sachen Verlässlichkeit ist noch nicht abschließend zu erkennen, ob grundsätzliche Verbesserungen erfolgt sind.

### **Dualitätslegitimierende Papiere liegen im Trend.**

Wer die Vielzahl der jetzt publizierten Positionspapiere, Statements und Studien analysiert, die jetzt dualitätsstabilisierend veröffentlicht wurden, wundert sich. Viele von ihnen sind lediglich Variationen der Grundinszenierung, eine kapitalbasierte Versicherung wäre das nachhaltigere der Systeme, weil jeder Versicherte ja seit Beginn seiner Versicherungszeit für sein Alter vorsorgt. Dieses systemisch tatsächlich

überzeugende Argument scheint in einer Zeit, in der Kapitalanleger sich sorgen, die zum Inflationsausgleich notwendige Rendite nicht mehr erwirtschaften zu können, eher brüchig. Und die, in der Lebensversicherung, zu beobachtenden Ansätze, angesichts der Unkalkulierbarkeit der künftigen Zinsentwicklung das Risiko künftig den Kunden aufzubürden, zeigt, dass auch hier die Macht der Unternehmen dazu genutzt wird, sich gegenüber Kundeninteressen durchzusetzen.

Im Klartext: Die Argumentation, eine kapitalgedeckte Krankenversicherung wäre nachhaltiger denn eine gesetzliche, durch Umlage und Steuerzuschüsse finanzierte GKV-Versicherung, zieht nicht. Sie könnte lediglich darauf verweisen, dass eine GKV-Versicherung unter diesen Umständen in ihrem Versorgungsumfang nicht wirklich kalkulierbar ist.

Im Lager der Dualitätsverfechter dominiert also noch der Rückzug auf die bekannten Grundsatzpositionen, obwohl der Zahn der Zeit und die Verwerfungen der gegenwärtigen Finanzmärkte die Fundamente dieser Argumentation und die Rücklagen bereits zur Erosion gebracht hat. Grundsatzstreit scheint auch von dieser Seite willkommen, um sich nicht mit den zu erledigenden Aufgaben im eigenen Lager (Den Splitter im Auge des Anderen sehe ich wohl, den Balken im eigenen aber nicht, Matthäus 7.3) beschäftigen zu müssen.

## **Die Hoffnung stirbt zuletzt**

Das könnte anders werden, wenn wir den Blick auf drei neue, oder noch nicht erschienene, Publikationen lenken.

Der Zukunftskreis Gesundheit, eine Gruppe um PremiumCircle Gründer Klaus-Dieter Gorr, hat sich in zehn Expertenrunden mit der Quantifizierung der Leistungsindikatoren aus dem Sachverständigen Gutachten von 2007 beschäftigt. Die Ergebnisse lassen interessante Impulse erwarten. Gorr gilt als Kenner der PKV-Tarifstrukturen und könnte vor diesem Hintergrund die richtigen Wegweisungen für eine nachhaltigere Aufstellung des PKV-Systems und einen leistungsorientierten Wettbewerb geben.

Der Hamburger Gesundheitsökonom Mathias Kifmann hat in einem Papier ein Modell eines Dualen Wettbewerbs skizziert, der dem Argument fehlender Sozialverantwortung entgegenwirkt. Über MorbiRSA und Gesundheitsfonds sollen sich die PKV-Versicherungen danach an diesem Sozialausgleich beteiligen und damit ihr Legitimationsproblem lösen.

Und der Kieler Gesundheitsökonom Drabinski wird Ende August in einer weiteren Publikation sein Konzept von Systemwettbewerb von PKV- und GKV-Versicherung vorstellen.

Am 22. September ist Bundestagswahl. Wenn die Bundesregierung bleibt, wie sie ist, steht zu befürchten, dass alle Reformbestrebungen auf die lange Bank geschoben werden. Das System ist gerettet, die Beharrungskräfte werden, wenn die Politik nicht Druck macht, dazu führen, dass die notwendigen Veränderungen nicht stattfinden.

Das kann auch schief gehen. Ein Blick auf die forschende Arzneimittelindustrie sollte auch die PKV-Vertreter lehren, dass die scheinbar "bequemere" Regierungsalternative sehr schnell unbequem werden kann, wenn nämlich aus den Bereichen keine substanzhaltigen Vorschläge kommen und die Politik selbst Ideen produziert. Als

verbürgt gilt nämlich, dass aus den Reihen der PKV-Versicherten doch eine Reihe von Briefen an die CDU-Zentrale gegangen sind, in denen immer wieder auf enorme Beitragsanstiege verwiesen wurde. Wenn ehrliche Diskussionen über die Baustellen der PKV-Versicherungen unterbleiben, kann das schnell dazu führen, dass mittels einiger weniger Federstriche ganze Geschäftsmodelle und Versicherer unter Druck kommen. Kosteneffizienz und verantwortbare Beitragsentwicklung bleiben die großen Herausforderungen, die Zeiten des „Weiter So“ dürften auch in der Gesundheitspolitik endgültig vorbei sein.

Die Welt verändert sich und auch wenn die Politik, gerade die Gesundheitspolitik, den Menschen glauben machen will, sie könne sie gegen diese Veränderungen schützen, sie kann es nicht. Was sie kann, ist, diese Veränderungen moderierend zu begleiten. Gutes Lobbying wäre es, frühzeitig den Dialog mit den Entscheidern zu suchen, um einen realistischen Blick auf die Verfassung der eigenen Branche zu entwickeln. Verweigert sie das, kann sie sich, auch in einer konservativ-liberalen Regierung, auf Schnitte gefasst machen. Bloß weiß sie dann nicht, wo und wie. Und Unberechenbarkeit ist Gift für jedes unternehmerische Handeln. Das gilt auch in der Gesundheitswirtschaft.

### **Wo der Hase in Pfeffer liegt. Eine abschließende Provokation.**

Bürgerversicherung, kann man machen. Aber was bringt's, war die Eingangsfrage. Die plakative Alternative von Bürgerversicherung oder "Weiter-So" verstellt den Blick auf die Aufgaben, die im Gesundheitssystem anstehen.

Die überlaufenden GKV-Kassen legen nahe, dass erst mal weitergewurschtelt wird wie gewohnt. Die Politik hat es sich mit der Schaffung des gemeinsamen Bundesausschusses bequem gemacht, hat Verantwortung delegiert, sich zum Geldbeschaffer und -rationierer degradiert. Der G-BA ist, trotz aller ernsthaften Bemühungen, eine Art "Politbüro" des Gesundheitswesens. Da man miteinander „können muss“, werden die Konflikte begrenzt, konsensuell geregelt- das entschleunigt. Und das, obwohl der Druck von außen steigt: Die demographischen Veränderungen, technologischen und neuen therapeutischen Möglichkeiten wachsen, wie auch der Anspruch der Versicherten und Patienten, wirklich mitzureden.

Die Folgen eines so gesteuerten Systems kann man, ganz ohne Häme, in den Protokollen des niedergegangenen Plansystems, beispielsweise in den Protokollen der ZK-Sitzungen nachlesen. Statt um Strategien ging es dort um die Beschaffung der notwendigen Kohle und Stahllieferungen für die kommende Woche. Die Zentralisierung der Entscheidungsebenen hat das System verstopft.

Das droht auch dem Gesundheitswesen. Wenn alles einheitlich und politisch verhandelt wird, blockiert das die Entstehung neuer Ideen. Statt neuen Ideen entsteht eine ständig wachsende Evaluationsindustrie, die schon vorab evaluieren will, wie etwas hinterher funktionieren könnte. Die Alternative dazu wäre ein marktwirtschaftliches System, das, in einem klaren Rahmen, neue Angebote, differierende Versicherungsoptionen, unterschiedliche Versorgungsformen zulässt, ihnen Zeit lässt, besser zu werden. Und aufmerksam beobachtet, was sich gut entwickelt und bei welchen Entwicklungen man den Riegel verschieben muss.

Wer mit praktisch tätigen Ärzten und Pflegeern spricht, stellt fest, dass diese über wachsende Bürokratie sprechen, nicht über sinnvolle Maßnahmen für bessere

Behandlungen. Oftmals, so der Eindruck, funktioniert das Gesundheitswesen nur wegen des hohen Engagements der dort Arbeitenden, nicht wegen der klugen Rahmensetzung.

Versicherte und Beschäftigte im Gesundheitssystem hätten ein besseres Management verdient. Neue Ideen, mehr Markt mit klaren Flankierungen Lösungen aus der Praxis heraus, das wären andere Ansätze. Aber eine solche flankierte Dynamisierung des Gesundheitswesens hat angesichts zunehmender Berater, Gesundheitsplaner, Public-Health Redner, auf Einheitlichkeit und Steuerungsanspruch fixierter Politiker und Status-Quo fixierter Funktionäre, keine Chancen. Schade drum.

26.8.2013

## **WIE WIRKLICH IST DIE GESUNDHEITSPOLITISCHE WIRKLICHKEIT?**

Auf dem Papier ist alles ganz einfach. Und so geschah es. Das Gesundheitssystem, so schien es vielen von uns, ist dadurch geprägt, dass zu viele Lobbyinteressen zu viele für sie nutzenorientierte Bilder zeichnen und am Ende die Politik den Überblick verliert. Deshalb schien eine unabhängige, wissenschaftlich basierte Faktengrundlage für Entscheidungen der richtige Weg. Ein paar Fragen an die heute alternativlos herrschende Konstruktion.

So ging es dann weiter

Der reale Weg war dann, dass die Verantwortung für diese Fragen an ein Selbstverwaltungsgremium delegiert wurde, den Gemeinsamen Bundesausschuss. Dort treffen Vertreter von Leistungserbringern und Kostenerstattern dann Entscheidungen. In der Folge wurden die Interessen der Interessensgruppen gebündelt, jetzt sitzen sich die Gruppeninteressen in destillierter und in wachsender Mannstärke gegenüber. Ach ja, und um Sachverhalte zu haben, über die man reden kann, werden Gutachten erstellt und wissenschaftliche Beratungsgremien eingerichtet. Auf dem Schlachtfeld der Honorarverteilung treten alle Beteiligten als sachorientierte Friedensengel auf. Eine schöne Inszenierung.

Man dann das auch so übersetzen: Um gegenüber Lobbyisten von Außen ein stärkeres Gewicht zu haben, haben sich die Lobbyisten von Innen, Ärzte, Krankenkassen, Krankenhäuser, abgeschottet und organisiert, um im zähen Ringkampf zu Lösungen zu kommen.

### **Ist das schlecht? Ist das gut?**

Es wirkt in erster Linie mal alternativlos. Alle Bundestagsparteien favorisieren dieses Modell zentraler bürokratischer Selbstverwaltung.

Die Kritik daran ist erst einmal formaler Natur:

### **Das spricht gegen die Konstruktion G-BA**

Eine Zentralisierung der Entscheidungen führt zu einem Flaschenhalseffekt. Durch diesen Flaschenhals müssen alle durch, also gibt es einen Entscheidungsstau.

Eine Zentralisierung führt zu Erpressbarkeit. Wer so viele Entscheidungen treffen muss, dem ist das erste Anliegen, diese schnell wieder vom Tisch zu kriegen. Also ist im Ernstfall die Frage, ein Thema konfliktfrei wieder vom Tisch zu bekommen, wichtiger als die richtige Lösung zu finden.

Die Zentralisierung führt im Grunde zu Laienentscheidungen. Niemand kann diese ganzen komplexen Themen überschauen. Deshalb geht es um Plausibilität, das ist aber etwas anderes als die konkrete, richtige Entscheidung.

Die Verwaltung im Selbstverwaltungsmodus führt dazu, dass das Motiv des "Weiter so" dominiert. Bestehende Interessen gegenüber künftigen "Markterwartungen". Veränderungen sind in einem solchen Gremium schwer zu erreichen.

Die Verwaltung im Selbstverwaltungsmodus führt auch dazu, dass Machtfragen als Sachfragen verkleidet werden. Damit wird das Modell eines deliberativen Verfahrens, aus der Idee geboren, dass viele Fragen sachlich zu klären sind, ins Absurde geführt. Es geht eben nicht um sachliche Fragen, es geht um Machtfragen.

Und dann bleibt da noch der systemische Nachteil von Verhandlungsmodellen, bei denen Entscheidungen und Anpassungen alleine durch Verhandlung und Beratung stattfinden. Es bedarf erst eines Problems in einer relevanten Größenordnung, bevor es zur Beratung kommt. Marktmodelle funktionieren ja so, dass sich die Erwartungen der Kunden verschieben. Und die Anbieter auf den Märkten, und zwar ohne Diskussion, sich auf diese Verschiebung reagieren. Und zwar von sich aus, in der Auseinandersetzung von Kunden und Leistungserbringern. Im Gesundheitssystem kann so eine spontane Adaption der Leistung schon deshalb nicht mehr erfolgen, weil das Honorierungsmodell die Kostenerstattung immer zentraler organisiert. Selbst wenn also Institutionen erkennen, dass Leistungen anders besser zu erbringen wären, passen sie sich nicht an. Ausnahmen bestätigen die Regel, also etwa bei Laborleistungen etc. Bei diesen einfachen Preiseffekten kann man Einsparungen erzielen. Sobald es komplexer wird, etwa, wenn Ärzte nicht mehr nach Einzelleistung für Krankheitsreparatur, sondern für die Gesundheitserhaltung ihrer Patienten belohnt werden sollten, funktioniert das nicht.

Und weil es darüber keine Diskussion gibt, fängt das Gesundheitssystem immer stärker an zu hinken.

### **Was tun? Anders denken!**

Die menschliche Erkenntnisfähigkeit ist schwach. Das erkennt derjenige, der sich mit der Unterkomplexität des menschlichen Geistes beschäftigt, oder der sich über die magere intellektuelle Qualität der politischen Debatte erregt hat.

Woran das liegt? Klar, auch an den Folgen einer Überpolitisierung der Gesellschaft. Wenn alles politisch ist, dann gehört alles auf den Tisch der gesellschaftlichen Debatte. Die Piraten haben in ihrer kurzen Geschichte gezeigt, dass das Modell, alles immer zu thematisieren, eben zum Ende der Debatte, und, noch wichtiger, zu Nichtentscheidung führt. Weil die Debatte Mittel zum Zweck ist.

Deshalb braucht es nach der Phase der Politisierung der Gesellschaft jetzt eine Rückbesinnung auf die spontane Handlungsfähigkeit der Gesellschaft. Wenn ständig alles thematisiert wird, will keiner mehr mitmachen. Es gibt ein Leben außerhalb der Politik. Und das ist schön. Jeder von uns kann einen Beitrag zu einer gut funktionierenden Gesellschaft leisten, wenn er gut arbeitet. Die unreflektierte Lust an Leistung, wenn sie sich für den Einzelnen auch lohnt, ist eine starke Triebkraft einer spontan gut funktionierenden Gesellschaft, nicht die ständige Partizipation. Und gegen Wutbürger braucht es Politiker mit Rückgrat, um Aufreger wieder abregeln zu können.

6.2.2014

## NEUES VOM BUNDESILLUSIONSFONDS

### 300 Millionen, um die Stellschrauben auszublenden

*„Als sie das Ziel aus den Augen verloren hatten, verdoppelten Sie ihre Anstrengungen“*

*Mark Twain.*

Das Spreestadtforum der TU Berlin entwickelt sich zu einem Ort, an dem man in Ruhe, und zunehmend auch mit Debatten über die gesundheitspolitischen Zeitläufte (DIE ZEIT) rasonieren kann. Am 2.6. zum Beispiel über den Innovationsfonds der Bundesregierung. 300 Mio. Euro - ein Füllhorn für Gesundheitsforschung, ein Großanliegen auch des Bundesverbandes Managed Care (BMC), der unter der Führung von Prof. Volker Amelung beginnt, viele Dinge neu und quer zu denken.

Was Innovation ist, Schein, Schritt, Sprunginnovation, disruptive Innovation, hat Amelung schön dargestellt, auch dass ein Innovationsfonds nur ein Plan B für Systeminnovation ist. Der Überblick über die aktuellen Entwicklungen, die BMC-Geschäftsführerin Susanne Ozegowski gegeben hat, war „State of the art“.

Und doch blieb eine Frage offen (und wurde lebhaft diskutiert): Kommt durch den Fonds mehr Innovation ins System?

#### Ein paar fragende Zweifel

Sprechen wir es aus: Wenn 300 Mio. € von den Säulen des Bestandssystems, den G-BA Mitgliedern administriert werden, gibt das viele schöne Broschüren, einige gute Nachbildungen ausländischer Innovationserfahrungen (Amelung kann als Experte für internationale Systeme sehr anschaulich berichten, wenn man ihn danach frage), viele könnte, sollte, möchte.

Aber wenig umgesetzte Innovation. Das ist nicht die Folge von Dummheit der Forscher, Ignoranz der Politiker oder sonst irgendwelchen unterstellten persönlichen Eigenschaften. Das ist die Folge einer Denkhaltung, die in einem immer wieder geäußerten Satz seinen Ausdruck findet: „Im Gesundheitswesen finden Veränderungen immer nur schrittweise statt“.

#### Folge zentral geplanter Systeme

Schon in der DDR war es einfacher, die Statistiken zu fälschen als die Wahrheit auszusprechen. In der Gesundheitspolitik besteht mit einem 300 Mio. schweren Innovationsfonds die Gefahr, die Realität ganz gründlich aus den Augen zu forschen.

Unser Gesundheitssystem ist ja ein eigentümliches Konstrukt. Es paart die Nachteile planwirtschaftlicher Systeme, zentrale Steuerung und Administration, mit denen dezentraler Umsetzung. Deswegen, darauf hat die nachfolgende Diskussion dann hingewiesen, sind viele echte Veränderungen (ich weigere mich, das Innovation zu nennen), DRG, Fallpauschalen und andere administrative Lösungen, einfach Rezepte planwirtschaftlicher Systeme. Und die Zeit, die es gebraucht hat, solche Elemente hier in unserem Gesundheitssystem durchzusetzen, sind keine Forschungs- und Erprobungszeiten, sondern lediglich die Zeit, die man zur Überwindung bestehender



Interessen benötigt hat. Ständische Interessen, lobbyistische Interessen, traditionale Verhaltensweisen, etc.

Ja, es gab Veränderungen in unserem Gesundheitssystem. Ich meine, Prof. Henke war es, der darauf hingewiesen hat. Meine These: Veränderung kann immer dann stattfinden, wenn sie bestehenden Interessen nicht entgegen steht. Aber unser System besteht aus einem Geflecht bestehender, sich konterkarrierender Interessen (und Unverantwortlichkeiten).

Prozessuales Herangehen, die Zusammenarbeit der Anbieter im Gesundheitssystem, ständige Bottom-Up-Innovationen aus dem System mit Veränderungen im System, die sind in Deutschland ausgeschlossen.

Meine These: Wer die zweite Natur unseres Gesundheitswesens, sein Regulierungs- und Honorierungssystem, nicht gleich mitdenkt, riskiert, dass 300 Mio. Euro wirkungslos im System versacken. Alimentierung für notleidende Hochschulen und Wissenschaftler, Spielgeld für gesundheitspolitische Beschäftigungstherapeuten, usw.

### **Ein neues Modell für Evaluation**

Deswegen spontan die Idee, für die Evaluation der Ergebnisse ein neues Roll-Out-Denken verbindlich zu machen.

Jede Evaluation hat sich mit folgenden Fragen zu beschäftigen:

- Welche Hindernisse stehen der Einführung dieser Innovation besonders entgegen (Relevanzhierarchie)?
- Und wie wären diese Hindernisse zu beseitigen (Realisierungsstrategie).

Das wäre ein erster Schritt, die Scheuklappenmentalität eines administrativen Systems zu überwinden: Systematisches Nachdenken über die Wirkung der Scheuklappen. Und wildes Spekulieren der Scheuklappenträger, wie die Welt hinter den Scheuklappen aussähe.

Wie gesagt, keine Kritik, jeder tut nur seinen Job. Jeder versucht, seinen Teil vom Kuchen abzukriegen, die Akteure im Gesundheitssystem wollen Bestandsschutz, die Politik die mediale Bestätigung („Yes, we can“) und die Wissenschaft, smart, schlank und intelligent, greift die Schlagworte auf, die die Herren an den Fleischtöpfen, Gesundheitspolitiker, G-BA Administratoren und –einflüsterer, allesamt ein persönliches Geflecht von Gefälligkeiten und Interessen, aussenden.

Deswegen braucht das Gesundheitssystem so viele Kongresse. Es geht um die Feinjustierung dessen, was potentielle Auftraggeber so ausstreuen. Wer die Begriffe und Kulissen als erster aufschnappt, der kann punkten.

Ich verstehe ja, dass man als Wissenschaftler 300 Mio. Euro nicht einfach ausschlagen kann. Der Soziologe Richard Münch hat am Beispiel der Exzellenzinitiative und der Pisa-Geschichte gezeigt, wohin solche politischen Strategien führen: Statt belastbaren Karrierewegen für Wissenschaftler gibt es Leuchtturmprojekte und ein „Rat-Race“ um Forschungsmittel. Und am Ende, das zeigt er auch empirisch, gewinnt derjenige mit der größten Nähe zu den begutachtenden Wissenschaftlern.

Wer hät's gedacht!

So ist das auch im Gesundheitsbereich.

Zurück zum System.

### **Die Schlussfolgerungen:**

Eine verbindliche Evaluation der Innovationsergebnisse in der ersten Dimension (Hat's was gebracht) und eine Szenarieneinschätzung für die Ergebnisimplementation. Was sind die größten Hemmfaktoren für eine Einführung ins System, wie wären diese zu überwinden. Das wäre eine Art „Design Thinking“ fürs Gesundheitssystem.

Eine alternative ordnungspolitische Denke für das Gesundheitssystem. Die Gefahr des inzwischen großkoalitionären administrativen Einheitsdenkens (und, sind wir ehrlich, auch „grün“ und „ganz rot“ denkt nicht anders) ist längst, dass sich niemand mehr ein anderes System vorstellen kann. Aber die Isolation des Gesundheitssystem, seine zweite Natur, in der Veränderung erst politisch gewollt werden muss, bevor sie realisiert werden kann, ist seine größte Gefahr: Die Überreizung politischer Verantwortlichkeit.

Zu erkennen, dass „gut gemeint“ nicht „gut gemacht“ ist. Einer der Diskutanten hat es auf den Punkt gebracht. Im Gesundheitswesen agieren längst alle Akteure (die forschende Pharmaindustrie ist davon übrigens ausgenommen, die muss es in ihre 30-Jahre Strategien aber einbauen), nur noch im Ein-Jahres-Zyklus. Zugespitzt: Nächstes Jahr wird wieder eine andere Sau durchs Dorf getrieben. Unternehmerisch verlässliche Perspektiven lassen sich auf dieser Kurzfristigkeit und Unzuverlässigkeit (man kann das auch politische Opportunitäten nennen, dann klingt es besser) nicht aufbauen. In der Konsequenz bedeutet das, dass Innovation in einem so politisch motivierten, „sprunghaften“ System nur von Playern zu bewältigen sind, die groß genug sind, politische Widrigkeiten zu überstehen (qua Kapitalausstattung und/oder Verbohrtheit). Erst dann gibt es Sprunginnovationen. Aber dann, das sollte man auch aussprechen, durch den Verlust der politischen Hoheit, oder realistisch, durch den endgültigen Gesichtsverlust der Politik.

Und dann: Sprunginnovation ist immer Innovation, die sich gegen substanzielle Interessen durchsetzt. Informationstechnologie ist dafür ein gutes Beispiel. Solange Politik das System vollständig von seinen Umweltanforderungen abschottet, kann es keine Sprunginnovation geben. Die Gesundheitskarte ist dafür ein gutes Beispiel. Das wird die Gesundheitskarte nicht verhindern. Aber so lange verzögern, bis die Generation der Bedenkenträger ausgestorben ist.

Was und diese gesundheitspolitische Alternativlosigkeit kostet und wie sie zu ändern wäre, das könnte das Thema einer alternativen ordnungspolitischen Diskussion unter dem Stichwort „Bottom Up-Strategien“ werden.

P.S. Ein Nachwort. Es geht in diesem Beitrag nicht darum, Jemanden, sei es Bundesregierung, Politik oder G-BA zu denunzieren. Es geht aber darum, mal den gesundheitspolitischen Alltag von außen zu reflektieren, und in seiner Gänze zu beschreiben.

Eines muss man der Bundesregierung ja lassen: Meiner Meinung nach geht vieles, gerade im gesundheitspolitischen Bereich, in die falsche Richtung. Zu viel Zentralität, zu viel Konsensualität, zu viel einheitliche Evaluation. Aber fleißig sind sie, die Umsetzung der Regierungsvereinbarungen wird schneller und reibungsloser erfolgen als sich manche heute denken.

4.6.2014

## **SKLEROSE. WARUM ES IN DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT KEINE DISRUPTIVE INNOVATION GEBEN KANN.**

Noch fünf Tage zum Hauptstadtkongress. Worunter leidet die Gesundheitswirtschaft. Eine disruptive Intervention.

Eines vorneweg: Politikberater haben es einfach. Klug reden und nichts verantworten müssen. Trotzdem. Warum eigentlich klagen in der Gesundheitswirtschaft alle. Und niemand packt an?

### **Ein guter CDU-Gesundheitsminister, der erstklassige SPD-Politik macht.**

Die aktuelle Situation ist folgende: Wir haben einen CDU-Gesundheitsminister, der mit erstaunlicher Geschmeidigkeit und viel Geschick eine SPD-Agenda abarbeitet. Ok, das PVK-Thema wurde ausgespart, aber ansonsten fährt auch die CDU die zentral administrierte Versorgungslinie.

Bei den Gesetzesentwürfen heißt es jetzt immer: Alternative: Keine.

### **Was der Besuch zweier Orthopäden lehren kann**

Mich erinnert das etwas an einen Orthopäden, den ich zweimal aufgesucht hatte. Junger Arzt, aus der Charite empfohlen. Der erste Besuch, das erste Röntgenbild meines schmerzenden Knies, seine erste Aussage: "Glaube nicht, dass sie ohne künstliches Kniegelenk sechzig werden". Zu diesem Zeitpunkt war ich fünfundfünfzig. Ein Kollege, der mir dann von einer guten Freundin empfohlen wurde, langjährig tätig, lachte, und empfahl mir, es mal mit Sport zu versuchen: Je mehr Bewegung, desto länger wird der Prozess verzögert.

Mit dem Gesundheitssystem ist das auch so. Kaum ist ein Befund da, weiß schon jemand, welchen Eingriff man machen muss. Die Folge: Das System der Bezahlung und Regulierung wird immer komplexer. Das System ist sklerotisch, weil lange erkannte Mängel nicht von sich heraus behoben werden, sondern alle ums Bett stehen, den Patienten festhalten und ihm zuraunen, er könne sich doch nicht einfach bewegen, wo man doch nicht weiß, was dabei rauskommt. Und denken: " ...und uns niemand dafür bezahlt."

### **Es kann keine disruptive Innovation im Gesundheitswesen geben.**

Disruptive Innovation klappt deshalb im Gesundheitswesen nicht, weil zu viele ein Interesse daran haben, das zu verhindern. Deswegen gibt es auch seit 8 Jahren und einer Milliarde Euro Kosten keine Gesundheitskarte. Und stattdessen einen Bundesillusionsfonds von 300 Mio. Euro.

Die Sklerose des Gesundheitssystems ist deswegen eine schwierige, weil so viele daran beteiligt sind, so viele an einer klassischen Therapie verdienen und niemand Interesse hat, mal was Neues auszuprobieren. Ich meine, richtig, im Ernstfall. So von sich aus. Disruptive Innovation ist deshalb unmöglich, weil jeder, der sich bewegt, sofort von den anderen angehalten wird, mit denen er am Tisch sitzt. Die unterschwelligen Vorwürfe

sind in Freundlichkeiten verkleidet: Wir wollen doch alle das Beste für die Patienten, die Patienten stehen im Mittelpunkt, jeder soll in Deutschland diskriminierungsfrei behandelt werden, und so weiter, und so weiter.

Und weil ständig alle miteinander am Tisch sitzen und alles miteinander verhandeln, weil sich, um im Bild zu bleiben, niemand wagt, auf den Tisch zu hauen, bleibt alles ruhig. Und nichts wird besser.

### **Die Gefahr: Die Sklerose des Gesundheitswesens wuchert in der Pflege weiter.**

Der Fortschritt ist eine Schnecke. Und die Sklerose wuchert weiter, jetzt erfasst sie auch das Pflegesystem. Beispiel gefällig? Die Medien berichten von Pflegenotständen und skandalösen Zuständen, die Pflegebranche bescheinigt sich selbst mit einem Gütesiegel nur beste Verhältnisse. Der bundesweite Durchschnitt liegt bei 1,2! Alles super.

Wer ist schuld?

Es geht nicht darum, auf jemanden mit dem Finger zu zeigen. Man kann das Schwarmintelligenz nennen, wenn alle den Weg des geringsten Widerstands nehmen, man kann das den Zug der Lemminge nennen, wenn sich alle auf den Abgrund hin bewegen, man kann das auch Widerstandsminimierung nennen. Jeder ist Teil des Problems. Also kann auch jeder Teil der Lösung sein.

Aber wer fängt an? Wann fängt er an? Und wer macht mit?

Meine Hypothese ist folgende: Die CDU macht jetzt eine gute SPD-Politik, ok. Weil Gröhe offensichtlich ein guter Minister ist, der die Dinge auch abarbeitet (das Krankenhausding wird noch ein größerer Batzen, wir sind gespannt), können auch alle über den Tag hinaus schauen.

Man könnte also von oben mal nachsehen, was eigentlich unten rauskommt, wenn man oben Qualität reinruft. Ich vermute: Administration, weniger vornehm, Bürokratie.

Ein anderer Blickwinkel. Und schon gibt das ein anderes Bild vom Gesundheitswesen.

Spannend wäre es, das Bild dann mal von unten aufzubauen: Was wäre, wenn nicht ein einheitlicher und zwangsläufig konsensuell arbeitender G-BA den Schiedsrichter macht, sondern wir uns mit der Frage beschäftigen, wie die Institutionen beschaffen sein müssten, dass sie von sich aus mehr Qualität wollen (sie müssten finanzielle und ressourcenmäßige Spielräume haben) und welchen Rahmen müsste die Politik setzen, damit wir nicht im amerikanischen Modell landen: Viel Umsatz, wenig Versorgungsqualität.

Und wie können wir gewährleisten, dass Versicherte und Patienten "jeder nach seiner Façon" die richtigen Angebote findet. Einer, der auf Naturarznei schwört, soll sie kriegen. Aber es muss sich dazu ein Umfeld entwickeln, das erforscht, was dabei rauskommt, das ständig verbessern will, das optimieren und Kosten verringern will. Es muss ein dynamisches System sein.

Traditionell türkische Familien möchten vielleicht auch andere Versorgungsangebote als wir, die Deutschen Mittelstandsbildungsbürger, uns das zusammenträumen. High-Tech-Freaks mit Hang zum „Quantified Self“ wollen immer alles wissen, auch gut. Erst, so die Denkhaltung, sollten wir mal den Kopf frei machen, damit wir überhaupt die Idee einer

Alternative haben, ein alternatives, flexibles Leitbild eines Gesundheitswesens, das von selbst Veränderungen, Herausforderungen, Erwartungen erkennt und Lösungen entwickelt. Und das nicht in allen Fällen von juristischen Fallstricken, Honorarzwangsjacken und Budgetvorgaben totreguliert wird. Und daran fröhlich mitarbeitet.

### **Wir haben eine historische Chance. Nutzen wir sie!**

Wir haben einen Gesundheitsminister, der vernünftig arbeitet. Wir stehen vor einem Generationswechsel im Gesundheitswesen. Wir wissen, dass die meisten Mediziner Medizinerinnen sind, fast die Hälfte nicht in die Praxis geht (wir wissen, warum), die meisten sich nicht niederlassen wollen (mit den Apothekern ist es auch so), wir müssten viele Kliniken abreißen und weniger bauen, wir haben eine historische Chance. Nutzen wir sie!

Denken, das ist das Schöne, kostet nichts. Wir müssen nur den Frust vieler vergeblicher Jahre hinter uns lassen.

Wir müssen an uns glauben.

21.6.2014

## ÜBER DEN PREIS VON MEDIKAMENTEN

Selten ist ein Preismechanismus, wie er den Politikplanern von G-BA und IQWiG vorschwebt, so klar beschrieben worden wie in dem Beitrag von Andreas Gerber-Grote in der taz vom 30.9.2014. Und: Auf den ersten Blick überzeugt der Artikel. In Kurzform: Die Gesellschaft hat das Recht, zu entscheiden, ob der Nutzen eines neuen Präparates seinen Preis rechtfertigt. Es gibt Mittel und Wege, statistisch Zusatznutzen gegen Zusatzfinanzierung aufzurechnen. Ein Verfahren wird dabei vorgestellt. Es klingt ganz plausibel.

Wenn es bei den Verhandlungen tatsächlich darum ginge, den Preis für ein Medikament festzusetzen. Dem ist aber nicht so.

### **Rationalität hat immer einen Bezugsrahmen**

Während die gesetzlichen Krankenkassen, gemeinsam mit der Politik, es also geschafft haben, Preisverhandlungen von Arzneimitteln immer auf ein Produkt zu fokussieren, geht es für forschende Arzneimittelhersteller darum, über den Preis für eine Pille den gesamten Forschungs- Markteinführungs-, Nutzenstudienabbildungs- und Preisverhandlungsmechanismus zu refinanzieren. Die Kostenkonstruktion ist also aus ihrer Sicht reine Willkür, nur dem Zwang, Kosten zu begrenzen, geschuldet.

Während also die Politik und GKV auf eine einzige Pille und deren vermuteten Absatz, die Kosten für dieses Produkt in einem kalkulierbaren Zeitraum (nämlich bis zum Ablauf des Patentschutzes) und das im jeweils nationalen Rahmen betrachtet, mithin ein sehr überschaubares Spielfeld betrachtet, muss jeder Hersteller ein ganz anderes Kalkül aufmachen.

### **Die Fragen der forschenden Pharmaindustrie**

Vorrangig ist es eine ganz einfache Frage: Wie bekomme ich nach 20 jähriger Forschung und Entwicklung über Preisverhandlungen mit 15 bis 20 (oder sogar noch mehr) Regierungen bzw. den entsprechend beauftragten Organisationen, einen maximalen Preis, um damit auch die Flops, die Fehlentscheidungen bei der Übernahme von Unternehmen, die richtigen Entscheidungen mit den falschen Folgen und die Entwicklungskosten der richtigen Entscheidungen mit den richtigen Absatzzahlen zu refinanzieren?

Maximale Übersichtlichkeit seitens der Entscheider, steht also maximale Unsicherheit seitens der Unternehmen gegenüber. Im Grunde geht es Unternehmen darum, über die Preisverhandlungen nicht das verhandelte Produkt zu refinanzieren (die Produktion macht ja nur einen ganz geringen Anteil aus), sondern die Investitionsspielräume für die nächsten Produkte zu vergrößern.

Soweit die Schiefelage.

### **Keine Krokodilstränen für die Pharmaindustrie. Aber nachdenken über einen anderen Rahmen.**

Warum ich das schreibe? Nicht, weil die Pharmaindustrie notleidend ist. Nein, unternehmerisch hat sich die Industrie darauf eingestellt. Es dominiert der Hang zur Größe. Die Oligopolisierung der Verhandlungsmacht auf seitens der Staaten führt zu

Gegenreaktionen seitens der Unternehmen, Fusionen sind an der Tagesordnung. Und Übernahmen von Biotech-Unternehmen, jungen Unternehmen, weil inzwischen mehr als 50 Prozent der Innovationen von jungen Unternehmen kommen, die dann bei großen Pharmafirmen Unterschlupf finden.

Schon heute kann man Forschende Pharmafirmen als Generalunternehmer betrachten, die darauf achten, ihren Cash-Flow in Ordnung zu halten, ihre Produktpipeline offen zu halten, um mit einer durchschnittlichen Floprate weiterhin genügend Vertrauen auf den Finanzmärkten zu generieren, damit der Aktienkurs hoch bleibt. Und damit auch genügend Geld in die Kassen kommt, um die nächsten Übernahmen zu wuppen.

Wenn man, so meine Schlussfolgerung, diese Schieflage in der Gefechtslage erkennt, kann man auch absehen, dass die scheinbare Rationalität der Preisverhandlung vor allem zwei Folgen hat.

### **Politik kann Kostenrisiken steuern. Das ist ok so.**

Aber: Das Gestrüpp pseudorationaler Entscheidungsmuster wächst. Noch mehr Vorlauf, noch mehr Bürokratie, noch mehr künstliche Kosten-Nutzen-Konstruktionen, noch mehr Zeitverzug, aber weniger Nutzen.

Und: Eine zunehmend unterschiedlicher Blick auf das Ganze. Arzneimittelentwicklung soll nämlich dazu da sein, für Patienten Nutzen zu stiften (by the way, auch aus dieser Perspektive ist Schadensvermeidung kein Geschäft).

### **Was wäre eigentlich die Alternative?**

Wie könnte es gelingen, dass Pharmaunternehmen von sich aus an neuen, wenn möglich bahnbrechenden Erkenntnissen interessiert sind? an neuen Behandlungsansätzen, die vielleicht auch Kosten senken, Kosten vermeiden, die an einem besseren System von Gesundheitsversorgung interessiert, an einem lernenden Gebrauch neuer Arzneimittel und nicht nur an Schlupflöchern aus der Regulierungsfalle. Wenn also nicht nur Partialinteressen, einerseits Kostensteuerung, andererseits Spielräume, für künftige Forschung und Entwicklung, heimlich die Diskussion bestimmen?

Ich weiß es nicht. Aber, dass über solche Fragen niemand nachdenkt und sich stattdessen alle an dem schönen Spiel "wer basst die Pharmaindustrie am lautesten" beteiligen, hilft einer guten und entwicklungsfähigen Gesundheitswirtschaft nichts.

Wäre mal ein lohnendes Ziel, darüber nachzudenken.

Der Artikel:

Link zum taz Artikel vom 30.8.2014, Seite 12: Den Wert eines Medikaments öfter ermitteln

<http://www.taz.de/pt/2014/08/30/a0150.nf/text>

*Andreas Gerber-Grote Den Wert eines Medikaments öfter ermitteln*

*GASTBEITRAG*

*700 Euro für eine einzige Pille, ist das ethisch vertretbar? Kosten-Nutzen-Berechnungen im medizinischen Bereich sind machbar und wären vor Preisverhandlungen geboten*



*VON ANDREAS GERBER-GROTE*

*Wenn ein neues Arzneimittel auf den Markt kommt, stellt sich die zentrale Frage: Haben die Patientinnen und Patienten einen Vorteil davon? Leben sie länger, haben sie weniger Beschwerden und Nebenwirkungen oder eine verbesserte Lebensqualität als mit den bisherigen Medikamenten? Und daran schließt sich an: Wie viel soll ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem mit gesetzlichen Krankenkassen für diesen sogenannten Zusatznutzen bezahlen? Die erste Frage kann eine Nutzenbewertung, die zweite Frage eine Kosten-Nutzen-Bewertung (KNB) beantworten. Beide sind seit vielen Jahren im Sozialgesetzbuch V verankert.*

*Seit 2011 müssen Hersteller nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) den Zusatznutzen eines neuen Wirkstoffs im Vergleich zur derzeit besten Versorgung belegen. Dieser wird in einer Nutzenbewertung überprüft. Um den Preis verhandeln Hersteller und Kassen aber hinter verschlossenen Türen. Dabei fehlen die Informationen aus einer KNB, die erst nach dem Scheitern eines Schiedsverfahrens vorgesehen ist.*

*Doch die Ergebnisse einer KNB könnten ein wichtiger Baustein in diesen Preisverhandlungen sein. Das hat das IQWiG mit seiner KNB von vier Antidepressiva im Jahr 2013 gezeigt. Bei einer KNB stellt man den Nutzen verschiedener Arzneimittel oder anderer Therapien in einem Krankheitsgebiet allen Kosten für die Versorgung der Patienten gegenüber: Kosten für ambulante und stationäre Behandlung, Kosten für die Arzneimittel selbst, aber auch für weitere Therapien wie eine Psychotherapie und Anschlussbehandlungen. Man vergleicht also nicht einfach nur die Preise von Arzneimitteln. Die Wege, die Patienten während ihrer Versorgung gehen (etwa vom Allgemeinarzt zur Fachärztin oder in die Klinik und so weiter), bildet man dann in einem mathematischen Modell des Behandlungsablaufs einer Krankheit ab. Anschließend werden in dieses Modell Daten zum Nutzen, zum Schaden durch Nebenwirkungen sowie zu allen Kosten der Behandlung eingespeist.*

*Schließlich betrachtet man ein solches Modell über einen festgelegten Zeithorizont, zum Beispiel zehn Jahre. Für eine große Zahl von Modellpatienten wird saldiert, wie viele Herzinfarkte beispielsweise vermieden werden könnten und wie sich dies auf die Kosten auswirkt. Sowohl für den Nutzen als auch für die Kosten bildet man dann eine Differenz der Ergebnisse für jeweils zwei Therapien. Daraus resultiert ein Kosten-Nutzen-Verhältnis, das sich beispielsweise so ausdrücken lässt: Um ein Lebensjahr durch einen vermiedenen Herzinfarkt zu gewinnen, würde die Versorgung mit Arzneimittel X 3.000 Euro mehr kosten als die Versorgung mit einer Vergleichstherapie Y.*

*Ein solches Kosten-Nutzen-Verhältnis sagt aber noch nichts darüber aus, ob der Preis angesichts des Zusatznutzens angemessen wäre. Für diese Entscheidung benötigt man eine Orientierung, bis zu welchem Kosten-Nutzen-Verhältnis die Solidargemeinschaft bereit wäre, eine Therapie zu erstatten. In Großbritannien wurde dafür ein Schwellenwert festgelegt. Wenn für ein zusätzliches Lebensjahr in vollständiger Gesundheit mehr als 30.000 Pfund durch eine neue Therapie aufgewandt werden müssen, wird sie eher nicht zur Erstattung empfohlen. Andere Länder entscheiden dagegen von Fall zu Fall.*

*In Deutschland hat das IQWiG die sogenannte Effizienzgrenze vorgeschlagen. Mit dieser Methode lassen sich die Ergebnisse so darstellen, dass auf einen Blick erkennbar wird,*

*welche Arzneimittel im Verhältnis zu ihrem Nutzen einen angemessenen oder unangemessenen Preis haben. Konkret müssen Arzneimittel, deren Nutzen und Kosten unterhalb der Effizienzgrenze liegen, ihren Preis senken, diejenigen, die darüber liegen, dürften ihren derzeitigen Preis beibehalten. Vor dem Hintergrund der aktuellen "Marktlage" gibt sie somit eine Orientierung.*

*Allerdings werden in keinem Land der Welt die Ergebnisse einer KNB eins zu eins umgesetzt. Vielmehr werden auch andere Kriterien berücksichtigt wie etwa Fragen der gerechten Verteilung oder der Schwere der Krankheit. Überhaupt ist die KNB kein Allheilmittel, da sie keinen centgenauen Preis für ein neues Arzneimittel liefern kann. Sie schafft Transparenz und damit Entscheidungsgrundlagen - nicht mehr, aber auch nicht weniger.*

*Wie in jedem Feld gibt es auch hier Kontroversen: So gehen die Ansichten auseinander, wie man unterschiedliche oder sogar gegenläufige Wirkungen eines Arzneimittels, etwa die Verbesserung der Lebensqualität bei gleichzeitiger Verstärkung einer Nebenwirkung, auf einen gemeinsamen Nenner bringen kann. Strittig ist auch, ob und wie berücksichtigt werden soll, wenn sich zum Beispiel ein vermiedener Herzinfarkt auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Die Ausgaben der Kassen betrifft dies nicht.*

*Die Kosten-Nutzen-Bewertung könnte einen höheren Stellenwert bei der Entscheidungsfindung im deutschen Gesundheitssystem haben. Sie ist methodisch fundiert und brächte Transparenz in die Preisgestaltung. Wecken wir das Dornröschen Kosten-Nutzen-Bewertung aus seinem Schlaf.*

*Andreas Gerber-Grote studierte evangelische Theologie, hat als Arzt in der Kinderheilkunde gearbeitet und habilitierte zu den Kosten von Umweltkrankheiten bei Kindern und Jugendlichen. Seit 2009 leitet er das Ressort Gesundheitsökonomie am IQWiG - dem nationalen Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen in Köln. Das IQWiG wird aus Beiträgen der Mitglieder aller Gesetzlichen Krankenversicherungen finanziert.*

*Die 700-Euro-Pille*

*"Sovaldi" brachte die Diskussion ins Rollen: Soviel kostet die tägliche Behandlung gegen Hepatitis C mit dem Medikament. Das Mittel hilft wesentlich schneller und mit weniger Nebenwirkungen als bisherige Behandlungen dieser chronischen und lebensgefährlichen Gelbsucht - kostet jedoch 60.000 bis 120.000 Euro pro Patient. Erst seit Januar auf dem Markt, haben die Krankenkassen schon 120 Millionen Euro dafür ausgegeben, sagen sie. Derzeit laufen die Verhandlungen über den künftigen Preis der Pille (taz vom 18. August 2014). Der Hersteller Gilead (USA) macht beim Preis nicht nur die Entwicklungskosten geltend, sondern auch die 11 Milliarden Dollar für den Kauf der Firma, die das Patent an Sovaldi hielt. Trotzdem ist die Behandlung mit Sovaldi immer noch billiger und erfolgversprechender als die bisherigen Kuren mit ihren bis zu 72 Wochen langen Therapien. (rem)*

30.8.2014



## **INTELLIGENTES MARKTREGIME. DAS REICHT! ENERGIEPOLITIK, GESUNDHEITSPOLITIK. UND DIE FRAGE, WAS HILFT.**

*Wer die politischen Sonntagsdebatten hört, vernimmt immer wieder, dass es um Markt oder Staat geht. Das täuscht. Am Montag singen nämlich die schärfsten Marktliberalen das Lied der Schutzzäune und ökonomischen Austragswiesen. Der liberale Gesundheitsminister ist dafür nur ein Beispiel. Bewegung findet nur langsam statt, weil Politik, zumindest in Deutschland, ängstlich, zaghaft ist. Und die Intellektuellen, die Forscher und Thinktanks auch. Geschmeidig und wendig stehlen sie den, scheinbaren politischen, Entscheidern das Wort aus dem Mund und machen eindimensionale „mental orecasts“, Gedankenspiele in die Zukunft, wie alles sein könnte. Quick and dirty.*

Am besten ist das übrigens in der Gesundheitsbranche zu beobachten. Was gab es da alles für Trends. Integrierte Versorgung, MVZs, Evidenzbasierte Medizin, jetzt neu im Rennen „Pay for Performance“, Wertschöpfungskellen der studiengeilen Wissenschaft.

Was es bringt? Wenig bis nichts. Denn morgen wird wieder eine andere Sau durchs Dorf getrieben: Und als Gegenspieler des neuen „Approachs“ agieren zählebige Lobbyisten, die neue Ansätze, Begriffe und Konzepte so zermürben und zerreden, bis sie, verdorrt, zerredet, verenden. „Staub bist du und zum Staub kehrst du nun zurück“, der feierliche Gedanke der Entsorgung, des Nachrufs, er ist beim politischen Trend untersagt, es gilt die Vorwärtsorientierung.

### **Energie! Wirtschaft?**

Wenn das aber alles nichts mehr nützt? Wenn die fruchtlosen Gedankenspiele, eindimensional, nicht mehr greifen, weil die Politik und die geradeaus denkenden Teile der Gesellschaft, Intellektuelle, Journalisten, Wirtschaft, Wissenschaft und Politik mal „Real-Life-Denken“ einfordern? Weil isolierte Gedankenspiele (radikalmarktwirtschaftliche Phantasten und abstraktsozialistische Gutmenschplaner) nichts nutzen, weil die Realität schon längst unrein ist? Markt und Staat? Wettbewerb und Kooperation? Oligopol und Wettlauf der Freien Kräfte? Dann sind die Forscher mit ihrem Latein am Ende. Nur ein Beispiel: die Energiewirtschaft.

Nachdem zwanzig, dreißig Jahre die saubere und kostengünstige Atomenergie der Gral der Modernisten war (und ihnen mit Tschernobyl, Fukushima und den wachsenden Kostenberechnungen ihre Konzepte buchstäblich um die Ohren geflogen sind), hat sich zumindest Deutschland auf den regenerativen Energiepfad verständigt.

Rotgrüne Grundlegung hat das EEG geschaffen, Forschungs- und Entwicklungsförderung auf Verbraucherkosten, nicht schlecht konstruiert, mit absenkbaaren Einspeisevergütungen, dennoch: Menschenwerk. Die Schwachstellen liegen auf der Hand: Der Aufbau einer wettbewerbsfähigen regenerativen Energiewirtschaft in Deutschland, die man zum Ziel hatte, ist, zumindest, wenn man den Panelhersteller betrachtet, misslungen. Auf dem Weltmarkt ist China, mit deutscher Maschineningenieurshilfe durchgestartet und hat, bürokratisch administriert, den Weltmarkt geflutet. Wer überlebt, weiß man nicht, aber ein wesentlicher Teil der unternehmerischen Kapazitäten ist abgewandert. Die Solarindustrie ist schon weg. Und wenn ich einen Beitrag über Vestas in Dänemark richtig gelesen habe, findet in der

Windenergie derzeit dasselbe statt. „Renewables goes China“ (den Trend übrigens verschläft Indien).

Neben dem nationalen EEG stehen andere Instrumente. Die Strombörse, auf der freie Kapazitäten nach einem kunstvoll ausgeheckten Preisbildungsmodell verhandelt werden, der Emissionshandel, der als eine Art Glasperlenspiel betrieben wird. Der Zertifikatsmarkt wird mit kostenlosen Zertifikaten geflutet, alle dürfen mitspielen, aber niemand weiß, wann das System scharf geschaltet wird. Der rasche Zubau regenerativer Energien führt dazu, dass die Emissionsbörse immer weniger funktioniert. Es wird schlicht nicht gehandelt, weil zu wenig Nachfrage da ist.

Chaos allerorten. Obwohl über dem Ganzen nicht verloren gehen sollte, dass der Weg zur Regenerativen Energieversorgung auf großen Schritten erfolgt. Worüber wir diskutieren, sind die Nebenfolgen einer Übererfüllung. Und da kommen zusätzliche Kriterien ins Spiel. Zum Beispiel Effektivität und Effizienz. Und damit auch die Frage, wer das Ganze wie lange bezahlen muss, die Frage, wer auf dem Energiemarkt der Zukunft welche Rolle hat (die großen EVUs haben auf dem deutschen Nichtmarkt nämlich im Moment überhaupt keine klare Rollendefinition mehr, aber als Oligopole haben sie natürlich die Macht, das „Framework“ wieder nachhaltig umzukrempeln).

### **Ein Schritt vor. Wie viele zurück?**

Jetzt kommen neue Modelle auf den Markt (oder vielmehr, es werden alte recycelt). Die Quotenregelung, nachdem Planziele für verschiedene Energiearten festgeschrieben werden sollen. Dann gibt es eine Neuentwicklung, die Bereitstellungsvergütung, mit der die großen EVUs ihr Restgeschäftsmodell absichern wollen, „Pay-for-Nonperformance“ sozusagen. Mehr Staat statt Markt.

Tatsächlich ist es so, dass alle Ideen auf immer mehr Regulierung und (kostenträchtige) Eingriffe und nur wenige Ideen auf eine dynamische, anpassungsfähige Marktordnung setzen (neben dem Nebeneinander der verschiedenen Ebenen, Länder, Bund und EU, die mit unterschiedlichen Instrumenten gegeneinander arbeiten).

Und so wühlt auch die Wissenschaft nur in den jeweiligen Schützengräben. Sogenannte „marktliberale“ Forscher präferieren ein Quotenmodell (was ist daran marktwirtschaftlich?), während die Gegenseite noch konsterniert wirkt. Es fehlt eine offene Bilanzierung des Grenznutzen des EEG, eine Neubestimmung der Rahmenbedingungen eines entschiedenen, aber flexiblen Rahmens für den Weg zu einem 100 Prozent regenerativen Energieziel. Es fehlt eine nüchterne Auflistung der Kosten und eine offene Diskussion über verschiedene Pfade. Stattdessen gibt der politische Begleitschutz der Regenerativen, die Grünen neue Ziele aus, frei nach dem Motto, wenn der politische Gegner jetzt unsere Ziele übernimmt, legen wir eine Schippe drauf. Das macht man immer so, bis die Stimmung kippt und der Trend dann in die andere Richtung läuft. Weil die Kosten davon laufen. Weil der Stromausfall droht. „The Tipping Point“, jeder weiß es irgendwie, dass es so nicht weiter geht, aber keiner hat den Mut, das zu sagen, bis die Kugel dann in die andere Richtung läuft.

## **Was ist intelligente Marktregie? Und wo könnte sie Anwendung finden?**

Was fehlt, ist also die Diskussion über intelligente Marktregie. Ein wissenschaftlich interdisziplinäres Konzept, das Entscheidern hilft, in die Zukunft zu blicken. Eine Kosten-Nutzen-Abschätzung politischer Konzepte. Das Instrumentarium heißt u.a. Szenarienanalyse. Sie würde helfen, die Funktionsweise von Konzepten (im Realmodus) mit der Funktionsweise alternativer Strategien zu vergleichen. Und am Ende Bilanz zu ziehen.

Die Energiepolitik ist nur ein Feld dafür. Brauchen könnte man intelligente Marktregie auch in der Gesundheitspolitik, Deutschlands größtem, als Markt getarnten Wirtschaftsbereich, in der Forschungspolitik (Stichwort: Wie die Repräsentation von Exzellenz die Herstellung von Exzellenz verhindert), der Arbeitsmarktpolitik (Wie sich ein Monopol über das Kommunikationsmonopol Denken über Alternativen verhindert), des Telekommunikationsmarktes (Wie die Miteigentümerschaft des Staates eine entschiedene Aufstellung eines dynamischen Marktes verhindert) und vielen anderen Bereichen.

Denn Tatsache ist, dass es „DEN Markt“ schon längst nicht mehr gibt. Am Montag. Dem Tag nach dem Sonntag.

1.2.2013

## **MEHR GESUNDHEITSMANAGEMENT, WENIGER POLITIK,**

so brachte es ein Experte in der Arena Analyse Gesundheit auf den Punkt, vorgelegt im Juli 2012 von KovarHuss GmbH. Aber welche Ideen sind derzeit, ein Jahr vor der Bundestagswahl, auf dem Markt, um das Gesundheitswesen neu zu sortieren. Ein paar Überlegungen.

Der Gesundheitsmarkt, das sind immerhin 10 Prozent der bundesdeutschen Beschäftigten und 10 Prozent des Bruttosozialproduktes. Ein Bereich, der in seinen Rahmenbedingungen politisch gesteuert ist. Man könnte sagen, die größte Planwirtschaft Deutschlands, wenn man die Instrumente der Selbstverwaltung auch als Teil planwirtschaftlicher Aktivitäten betrachtet.

Planwirtschaft? Die meisten Akteure würden vor diesem Begriff zurückschrecken. Denn im planwirtschaftlichen Rahmen agieren tatsächlich Unternehmen; – in vielen Bereichen weitgehend durch berechenbare Leistungsvergütungen gesteuert.

Ist die Abgabe einer Arzneimittelpackung tatsächlich 8,10 Euro plus 3 Prozent des Herstellerabgabepreises wert? Oder sind die 2,05 Euro Abschlag, wie er aktuell für gesetzlich Versicherte erfolgt, angemessen? Schnell wird klar, dass es sich dabei um eine quasiplanwirtschaftlich ausgehandelte Vergütung handelt, nicht um einen Preis. Und entlang dieser Preisvorgabe können jetzt die Apotheker, geschützt durch einen gesetzlichen Rahmen, der festlegt, dass jede Apotheke im Besitz eines Apothekers (Höchstbesitz: 3 Apotheken) sein muss, kalkulieren, wo eine neue Apotheke unternehmerisch Sinn macht, wo nicht.

Flächendeckende Versorgung wird bei so groben Vorgaben jedenfalls um den Preis großstädtischer Überversorgung bezahlt.

Auch bei den Ärzten ist es nicht anders. Dem Versorgungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung steht ein Gesamtbudget von Vergütungen gegenüber. Die Höhe des Gesamtbudgets wird in rituell medial inszenierten Auseinandersetzungen ausgetragen, der Kompromiss in ein Modell gegossen, das Rationalität simuliert, aber Planbewirtschaftung darstellt.

Muss ja nicht schlecht sein.

### **Die Folgen der Gesundheitsplanung: Verunsicherung**

Das Gesamtbudget für die ambulant-ärztliche Versorgung ist übrigens so geregelt, dass jede Leistung mit einem Punktwert hinterlegt ist. Die Menge aller abgerechneten Punktwerte werden dann dem Gesamtbudget gegenüber gesetzt. Folge: Bei knappen Budgets beginnt das "Rat-Race", möglichst viele Punktwerte abzurechnen. Niemand kann aber überblicken, ob die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht oder sinnvoll erbracht sind, deshalb treffen die Kontrollen zufällige Opfer. Byzantinische Verhältnisse also.

Wer einfach nur seine Arbeit macht, hat schon verloren. Man muss das Spiel mit den Punktwerten schon mitspielen, damit man auf einen grünen Zweig kommt. Am besten übrigens, man gehört zu den Arztgruppen mit hohem Maschineneinsatz (was heißt, auch

mit vielen delegierbaren Leistungen). Dann lohnt es sich, durch industrielle Leistungserbringung, Mehrwert abzuschöpfen. Der Zweitporsche rückt näher.

Der Versorgungsauftrag führt übrigens nicht dazu, dass tatsächlich eine Versorgungsteuerung erfolgt. Nein, es erfolgt nur die Verteilung der vorhandenen Gelder, wenn sich fürs Land niemand findet, weil der Arzt gerne in der Stadt wohnt, lebt und arbeitet, ergreift die Kassenärztliche Vereinigung keine Maßnahme, für ländliche Regionen ärztliche Leistungen zu erbringen, nein, sie fordert dafür lediglich mehr Geld.

Die Politik, siehe aktuelles Versorgungsstrukturgesetz, zahlt.

Wettbewerb? Fehlanzeige. Streben nach guter Qualität und Leistung? Na, wer möchte sich dazu äußern? Wenn es gute Leistungen gibt, hat man vielfach das Gefühl, dann trotz des Systems. Die systematisch erbrachten Qualitätsmanagement und Fehlersysteme: Viel Bürokratie, wenig Verbesserungen, jedenfalls, wenn man den Äußerungen aus der Praxis glaubt.

### **Wie kriegen wir mehr Gesundheit fürs Geld?**

Das Gesundheitssystem redet über Qualitätsmanagementsysteme, Leitlinienmedizin, Value-for Money, was im Gesundheitssystem Pay-for-Performance heißt, alle Leistungen werden evaluiert, gemessen, gewogen, tabelliert. Und dann in Verhandlungen wieder auf dem gesundheitspolitischen Basar zerredet.

Schade eigentlich, wo doch in Kliniken und Praxen, in Pflegeeinrichtungen und physiologischen Therapie mit großem Engagement gearbeitet wird.

In planwirtschaftlichen Systemen, in denen Leistungserbringer, also Interessensgruppen entweder monopolistisch, wie Ärzte oder Apotheker, oder oligopolistisch, wie Klinken oder, na da müssten wir nochmal drüber diskutieren, Pharmaindustrie, organisiert sind, wird die Erstattung von Leistungen bürokratisch geregelt. Dynamisch ist das alles nicht, ob es gut ist, wissen wir nicht. Festhalten kann man schon einmal, dass jedes System, ob tatsächlich ein staatlich planwirtschaftliches oder ein bürokratisch gesteuertes, "marktsimulierend" anmutendes Modell, Vor- und Nachteile hat.

Wie gelingt es, den politischen Rahmen für ein Gesundheitssystem so zu setzen, dass alle Akteure in einem gesunden Wettbewerb um bessere Leistungen für ihre Kunden, und damit verbunden ein gutes oder besseres Einkommen, konkurrieren.

Einfache Frage, offensichtlich derzeit noch ohne Antwort. Hier vermissen wir die Kreativität der Wissenschaft. Wie muss der Markt organisiert sein, dass soziale Mindeststandards und das Streben nach mehr Effektivität und Effizienz gleichermaßen gewährleisten werden können?

1.10.2012



## **QUALITÄTSWETTBEWERB, ABER KEIN MARKT. WIE SICH GESUNDHEITSPOLITIKER IN DIE TASCHE LÜGEN.**

Eine Diskussion zwischen Mathias Binswanger, Uni St. Gallen und Karl Lauterbach, SPD, zum Thema Wettbewerb und Qualität im Krankenhausbereich in der Zeit, 18/2013, Wirtschaft. Frage: Kann man in so zentralen Bereichen Wettbewerb zulassen? Und wenn ja, welchen. Ein Beitrag zum allseits beliebten Thema Wettbewerbssimulation.

Beide Diskutanten wundern sich beide nicht über zu viel operierte Hüftgelenke. Während Binswanger grundsätzlich kritisiert, dass der Wettbewerb dazu führt, dass der Mensch nur noch als Maßnahmenportfolio wahrgenommen wird, hält Lauterbach dagegen, das muss man wörtlich lesen: O-Ton Lauterbach auf die Frage, ob es zu viel Wettbewerb im Gesundheitssystem gibt: „Das Gesundheitssystem ist kein Markt und darf auch keiner werden. Das bedeutet aber nicht, dass wir weniger Wettbewerb brauchen. Einen Wettbewerb um Qualität halte ich für außerordentlich sinnvoll.“ Warum spricht man vom Wettbewerb und will trotzdem, obwohl es den längst gibt, keinen Markt zulassen? Aber weiter. Marktdesign ergibt sich bei Lauterbach dadurch, dass Listen zwangsweise vorgelegt werden, die zeigen, wie viele Operationen in diesem Teil vorgenommen werden. Zwangsweise dem Patienten ausgehändigt werden.

Ich würde Binswanger zustimmen, dass das ja ein magerer Wettbewerb ist. Wettbewerbssimulation, wie sie in staatlich hoch geregelten Bereichen wie Energie und Gesundheit politisch verstanden werden.

Völliger Blödsinn. Man hat das Kernelement des Wettbewerbs nicht verstanden. Dass sich nämlich urwüchsige Prioritäten bilden. Prioritäten, die nicht vorab politisch definiert werden können. Zum Beispiel, indem dem einen Patienten wichtig ist, dass die Klinik ihm von seinem Arzt empfohlen wird, dem anderen ist eine besondere Philosophie der Klinik wichtig, vielleicht eine ganzheitliche, der dritte, mit Migrationshintergrund, würde vielleicht gerne in eine Klinik, in der er auf Türkisch beraten wird. Das wäre Wettbewerb. Der Kunde entscheidet nach seinen Prioritäten, die Politik müsste dafür Sorge tragen, dass Klinikkapazität vom Markt kommt, weil sonst eben zu viel operiert wird. Und dass Kliniken Standards zu erfüllen haben, über die Anzahl und Ausgestaltung der Standards müsste man dann diskutieren. Die Bemerkungen von Binswanger zum Thema Messbarkeit von Leistungen, dass der Messaufwand zusätzlich erbracht werden muss, und dass in den Kliniken immer mehr darüber geklagt wird, dass Daten geliefert werden müssen, von denen die Klinik selber nichts hat.

Letztlich bleibt aber der Streit unfruchtbar. Beide Diskutanten reden nur über die Frage, dass der Wettbewerb übertrieben worden ist (Lauterbach) oder (Binswanger), dass Wettbewerb nicht möglich sei, weil die Patienten das nicht überblicken würden. Keiner der beiden stellt sich aber der Frage, welche Rahmenbedingungen der Gesetzgeber vorgeben müsste, damit sich ein Markt entwickeln kann, in der Kliniken ihre Patienten suchen und um Patienten werben. Aber in einem Rahmen, der ihnen ein Auskommen ermöglicht, weil eine Rahmenplanung definiert, welche Klinikangebote auf dem Markt sind. Und alles andere den Marktteilnehmern überlässt. Dann könnten auf einmal Patienten und Medien zum Souverän werden. Und nicht die Funktionäre, die scheinbar „den Patienten“ vertreten.

*Die Zeit, 18/2013*

*Das Interview im Wortlaut:*

*»Sie brauchen ein neues Gelenk«*

*Wie verhindert man sinnlose Operationen? Wie viel Wettbewerb verträgt das Krankenhaus? Zwei Gesundheitsexperten streiten*

*DIE ZEIT: Herr Binswanger, Herr Lauterbach, was sagen Sie zu dieser Krankengeschichte: Ein 47-jähriger Monteur kommt schlecht die Treppe herunter, sein Knie tut ihm weh. Im Krankenhaus wird ein Riss im Innenmeniskus festgestellt, wenig später wird der Mann operiert. Doch die Schmerzen werden schlimmer. Es stellt sich heraus, dass ein Knorpelschaden schuld ist und Gymnastik eher geholfen hätte als die Operation. Ist das ein trauriger Einzelfall, oder kommen solche Fehldiagnosen im deutschen Gesundheitswesen öfter vor?*

*Die Zahl der Operationen in deutschen Krankenhäusern nimmt deutlich zu. Die OECD bezweifelt in einer aktuellen Studie, dass das medizinisch zu begründen ist. Zusätzliche Aufmerksamkeit erhält die Debatte durch die TV-Moderatorin Sonia Mikich. Sie beschreibt in ihrem Buch »Enteignet. Warum uns der Medizinbetrieb krank macht«, was in Kliniken falsch läuft.*

*Der Ökonom Mathias Binswanger glaubt, dass Wettbewerb im Gesundheitswesen mehr schadet als nützt. Karl Lauterbach, SPD-Gesundheitssprecher, Harvard-Professor und Aufsichtsrat im Rhön-Klinikum, glaubt an Qualitätswettbewerb.*

*Einen Artikel über das Buch »Enteignet. Warum uns der Medizinbetrieb krank macht« von Sonia Mikich lesen Sie im Feuilleton*

*Mathias Binswanger: So etwas erleben leider immer mehr Patienten. Früher war das Hauptziel eines Krankenhauses, kranke Menschen wieder gesund zu machen. Dass die Kosten dabei nicht aus dem Ruder liefen, war eine Nebenbedingung. Heute steht die Nebensache im Vordergrund. Das gesamte Gesundheitswesen wird zunehmend nach ökonomischen Kriterien gesteuert, auch die Krankenhäuser. Darin liegt das Problem. Die Patienten sind zu einer Art Portfolio geworden. Wie optimiert man es? Indem man die Diagnosen so stellt, dass lukrative Fälle dabei herauskommen.*

*Karl Lauterbach: Es stimmt: Der falsch behandelte Meniskus ist kein Einzelfall. Aber ich bestreite, dass in deutschen Krankenhäusern generell nur noch an den Gewinn gedacht wird. Die Ursachen sind andere: Viele kleine Krankenhäuser zum Beispiel auf dem Land oder auch in den Vorstädten, die eine Grundversorgung für alle leisten, kämpfen momentan gegen die Insolvenz an, weil sie unterfinanziert sind. Daher kommt es mancherorts vor, dass Verluste mit Eingriffen ausgeglichen werden sollen, die nicht unbedingt notwendig wären, bei denen man aber Gewinne macht. Dann sagt man dem Patienten schon mal: Ihr Schmerz kommt wahrscheinlich von der Hüfte, Sie brauchen ein neues Gelenk. Dabei strahlt der Schmerz vielleicht von der Wirbelsäule aus.*

*ZEIT:*

*Herr Lauterbach, sind die vergangenen Reformen zu weit gegangen – gibt es zu viel Gewinnstreben, zu viel Wettbewerb im Gesundheitssystem?*

*Lauterbach: Das Gesundheitswesen ist kein Markt und darf auch keiner werden. Das bedeutet aber nicht, dass wir weniger Wettbewerb brauchen. Einen Wettbewerb um Qualität halte ich für außerordentlich sinnvoll. Wenn jemand zum Beispiel eine planbare Operation vor sich hat, müssten ihm die Behandlungsergebnisse verschiedener Kliniken bei der Einverständniserklärung vorgelegt werden.*

*Binswanger: Ich habe große Zweifel, ob so etwas funktionieren kann. Wie wollen Sie die Qualität denn präzise feststellen?*

*Lauterbach: Spezialisten eines Instituts für Kassen und Krankenhäuser sammeln diese Daten schon heute routinemäßig für jedes Krankenhaus in Deutschland und wissen ziemlich genau, welche Eingriffe in welchen Kliniken mit welchen Ergebnissen gemacht werden. Beispielsweise können wir sagen, wie häufig am Herzen eine Bypass-Operation gelingt oder misslingt. Leider ist es der Kliniklobby gelungen, zu verhindern, dass solche Daten der Öffentlichkeit in verständlicher Sprache zur Verfügung gestellt werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft glaubt, die Kliniken schützen zu müssen, die Probleme haben. Der Patient kennt diese Daten also nicht, obwohl es für ihn sehr relevant wäre. Das dürfen wir als Gesetzgeber niemals hinnehmen. Wenn der Patient die Vergleiche in der Hand hätte, dann gäbe es einen echten Wettbewerb.*

*Binswanger: Ich halte das für eine Illusion. Das ist kein echter, sondern ein weiterer künstlicher Wettbewerb, der in der Gesundheitspolitik inszeniert werden soll.*

*ZEIT: Was meinen Sie genau?*

*Die Gesetze des Marktes funktionieren im Gesundheitswesen einfach nicht*

*Binswanger: Das ist wie beim Eiskunstlauf: Da geben die Preisrichter nach einer Kür zwar ganz präzise Noten. Aber in Wirklichkeit messen sie keine Qualität, sondern nur die Zahl der gelungenen Sprünge. So ist Eiskunstlaufen zu einer absurden Veranstaltung geworden, in der es vor allem darum geht, in möglichst kurzer Zeit möglichst viele komplizierte Sprünge zu zeigen.*

*ZEIT: Was bedeutet das für die Patienten?*

*Binswanger: Qualitätswettbewerbe laufen darauf hinaus, dass belohnt wird, was messbar ist. Meistens hat auch noch irgendeine Geräteindustrie im Hintergrund etwas davon. Wenn ich aber mehr Zeit mit einem Patienten verbringe, dann profitiert niemand. Dabei sind Ärzte und Pflegepersonal schon heute frustriert, weil sie immer mehr Zeit aufwenden müssen, um Daten zu liefern. Ihre ureigenen Tätigkeiten werden zunehmend verdrängt. Auch die Patienten klagen darüber, dass für Zuwendung zu wenig Zeit bleibt.*

*Lauterbach: In der Regel lässt sich Qualität sehr wohl messen, wenn auch nicht perfekt. Bei Krebsbehandlungen kann man vergleichen, wie hoch die Überlebensrate nach fünf Jahren ist. Bei Kniegelenken stellt man die Lockerungsrate fest oder prüft, wie oft es zu Infektionen gekommen ist. Bei Depressionen kann man die Zahl der Rückfälle messen.*

*Binswanger: Wenn alles so einfach wäre, müsste die Qualität der Behandlungen ja zunehmen. Wir erleben aber doch etwas anderes. Lukrative Eingriffe wie standardisierte Knie- oder Hüftoperationen nehmen zu, seit Behandlungen über sogenannte Fallpauschalen abgerechnet werden. Die sollten eigentlich Kliniken belohnen, welche ihre Leistungen möglichst kostengünstig erbringen. Das Gegenteil ist passiert. Studien, zuletzt der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), bestätigen: Die Zahl lukrativer Operationen an Knien oder Hüften nimmt in Deutschland laufend zu.*

*ZEIT: Herr Lauterbach, Sie waren als Berater daran beteiligt, die Abrechnungen der Kliniken auf Fallpauschalen umzustellen. Stimmt der Vorwurf?*

*Lauterbach:*

*Richtig ist, dass die Zahl der Operationen in bestimmten Bereichen zunimmt – und dass wir das Vergütungssystem für Kliniken überarbeiten müssen, um Krankenhäuser in ländlichen Gebieten oder sozialen Brennpunkten zu stützen. Aber die Fallpauschalen sind nicht der Grund der Probleme. Das sieht man schon daran, dass es sie auch in anderen Ländern gibt, ohne dass die OP-Zahlen explodieren. Und die Rosinenpickerei gab es auch vorher, als noch Tagessätze bezahlt wurden. Da konnte ich ebenfalls Patienten auswählen, die mir pro Tag möglichst viel bringen und wenig Kosten verursachen.*

*Profit sollte nur dort erlaubt sein, wo er nachweislich zu einer besseren Versorgung beiträgt*

*Binswanger: Die Probleme sind doch viel grundsätzlicher. Die Gesetze des Marktes funktionieren im Gesundheitswesen einfach nicht, da können Sie nachsteuern, soviel Sie wollen. Ich erkläre das mal an einem Beispiel: Zur Zeit der französischen Kolonialregierung in Hanoi gab es eine Rattenplage. Um sie zu beenden, kamen die Kolonialbeamten darauf, jedem, der eine tote Ratte ablieferte, eine Prämie zu zahlen. Was haben die Menschen daraufhin gemacht? Sie haben Ratten gezüchtet! Im Gesundheitswesen ist es ähnlich. Ständig werden neue Krankheiten entdeckt oder gar erfunden, die man dann behandeln kann.*

*ZEIT: Patienten sind also nie gesund, nur nicht hinreichend untersucht?*

*Binswanger: So ist es. Denken Sie nur an all die Vorbeugemaßnahmen oder Impfungen: alles neue Pharmaprodukte. Im Gesundheitswesen prallen Markt und Staat aufeinander. Auf der einen Seite haben wir Hersteller von Geräten und Medikamenten, auf der anderen steht eine quasi garantierte Nachfrage. Der Einzelne, der Leistungen in Anspruch nimmt, zahlt nicht dafür.*

*ZEIT: Soll man also im Gesundheitswesen keine Profite machen dürfen?*

*Lauterbach: Da habe ich eine klare Linie. Profit sollte nur dort erlaubt sein, wo er nachweislich zu einer besseren Versorgung beiträgt. Wenn zum Beispiel belegt werden kann, dass eine profitorientierte Pharmaindustrie mehr und bessere Medikamente entwickelt als eine staatliche, dann muss ich Gewinne zulassen.*

*ZEIT: Aber Herr Binswanger hat ja gerade die Probleme eines angebotsgetriebenen Marktes beschrieben.*

*Wir haben es übertrieben und haben derzeit zu viel Markt im System.*

*Lauterbach: Die Profite der Pharmaindustrie müssen natürlich begrenzt werden, zum Beispiel durch Kosten-Nutzen-Bewertungen bei Medikamenten. Sie dürfen nicht zu einem Preis vertrieben werden, der in keinem Verhältnis zum Nutzen steht. Wenn aber jemand Bauchspeicheldrüsenkrebs heilen könnte, der bislang nicht behandelbar ist, dann wären auch Behandlungskosten von mehr als 100.000 Euro pro Jahr begründbar.*

*Binswanger: Aber oft geht es doch um Geschäftemacherei. Denken Sie an die Grenzwerte: Beim Cholesterinspiegel waren sie mal so hoch angesetzt, dass die meisten Menschen als gesund galten. Diese Werte hat man immer weiter gesenkt, sodass per Definition immer mehr Menschen krank wurden und Medikamente brauchten. Das geht so weit, dass heute in Norwegen fast die Hälfte der Erwachsenen einen falschen Cholesterinspiegel hat. Gleichzeitig gelten die Norweger als eine der gesündesten Bevölkerungen überhaupt!*

*Lauterbach: Das bestreite ich nicht. Es gibt auch in der Psychiatrie eine Entwicklung, Verhaltensstörungen als Krankheiten zu deklarieren, obwohl sie eher Eigenarten des Charakters sind – aber so kann man neue Medikamente in den Markt bringen. Solche Arzneien sollten grundsätzlich nicht aus Gemeinschaftstöpfen erstattet werden.*

*ZEIT: Märkte und Wettbewerb funktionieren nur, wenn der Verbraucher beurteilen kann, was er braucht oder will. Das ist aber im Gesundheitswesen häufig nicht der Fall.*

*Binswanger: Allerdings! Der Anbieter ist viel besser informiert als derjenige, der nachfragt. Deshalb versucht man jetzt auch, Qualitätsindikatoren in den Spitälern zu erheben, damit sich der Patient als Kunde ein Urteil bilden kann. Ich halte das aber, wie gesagt, für eine Illusion.*

*Ich finde es gänzlich verfehlt, die Motivation der 90 bis 95 Prozent weißen Schafe zu zerstören, um 5 Prozent schwarze Schafe zu treffen*

*Lauterbach: Soweit gebe ich Ihnen ja recht: Wir haben es übertrieben und haben derzeit zu viel Markt im System. Ärzte und Krankenhäuser haben schon so viel Vertrauen eingebüßt, dass die Behandlungsergebnisse darunter leiden. Deshalb müssen wir jetzt ein paar Dinge stärker regulieren.*

*ZEIT: Wie sieht es bei der Pflege aus? Da wird ja erst recht beklagt, dass bürokratische Abrechnungssysteme kaum mehr Raum für einen menschlichen Umgang mit den Patienten zulassen.*

*Binswanger: Das ist Übercontrolling! Hinter all diesen Systemen steckt die Illusion, dass die Beschäftigten mit Zuckerbrot und Peitsche mehr Leistung bringen würden. Man stellt sie unter den Generalverdacht, sie wollten Leistung verweigern: Ihr könntet eigentlich mehr, wenn ihr wirklich wolltet. Das mag bei langweiligen und unangenehmen Arbeiten funktionieren. Aber doch nicht im Gesundheitswesen. Da sollte man den Mitarbeitern erst einmal vertrauen, statt Kulturen des Misstrauens zu schaffen.*

*ZEIT: Wollen nicht viele Menschen Ärzte werden, weil sie an die guten Einkünfte denken?*

*Binswanger: Wenn man reich werden will, gibt es einfachere Möglichkeiten. Nein – die Mehrheit der Ärzte wie der Pflegenden macht gute Arbeit. Ich finde es gänzlich verfehlt, die Motivation der 90 bis 95 Prozent weißen Schafe zu zerstören, um 5 Prozent schwarze Schafe zu treffen. Die würde man auch ohne die komplizierten Kontrollsysteme schnell identifizieren. Ich bin gar nicht dagegen, dass man Dinge misst und überwacht. Aber das sollte man tun, um zu überprüfen, ob gewisse Standards erfüllt sind. Wo sie das regelmäßig nicht sind, dort muss man schauen, was los ist.*

*In den Gremien müssten immer alle Perspektiven vertreten sein*

*Lauterbach: Ich sehe das zentrale Problem auch bei der Pflege ganz woanders. Da stehen wir mit einer massiven Unterversorgung längst im roten Bereich. Jede fünfte Stelle ist verloren gegangen, während gleichzeitig die Fälle zunehmen, komplizierter werden und die Patienten immer älter werden. Bei der Pflege müssen wir die Kliniken auf einen Mindeststandard verpflichten.*

*ZEIT: Krankenhausärzte klagen: Bei uns haben inzwischen die Controller das Sagen. Muss die Stellung des Arztes im Vergleich zu den Klinikmanagern wieder gestärkt werden?*

*Lauterbach: Wir brauchen mehr Spezialisten, die sowohl medizinische als auch ökonomische Fachkenntnisse besitzen. In den Gremien müssten immer alle Perspektiven vertreten sein.*

*ZEIT: Was würde sich ändern?*

*Lauterbach: Nehmen wir als Beispiel den Einkauf von Prothesen. Der Kaufmann weiß nicht wirklich, wie man etwas einbaut oder welche Prothesen für welche Patientengruppe gut geeignet sind. Er guckt vor allem auf den Preis. Als Arzt fehlt mir die Erfahrung, wie man mit Herstellern verhandelt oder wer mit welchen Garantien unterwegs ist. Beide gemeinsam finden die beste Lösung.*

*Binswanger: Die Controllingbürokratie, die da entsteht, muss man bekämpfen. Es sollten wieder die Berufe Vorrang haben, bei denen es um die ärztliche Versorgung und die Pflege geht.*

23.4.2013

## **EUGEN MÜNCH/STEFAN SCHEYTT: NETZWERKMEDIZIN. EIN UNTERNEHMERISCHES KONZEPT FÜR DIE ALTERSDOMINIERTEN GESUNDHEITSVERSORGUNG. 2014**

Eugen Münch ist Gesinnungstäter. Der Gründer der Rhönkliniken hat jetzt, nach langer Börsenschlacht den Großteil seiner Kliniken an die Freseniusgruppe, Betreiber der Helios-Kliniken, verkauft. Seinem Vorhaben, einen Anbieter zu schaffen, dessen Kliniken von jedem Punkt Deutschlands maximal 100 km entfernt zu sein, ist er damit sehr viel näher gekommen.

Nicht der einzige Grund, sich das Konzept genauer anzusehen. Das Konzept hat das Potential, die alternativlose gesundheitspolitische Diskussion zu bereichern. Es stellt eine dynamische, entwicklungsfähige Alternative zum honorigen, aber durch Politik und G-BA unflexibel organisierten Gesundheitssystem dar.

Deshalb kurz die Zusammenfassung der zentralen Kritikpunkte am derzeitigen Gesundheitswesen und die Eckpunkte des von Münch "Assekurante Krankenvollversorgung" (AKV) genannten Konzeptes in Schlagworten.

### **GEDANKEN ZUM JETZIGEN GESUNDHEITSWESEN**

Ökonomie und Ethik sind keine Widersprüche

Es geht darum, das moralisch wünschenswerte ökonomisch optimal zu ermöglichen. „Es ist nicht die Ökonomie, welche die Ethik der Medizin gefährdet, sondern die Medizin gefährdet ethische Grundsätze, wenn sie ökonomische Grundsätze missachtet" (S.18). Der Kritik der Ökonomisierung der Gesundheitswirtschaft begegnet er mit dem Verweis darauf, dass jeder Arzt seinem Patienten die Ressource Zeit "ökonomisch zur Verfügung stellt".

### **Die USA sind kein Vorbild**

Es geht Münch um eine gute Gesundheitsversorgung für alle. Weil die USA den meisten Patienten die besten Behandlungen vorenthält, versäumt sie es, ökonomische Skaleneffekte freizusetzen und Behandlungsformen zu verbessern. Ein positives Modell ist für ihn der indische Chirurg Devi Shelly, der 19 Kliniken mit mehr als 13.000 Betten betreibt. Devi Shelly hat mehr als 30.000 Patienten am Herzen operiert. Die Kliniken sind von der Joint Commission international akkreditiert. Der Preis für eine Koronararterien-Bypass-Operation liegt in diesen Kliniken bei 1500 €, in Deutschland bei 12.000-15.000€, in USA bei 15.000-30.000€, andere Kliniken in Indien bewegen sich ebenfalls auf einem (den USA und Deutschland) ähnlichen Kostenniveau.

Die Idee ist, durch die Industrialisierung der Medizin sehr gute Qualität zu besseren Preisen zu erzielen.

### **Rationalisierung vor Rationierung**

Die Rhön-Kliniken sind für Münch das Modell für das von ihm favorisierte Konzept. Ziel ist es, die Krankenhausleistungen durch Kostendegression so verfügbar zu machen, dass hohe Nachfragemengen erreicht werden können. Seinen Angaben nach liegen die

Krankenhauskosten der Rhön-Kliniken um 1/3 unter denen vergleichbarer Kliniken. Prozessoptimierung und Investitionen ermöglichen die Realisierung von Effektivitätsgewinnen. Es ist nicht die Frage, ob Gewinn entsteht, sondern, wofür der Gewinn verwendet wird: Zur Reinvestition oder ob er einfach entnommen wird. Der Effizienzvorsprung der Rhönkliniken ist so groß, dass trotz unterdurchschnittlicher Leistungsvergütung Investitionen aus den eigenen Ressourcen finanziert werden können.

## **Geschichte der Rhönkliniken**

Der Start der Rhönkliniken erfolgte 1974 in Bad Neustadt. Münch stand vor der Entscheidung, entweder ein gescheitertes Immobilienprojekt abzuwickeln oder es neu aufzustellen. Die Lösung bestand in der Umwandlung des Hochhauses mit 200 Appartements in eine psychosomatische Klinik. Neu war der Ansatz, sich auf eine Zielgruppe, Aussiedler, zu konzentrieren und insgesamt 20.000 Teilnehmer nicht nur zu behandeln, sondern sie gleichzeitig auszubilden. Daraus wurden neue Formen der Suchtbehandlung und der Schlaganfalltherapie entwickelt.

Die Idee der Flussstrukturen, bei denen die Patienten bei Behandlungsfortschritten in andere Abteilungen verlegt wurden, bei denen die Patienten zur Mitarbeit angehalten wurden, wurde dort geboren. 1984 erfolgte der Neubau einer Herz- und Gefäßklinik in Bad Neustadt ohne öffentliche Mittel. Das Projekt wurde von Anfang an kritisch begleitet mit der Begründung, Spitzenmedizin gehöre an eine Universitätsklinik.

## **Flussprinzip**

Wie ist das Flussprinzip definiert?

Es umfasst drei Behandlungsstufen:

- Low Care/Tagesklinik (gefähig und orientiert)
- Intermediate Care (bettlägerig, pflegebedürftig und permanent überwachungspflichtig)
- Höchstintensiv (nicht selbständig atemfähig)

Wenn der Patient eine neue Stufe erreicht, wird er auf eine andere Station verlegt.

Begründung: Klinikkosten sind vor allem begleitende Kosten, personelle und technische Vorhaltungen, die intensiv genutzt werden sollten. In Neubauten wird auf räumliche Anordnung miteinander verzahnter Abteilungen geachtet. Das Flussprinzip ermöglicht Kosteneinsparungen von 20-35 % gegenüber dem Branchendurchschnitt.

## **Diagnose vor Therapie**

Das Flussprinzip optimiert betriebsinterne Abläufe, aber nicht die Qualität und Rationalität des Gesamtsystems. Eine der großen Schwachstellen traditioneller Behandlung: Die Fehlbelegung durch unqualifizierte Aufnahme oder Überweisung. Daraus resultiert der Grundsatz "Diagnose vor Therapie". Stereotype und schematische Diagnosen führen zu Fehldiagnosen und sind letztendlich Ressourcenverschleuderung.



## **Ansatzpunkte der Verbesserung des Systems**

### **Diagnose vor Therapie**

Kernidee: Aufnahme der Patienten entweder in ambulant-stationärer Grund- und Regelversorgung oder in Schwerpunkt- und Maximalversorgung.

### **Ambulant-stationäre Grundversorgung**

Verbundversorgung aus Portalkliniken und MVZs. Als Option: Umwandlung eines Kassenarztsitzes in Beteiligung an MVZ. (Bsp. Friedrichsroda und Waltershausen)

Kerngedanken: fachübergreifende, qualifizierte Diagnostik, Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Wartezeiten, Anbindung an örtliches Krankenhaus vermindert Wartezeiten noch zusätzlich. Bei großen Krankenhäusern wird das Diagnosezentrum aus den vorhandenen Ressourcen organisiert. Gegebenenfalls werden einzelne Randdisziplinen ergänzt. Teamstruktur und offene Zusammenarbeit der Leistungsträger sollen zur Grundlage der Zusammenarbeit werden.

### **Betreuungsarzt**

Der Betreuungsarzt ist ein wichtiges Element, um die Patienten "an die Hand zu nehmen" und durch das System zu begleiten. Der Betreuungsarzt ist umso wichtiger, je mehr der Rationalisierungsgrad der Klinik steigt. Arbeitsteilige Medizin darf auf die kompetente, menschlich-fachliche Klammer nicht verzichten.

## **Ende der Krankenhausmanufaktur**

Die "Schöpferische Zerstörung" Schumpeters war der Leitgedanke der Arbeit der Rhönkliniken.

Es ging darum, alle Prozesse zu hinterfragen. Bewusst wurde auf öffentliche Zuschüsse für den Bau von Krankenhäusern verzichtet, um prozessoptimiert planen und bauen zu können. Das Modell der klinischen "Manufaktur"-Idee wurde durch systematische Industrialisierung abgelöst.

### **Einige Stichworte zur Fehleranalyse:**

Fehlende Checklisten und fehlende Vereinheitlichung führen zu Improvisation mit erhöhtem Aufwand und höheren Risiken für den Behandlungserfolg (Vgl. Mortalitätsraten bei gleichen Eingriffen).

Derzeit sind die Prozesse um die ärztlichen "Künstlerhandwerker" anhand verschiedener Krankheitsbildern organisiert. Das System ist der Aufgabe nicht mehr gewachsen, hochwertige und bezahlbare Gesundheitsdienstleistungen flächendeckend zu erbringen.

Im Krankenhaus der Zukunft werden aus Leistungsclustern Leistungsstraßen entwickelt, bei denen die einzelnen Disziplinen kooperieren und voneinander lernen können.

## **Ende des ärztlichen Berufsbildes**

Das Berufsbild des Arztes genügt den künftigen Anforderungen nicht mehr. Die Flussorganisation führt dazu, dass "Schlechtleistungen" an Übergabepunkten identifiziert und korrigiert werden. Das Berufsbild der Ärzte wird vielfältiger. Ein Teil arbeitet am Patienten, ein Teil ist für die Prozessorganisation und die Abläufe "hinter den Kulissen" verantwortlich.

## Wie krankes Gesundheitssystem Wachstum verhindert

Die Grundsatzthese: Ein anders aufgestelltes Gesundheitssystem würde von sich aus Innovationen, neue und verbesserte Verfahren hervorbringen und neue Leistungen entwickeln. Sie wäre Motor einer exportorientierten Wirtschaft. Das Gesundheitswesen kann kein Wachstumstreiber sein, solange es ein quasi planwirtschaftlich bewirtschafteter Wirtschaftsbereich bleibt. Fortschritt wird erzeugt, indem Kunden vom Produkt überzeugt sind und deswegen dafür bezahlen. Wird ein Produkt massenhaft nachgefragt, sinken die Herstellungskosten. In Deutschland werden neue Verfahren und Innovationen derzeit oft erst übernommen, wenn sie in anderen Märkten (Bsp. USA) bereits etabliert sind. Als Beispiel wird auf drei Verfahren verwiesen: Ballondilatation, PET-Anlage, neues Spiral CT.

Grundsätzlich gilt: In Deutschland werden Innovationen nur dann eingeführt, wenn es über andere Abrechnungsziffer oder über Fallpauschalen durch den Erbringer selbst finanziert wird. In Deutschland wird Medizin nicht teurer wegen der Innovationen, sondern weil noch immer alte Geräte genutzt und abgerechnet werden, auch wenn es keinen Sinn mehr macht.

Auch die derzeitige Entscheidungslogik, neue Verfahren erst als "Forschungsanteil" an Universitätskliniken einzuführen und anschließend nach Urteil eines zentralen Expertengremiums generell zuzulassen (oder, falls das Geld gerade knapp ist, eben nicht), ist nicht zweckmäßig. Wenn diese Struktur vor dem Hintergrund zunehmenden demographischen Wandels beibehalten wird, führt dies in eine Plan- oder Staatswirtschaft.

## Überdehnter Solidargedanke

Das deutsche Solidarsystem ist in einem Umfeld sparsamer Nutzung ärztlicher Leistung entstanden. Ziel des Systems ist Breitenversorgung. Die meisten Menschen gehen aber davon aus, dass jede Spitzenleistung solidarisch finanziert werden muss. Die perspektivische Frage ist, wie sich das System weiter entwickelt, wenn es weiterhin von allen Beteiligten so ausgenutzt wird.

Münch plädiert für ein einheitliches System der Vollversorgung, aber perspektivisch bedarf es mehr Geld im System. Es stellt sich die Frage, wie das System organisiert sein muss, damit mehr Geld tatsächlich zu mehr Leistung führt.

## DAS KONZEPT DER ASSEKURANTEN KRANKENVOLLVERSORGUNG (AKV)

Drei Kernelemente:

- Bundesweite Netzwerke
- Elektronische Patientenakte und -karte
- Neuartiges Versicherungsangebot

### BUNDESWEITENES NETZWERK

Kerngedanke:

- Zusammenschluss von Kliniken zu einem bundesweit präsenten Anbieter von Gesundheitsleistungen für langfristig ambulante und stationäre Akutversorgung sowie Reha- und Pflegeleistungen.

- Dreistufiges Versorgungsmodell:
  - MVZ
  - Teleportalklinik
  - Maximal-/Spezialklinik

Zielsetzung:

- 8-10 Prozent des Marktes, um Kostenvorteile realisieren zu können.
- Flächendeckende Präsenz in maximal 1 Std. Erreichbarkeit mit dem Auto von jedem Punkt Deutschlands aus.
- Kombination des Netzwerks mit einer ergänzenden Versicherungskomponente. Für einen geringen Zusatzbetrag garantiere Erbringung jeder möglichen Leistung, Recht auf Zweitmeinung, freie Arztwahl innerhalb des Verbundes und zusätzliche Serviceleistungen, darunter bisherige Wahlleistungen.

Vorteil:

- Primäripuls führt zur Bildung konkurrierender Vollversorgungsnetzwerke.

Freie Wechselmöglichkeiten des Versicherten zwischen diesen Angeboten.

#### **Patientensteuerung**

Heute liegen 60-75% der Patienten nicht in den für sie optimalen Häusern/Abteilungen. Ältere, weniger mobile Personen eher in Wohnortnähe, mobile und aufgeklärte Patienten in Einrichtungen der Maximalversorgung, also wohnortfern und mit Tendenz zur universitären Überversorgung. Eine bessere Allokation der Patienten würde zu besseren Leistungen und einer besseren Nutzung der jeweiligen Ressourcen führen.

Lösung:

Qualifizierte Erstdiagnose durch Tele-Portalkliniken und medizinische Versorgungszentren.

Option:

Umwandlung kleiner, wohnortnaher Kliniken in Teleportalkliniken oder MVZs.

#### **Konzept der Teleportalklinik**

MVZ oder wohnortnahe Kleinkliniken der Grundversorgung werden über telematische Anbindung an Schwerpunktkliniken angebunden. Somit stehen vor Ort hochspezialisierte Diagnosekapazitäten zur Verfügung.

Behandlung erfolgt dann je nach Diagnose/Schweregrad der Erkrankung.

Überschlagsmäßige Größenordnung: Jeder Schwerpunktklinik wird ein Einzugsbereich von 600.000 Patienten des Schweregrades größer als 1,5 zugeordnet. Ihr wären 10 Portalkliniken zugeordnet.

Steigerung der Produktivität um ca. 20 Prozent, zusätzlicher Qualitätsgewinn.

#### **Neue Ausprägungen des Arztberufes**

Risiko "großer" Gesundheitsdienstleister: Einkommensmaximierung durch Leistungsverweigerung. Deswegen sind mächtige Patientenschutzorganisationen notwendig, die von ärztlichen Spezialisten unterstützt werden.

Auch "im System" wird sich der Arztberuf weiter in seiner Tätigkeit (nicht nur in der Ausbildungsrichtung) differenzieren.

Neue Berufsausprägungen:

- Betreuungsärzte
- Ärztliche Betriebsleiter

"Betreuungsärzte" werden zu Anwälten der Patienten gegenüber dem "System" Klinik.

Ärztliche Betriebsleiter kümmern sich um die organisatorische/technologische/betriebliche Leitung.

Die Rolle der niedergelassenen Ärzte wird sich verändern. Münch erwartet, dass niedergelassene Ärzte in enger Anbindung an Klinikkonzerne arbeiten. Statt "Zulieferer" der Krankenkassen werden sie Teil eines Netzwerks, das kundennah arbeiten kann.

### **Elektronische Patientenakte**

Elemente

- Zugriffsmöglichkeit der Ärzte auf die gesamte Krankengeschichte
- Zusammenführung auf einer einheitlichen Plattform
- Autorisierung der Anfragen notwendig
- Patient bleibt Herr seiner Daten
- Anonymisierung der Daten im System

Rhön-Kliniken praktizieren bereits heute eine Kooperation untereinander und mit niedergelassenen Ärzten.

Folge: Die Rolle der Ärzte verändert sich.

### **Die Versicherungskomponente**

Krankenhäuser und Krankenversicherungen sollten in einem gut funktionierenden Gesundheitssystem etwa gleich stark sein. Die Erfahrungen mit HMO in den USA zeigen, dass eine zu enge Verknüpfung zu ungunsten Entwicklungen führt.

AKV-Konzept basiert darauf, dass Ärzte ausreichend autonom sein müssen und Patienten in ihrer Rolle als nachfragende Kunden gestärkt werden.

Die Versicherungskomponente ist wie folgt konzipiert:

- Ziel sind zahlbare Prämien für Jedermann
- Dafür erhält der Versicherte volle, uneingeschränkte und nicht rationierte und priorisierte Leistung.
- Die Versicherten bleiben bei ihrer bisherigen GKV versichert.
- Der Versicherte schließt jedoch eine Zusatzversicherung mit dem Netzwerk ab.

Die Leistungen dieser Zusatzprämie

- Inanspruchnahme der Netzwerk-Wahlleistungen in einem der Netzwerk-Krankenhäuser,
- Bereitschaft, sich über die Art der Behandlung mit dem Krankenhaus/den behandelnden Ärzten auseinander zu setzen,
- im Krankheitsfall selbst eine zusätzliche, sozial gestaffelte Selbstbeteiligung zu entrichten

(Eine einkommensabhängige Selbstbeteiligung müsste allerdings dann für alle Versicherten verpflichtend sein).

Kostenschätzung: Ca. 50% der bisherigen Zusatz-PKV-Prämie.

Der Versicherte hat die Möglichkeit, zu einem anderen Versorgungsnetzwerk zu wechseln, damit der Wettbewerbsdruck erhalten bleibt.

Der Staat könnte sich dann auf die Rolle des Wächters und Regulierers zurückziehen. Er sollte seine Rollenvermischung aufgeben und künftig keine Krankenhäuser mehr betreiben. Bei einer vollständigen Privatisierung des Gesundheitsmarktes könnte sich der Staat auf die Steuerung der Prozesse und die Schiedsrichterfunktion konzentrieren. Themen wären u.a. datenschutzrechtlicher Schutz der Patientenakte, kartellrechtliche Kontrolle der Netzwerke.

15.9.2014

## **EUGEN MÜNCH, ENTGEGEN DEM MEDIAL ERZEUGTEN LÄRM EINER DER WENIGEN VISIONÄRE DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT.**

Da kann sich die Politik ein paar Scheiben abscheiden. Vernetzte Medizin, endlich einer, der das verantwortlich und gestalterisch übernimmt. Auch, wenn die gegnerischen Lobbyisten toben. Ein ganz großes Interview, heute in der Süddeutschen Zeitung:

*Süddeutsche Zeitung, Wirtschaft, 18.11.2013*

*Montagsinterview*

*“Mich nervt dieses Kleinklein”*

*Interview von Klaus Ott, Uwe Ritzer*

*Nach oben” weisen sie bei der Rhön Klinikum AG in Bad Neustadt jedem den Weg, der zu Eugen Münch will. Das ist nicht nur geografisch gemeint, auch wenn das Büro des Aufsichtsratsvorsitzenden und Firmengründers hoch über der Stadt angesiedelt ist. “Nach oben” beinhaltet auch Symbolik. Denn obwohl Eugen Münch und seine Frau nur 12,5 Prozent der Aktien des Klinik Konzerns halten, ist der Aufsichtsratschef der Patriarch im Unternehmen. Wie sich gerade beim Verkauf des Großteils der Rhön-Kliniken an die Fresenius-Tochter Helios zeigt.*

***SZ: Herr Münch, viele Kliniken sind Sanierungsfälle. Was läuft falsch? Zu viel Geräte, zu wenig Fürsorge?***

*Eugen Münch: Auch wenn der Vergleich vielen nicht gefallen wird – nehmen Sie mal ein Auto. Da ist die Fehleranalyse heute so kompliziert, das macht kein Monteur mehr, sondern der Computer.*

***Mehr Computer, weniger Menschen, soll das die Zukunft sein?***

*In der Medizin ist es so: Der Mensch macht die Untersuchung, der Apparat unterstützt ihn. Das Teure dabei, ja fast unbezahlbar, ist die menschliche Leistung. Also muss man fragen: Was kann der Arzt besser als die Technik? Und umgekehrt.*

***Und wer macht was besser?***

*Machen wir uns doch nichts vor. Es ist doch niemandem geholfen, wenn ein hoch spezialisierter Herzchirurg den Patienten schon an der Kliniktür begrüßt und ständig an seinem Bett sitzt. Er soll lieber im OP machen, was er am besten kann. Wir müssen umschichten und die Menschen dort einsetzen, wo sie unverzichtbar sind. Und ansonsten automatisieren, wo es geht.*

***Maschinen statt Zuwendung?***

*Soll ich Sie erschrecken? Es laufen Versuche mit Sensoren, die Menschen implantiert werden. Diese messen laufend bestimmte Blutwerte und schlagen Alarm, wenn der Patient behandelt werden muss.*

**Wollen Sie von jemandem operiert werden, der kein einziges Wort mit Ihnen spricht?**

*Mir würde es reichen, wenn er mir erklärt was er macht, ich ihm die Hand geben und in die Augen schauen kann. Wenn er viermal am Tag an meinem Bett säße, würde ich ihn fragen: Haben Sie nichts zu tun?*

**Wie viele der 2000 Krankenhäuser in Deutschland braucht es denn noch?**

*Wenn die Krankenhäuser richtig betrieben werden, ist jedes fünfte überflüssig. Das klassische Kreiskrankenhaus oder die Uniklinik in jetziger Form wird es in 20 Jahren nicht mehr geben. Das System stimmt nicht mehr. Ein Beispiel: An der Uniklinik Marburg-Gießen liegen nach meiner Einschätzung 30 Prozent Patienten, die medizinisch gesehen dort gar nicht hingehören.*

**Von einem Krankenhaus kann man doch nicht auf alle schließen.**

*Gleichzeitig liegen in Umlandkrankenhäusern Patienten, die in die Uniklinik gehören. Wir müssen die Möglichkeiten der Ambulanz voll ausschöpfen, mit hoher Diagnose-Qualität. Dann können wir Patienten besser zuordnen und ihnen ersparen, in die falschen Krankenhäuser geschickt zu werden, wo sie dann frustriert sind.*

**Und bevor das große Kliniksterben beginnt, verkaufen Sie schnell die meisten Ihrer Rhön-Kliniken für drei Milliarden Euro an den Fresenius-Konzern.**

*Für den Verkauf ist der Vorstand verantwortlich. Die Rhön Klinikum AG besteht ja weiter, an fünf Standorten mit zehn Kliniken. Ich werde in der Firma aktiv bleiben. Sie bekommt eine neue Struktur und eine andere Ausrichtung, da gestalte ich mit.*

**Viel bleibt aber nicht mehr zu tun.**

*Im Gegenteil. Jetzt kann ich endlich meine großen Pläne vorantreiben. Die Netzwerk-Medizin und eine Zusatzversicherung, die den Kassenpatienten eine bessere Behandlung garantiert.*

**Mit nur noch zehn Kliniken?**

*Nein, per Vertrag zusammen mit unserem Partner Fresenius und seiner Krankenhaus-Tochter Helios, die künftig 117 Kliniken betreibt. Wir setzen mit unserer Netzwerk-Medizin gemeinsam neue Maßstäbe und garantieren den Patienten, was ihnen die Politik immer wieder verspricht, aber nicht einhält: Jeder Patient wird optimal behandelt.*

**Das behauptet doch jeder.**

*Aber wir setzen es um. Der Patient landet in einer mit Telemedizin ausgestatteten Klinik. Ein breit ausgebildeter Arzt untersucht ihn und übermittelt die Befunde digital an Spezialisten in Schwerpunktkliniken. Die leiten den Patienten zielgerichtet an die richtige Stelle innerhalb des Netzwerkes weiter. Zum Beispiel in eine auf sein Krankheitsbild spezialisierte Schwerpunktlinik. Dort profitiert er von der besonderen Erfahrung der Mediziner und von neuesten Geräten, die besser ausgelastet werden und*

*sich daher besser rechnen. Wir verhindern so, dass der Patient falsch oder am falschen Platz behandelt wird.*

**Wer kann sich das leisten? Doch nur Privatpatienten, oder?**

*Im Gegenteil. Wir führen eine eigene Gesundheitskarte ein, nennen wir es besser Klub-Karte. Je nach Leistungen, die damit verbunden sind, zahlen die Leute irgendwo zwischen acht und 20 Euro im Monat zu ihrer gesetzlichen Krankenversicherung dazu. Dafür gibt es Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer, eine ärztliche Zweitdiagnose und schnelle Arzttermine.*

**Wie soll das funktionieren?**

*Die Basisleistung erfolgt über die gesetzlichen Kassen, unsere Zusatzversicherung über private Kassen. Wichtig ist: Jeder, der bei einer gesetzlichen Kasse versichert ist, kann mitmachen. Der Einstieg in das neue System könnte über große Firmen erfolgen, die ihrem Personal Gutes tun wollen. Und die eine gesundheitliche Absicherung als wichtiges Argument nutzen, um Mitarbeiter zu gewinnen und zu halten.*

**Schöne Theorie.**

*Erste Versuche bei Helios laufen schon. Parallel verhandeln wir mit den Kassen. Es gibt übrigens auch Interessenten außerhalb von Helios und Rhön, die bei unserem Netzwerk mitmachen wollen. Die Uniklinik Dresden etwa. Auch Asklepios, ein anderer privater Krankenhaus-Betreiber, hat bereits Interesse. Hinter all dem steckt aber noch mehr.*

**Was denn?**

*Wir haben Über- und Unterversorgung zugleich an Krankenhäusern. Davon müssen wir uns abkoppeln. Und wir müssen die Kassen dazu bringen mitzumachen.*

**Also geht es Ihnen um mehr Macht gegenüber Politik und Kassen.**

*Wir wollen keine Monopolstellung, absolut nicht. Ein Netzwerk wie unseres soll nicht mehr als 15 Prozent des Marktes beherrschen dürfen. Der Staat soll Regeln einführen und den Wettbewerb sicherstellen. An dem Tag, da ich meinen letzten Gegner verloren habe, bin ich im Niedergang.*

**Ihnen gehen die Gegner nicht aus. Sie machen das Geschäft mit Fresenius gegen den Willen zweier großer Mitaktionäre bei der Rhön Klinikum AG.**

*Die Hauptversammlung der Rhön Klinikum AG hat 2012 in einem ersten Schritt einem Komplettverkauf mit 87 Prozent zugestimmt. Daraus wurde nichts, aber die neue Transaktion ist eine Lösung, die nicht mehr aufzuhalten ist. Ein paar Opponenten, die diesbezüglich in der Minderheit sind, interessieren mich nicht.*

**Verstehen Sie, dass Ihre Kritiker Sie für einen Rambo halten?**

*Das macht mir nichts aus. Ich lasse mich nicht von meinem Weg abbringen.*

**Wohin soll der führen?**



*Hin zu mehr privatem Kapital im Gesundheitswesen. Jährlich sind Investitionen in Höhe von mehr als 20 Milliarden Euro notwendig. Der Staat kann das nicht mehr leisten. Aber wenn die Rendite stimmt, dann kann das Geld auch woanders herkommen. Unser Gesundheitswesen leidet unter veralteten, verkrusteten Strukturen.*

***Die neue Regierung könnte das ändern, die Koalitionsgespräche laufen noch.***

*Aber in die falsche Richtung. Mich nervt dieses Kleinklein. Die Politik hat nicht das große Ganze im Blick, und auf jede gute Idee kommen unzählige Bremser. Da will man jedem Patienten spätestens nach vier Wochen einen Facharzttermin garantieren und kommt zum Ergebnis, ihn dann eben in ein Krankenhaus zu schicken. Dabei müssten jetzt schon 30 Prozent aller Fälle ambulant behandelt werden und nicht erst im Krankenhaus aufgefangen werden. Wir müssen eigene Wege gehen.*

***Ist Ihnen egal, was Union und SPD aushandeln?***

*Egal nicht, aber ich habe den Glauben verloren. Der Staat kann keine Gesundheitspolitik im Detail, er sollte die generelle Linie vorgeben. Die Parteien paralisieren sich gegenseitig. Ihre Lösungen sehen so aus: Bei ständigem Kopfschmerz gibt es eine Kopfschmerztablette statt einer Untersuchung des Gehirns.*

***Ob ein Schwarzer oder ein Roter Gesundheitsminister wird, ist unwichtig?***

*So sehe ich das.*

***Aber die Politik geht doch die Probleme an. Etwa die viel zu vielen Operationen.***

*In der Summe wird gar nicht zu oft operiert, aber im Ergebnis oft falsch. In manchen Fällen müsste man operieren und tut es nicht. In anderen Fällen werden überflüssige Eingriffe vorgenommen. Und was ist die politische Antwort? Man schafft eine neue Organisation, ein Institut für Qualität im Krankenhauswesen. Also noch mehr Bürokratie, wo jetzt schon alle unter der Bürokratie leiden.*

***Wenn alles so schlimm ist, warum lassen Sie sich dann nach dem Verkauf der meisten Rhön-Kliniken nicht auszahlen und machen sich einen schönen Lebensabend in Spanien, wo Sie so gerne sind?***

*Als Ankeraktionär bin ich strikt dagegen, eine Sonderdividende auszuschütten. Viel besser ist es, die 800 Millionen Euro Bankschulden auf einen Schlag zu tilgen und 400 Millionen Euro für Investitionen zurückzulegen und so unabhängig zu werden.*

***Bleiben vom Verkaufserlös von 3,1 Milliarden Euro noch 1,9 Milliarden Euro übrig. Die könnten doch als Sonderdividende an die Aktionäre, also auch an Sie fließen, oder?***

*Ich habe eine bessere Idee. Der Vorstand kann mit einfacher Mehrheit der Aktionäre eine Kapitaleinziehung beschließen. Ich denke da an 50 Prozent der ausgegebenen Aktien. Wer seine Aktien verkaufen will, könnte bei diesem Ansatz mit einem Angebot von rund 28 Euro pro Aktie rechnen, das ergäbe einen attraktiven Preis. Damit wären vor allem die Kleinaktionäre gut bedient, besser als bei einer Sonderdividende, bei der das Finanzamt in der Regel kräftig mitkassiert.*

**Als große Einzelaktionäre könnten Sie und Ihre Frau von einem Aktien-Rückkauf doch kräftig profitieren.**

*Ich und meine Frau verkaufen nicht, keine einzige Aktie. Wir wollen das Geld im Unternehmen lassen. Es geht mir nicht darum, den Koffer zu packen und nach Spanien zu gehen. Freiwillig ziehe ich mich nicht zurück. Es müssten dann schon Bessere oder Stärkere kommen. Ich bin gespannt.*

**Sie sind Ende 60. Was treibt Sie an?**

*Ziele, die es wert sind. Das Gesundheitswesen in Deutschland ist gefährdet. Das will ich ändern, mit meinen Ideen. Aussichtslos, wie manche denken, ist das nur, wenn man es gar nicht erst versucht.*

*Eugen Münch, 68, kam als Sanierer nach Bad Neustadt, wo die Kurbetriebsgesellschaft vor der Pleite stand. Der Betriebswirt aus dem Schwäbischen übernahm 1974 die Geschäftsführung. Er formte die Rhön Klinikum AG, eines der größten deutschen Klinikunternehmen. Dieses brachte er 1989 an die Börse und fungierte zunächst als Alleinvorstand. Seit 2005 ist er Aufsichtsratsvorsitzender. Derzeit läuft der Verkauf von 43 Kliniken an den Konkurrenten Fresenius und dessen Tochter Helios. Das Milliardengeschäft, das den deutschen Klinikmarkt stark verändert, ist intern umstritten.*

18.11.2014

## **JENS BAAS, CHEF DER TECHNIKER KRANKENKASSE, WILL MEHR WETTBEWERB ZWISCHEN DEN KASSEN. EIN ÜBERBLICK IN STICHWORTEN.**

Jens Baas, Chef der Technikerkrankenkasse, will mehr Wettbewerb zwischen den Kassen. Als Voraussetzung dafür betrachtet er die Zusammenführung von PKV und GKV. Er hat einen Plan. Und er meint auch zu wissen, wie das geht.

Eine Zusammenfassung in Schlagworten.

### **Die Dualität von PKV und GKV**

#### **Kritik:**

Zweiklassenmedizin

#### **Lösung:**

Öffnung des PKV-Marktes, jeder PKV-Versicherte, der wechseln, will, kann das. Der Kapitalstock bleibt bei der PKV, die monatlich dann eine entsprechende Überweisung an die GKV macht.

#### **Vorteil:**

Juristisch dürfte das problemlos zu machen sein, weil es das Vertragsverhältnis zwischen Versicherten und Versicherung nicht antastet.

#### **Risiko:**

Berechnung des Überweisungsbetrags: Die Crux liegt im Detail: Wie wird der Betrag verrechnet?

### **Einkommensverlust von Niedergelassenen und Kliniken:**

Ärzte und Kliniken dürften sich gegen die entsprechenden Veränderungen wehren. Bei den niedergelassenen Ärzten machen 10 Prozent der PKV-Versicherten 30 Prozent des Ärzteneinkommens aus.

### **Perspektive des GKV-Versicherungssystems:**

#### **Situationsbeschreibung:**

Das Thema Zusatzbeitrag gewinnt an Bedeutung, weil ab nächstes Jahr der Zusatzbeitrag durch die Absenkung bei allen Kassen fällig wird. Die Versicherten müssen von der Versicherung über die Höhe des Zusatzbeitrags und den durchschnittlichen Zusatzbeitrag informiert werden und können wechseln. Es ist zu erwarten, dass dadurch die Zahl der Krankenkassen weiter zurückgehen wird.

#### **Beurteilung:**

Fusionen werden positiv beurteilt. Der Zwang, Kassen unternehmerisch zu führen, wächst. Die Zuschüsse der Politik nach Kassenlage untergraben den Versuch, gesetzliche Krankenkassen als Unternehmen zu führen.

#### **Kritik:**

Nicht alle GKV sind unternehmerisch geführt und auf Wettbewerb eingestellt.

## Qualität und Kostenentwicklung

### Situationsbeschreibung:

Jedes Gesundheitssystem muss sich ökonomisch beurteilen lassen. Nur ist das im Gesundheitsbereich schwieriger als anderswo, weil weder der Patient, noch der einzelne Arzt die Qualität der Behandlung beurteilen kann.

Aufgrund der demographischen Entwicklung ist eine Kostensteigerung weiter zu erwarten. Allerdings ist es schwierig, zu beurteilen, ob Leistungen sinnvoll oder nicht sinnvoll sind.

Als Regulierungsalternativen kann entweder rationiert werden oder es wird daran gearbeitet, das Gesundheitswesen auf mehr Qualität hin zu orientieren.

### Probleme und Herausforderungen:

Es gibt zu unterschiedliche Qualitätssicherungsverfahren, es benötigt einheitliche Verfahren.

### Lösung:

Erstes Ziel muss sein, unnötige Operationen zu vermeiden. Verweis auf die Erfahrung der TK, eine Zweitmeinung bei Rückenoperationen einzuholen. In 80 Prozent aller Fälle wurde diese Rückenoperation als überflüssig betrachtet.

Man muss offen über Interessen reden. Datenschutz ist oft vorgeschoben, in Wirklichkeit geht es darum, die eigene Position abzusichern und die eigenen Interessen durchzusetzen. Niedergelassene Ärzte müssen lernen, unternehmerischer zu denken, Chefarzte in Kliniken müssen sich den Abläufen einpassen.

Datentransparenz könnte helfen, aber wird aus Interessen blockiert. Zentrale Akte könnte helfen, Kosten und Belastungen zu sparen.

Quellen:

<http://ift.tt/1nFpOtn>

<http://ift.tt/1q15Wqg>

26.8.2014

## DAS BESSERE WIRD AM PATIENTEN ENTSCIEDEN. WIE MAN TATSÄCHLICH BESSER BEHANDELN WÜRD

### Ein anderes Modell der Entwicklung der Gesundheitswirtschaft?

Wenn es um die Zukunft der Gesundheitsversorgung geht, reden die einen davon, dass man nicht so viel regulieren darf. Die anderen sehen in gesellschaftlich beauftragten Institutionen wie dem IQWiG, dem G-BA und der Selbstverwaltung in den Gesetzlichen Krankenkassen eine demokratisch legitimierte Steuerung des Gesundheitsgeschehens. Tatsächlich führt diese Politisierung und Bürokratisierung der Gesundheitswirtschaft zu einer Entschleunigung und Ablenkung der Akteure von ihrem Interesse am Patienten. Und an der Herstellung von Gesundheit.

Zeit, das Modell vom Kopf auf die Füße zu stellen.

Räumen wir einmal mit einem Missverständnis auf: Die Politik hat das Recht, neue Arzneimittel zu bewerten und einen Preis festzusetzen. Sie hat sich den Kampf mit der Pharmaindustrie als ihren Lieblingskampfplatz definiert (und, trotz aller zaghafter Versuche, das zu ändern, gilt das Vice Versa auch für die Forschende Industrie). Aber bei diesem Versuch, den Gesundheitstiger zu reiten, baut sie vor allem neue bürokratische Hemmnisse auf. Mehr Papier, mehr Nachweis, mehr Debatte in tiefen Schützengräben, weil den einen geht es um Macht, bei den anderen um die Erhaltung eines Geschäftsmodells. Und alle reden sie von den Patienten. Und denken an Geld.

Zeit, mehr Nüchternheit einkehren zu lassen, über bessere Behandlung und Honorierung zu reden. Und darüber, wer eigentlich wofür Verantwortung übernehmen muss und kann, wie eine Honorierung aussieht, die gute Arbeit belohnt, aber auch Anreize schafft, die Dinge besser zu machen, die Verantwortung (und damit auch Risiko) an die Versicherten übergibt und nicht nur darüber redet, die ermöglicht, dass echter Wettbewerb stattfindet und nicht nur über angebliche Wettbewerbsmodelle (einschließlich der "Modellbildungen") am grünen Tisch redet, anstatt Wettbewerb zuzulassen und dafür einen Rahmen zu schneiden. Die Monopole und Oligopole abbaut oder reguliert, aber handlungsfähige Strukturen zulässt.

### **Das Bessere entsteht dort, wo die Akteure das Bessere wollen.**

Dann lassen sie uns doch mal darüber nachdenken, wo sich über das Verhältnis von Geld und Patientenwohl besser nachdenken lässt. Setzen wir dort an, wo das meiste Geld "verbrannt wird". 50 Prozent der Kosten fallen bei 5 Prozent der Versicherten, und das in einem sehr begrenzten Zeitraum der Endphase ihres Lebens an. Das sind die multimorbiden Patienten, die von zahllosen Ärzten behandelt zwischen 5 und 10 Arzneimittel annehmen und deren Krankheitszustand damit oftmals stabilisiert, aber nur selten besser wird.

Dabei lässt sich feststellen:

- 1) Eine gemeinsame Behandlung ergibt bessere Ergebnisse als das bisherige Nebeneinander.
- 2) Für den Patienten zu sein bedeutet nicht, in seinem Namen ständig etwas zu behaupten, sondern ihn zum Ausgangspunkt der Behandlung zu machen
- 3) Die Behandlungsstrategien sind unterschiedlich, weil die Patienten so unterschiedlich sind. Es gibt also mehrere Konzepte richtiger Behandlung. Es geht hier um patientenadäquate Behandlung.
- 4) Die Frage der Prävention sollte mittelfristig einbezogen, kurzfristig aber außen vor bleiben.
- 5) Die teilnehmenden Ärzte und Kliniken sollten von Bürokratie entlastet werden (das ist der Bonus) und diese Freiräume nutzen, um ihre Behandlungsstrategien zu verbessern.
- 6) Die wissenschaftliche Begleitung der Behandlung zielt in erster Linie darauf ab, die Kompetenz der Behandler zu stärken, nicht das Programm nach standardisierten Verfahren zu "evaluieren".
- 7) Unterschiedliche Gruppen entwickeln unterschiedliche Behandlungsstrategien, die der gesundheitspolitischen Debatte zur Verfügung gestellt werden.

8) Zieldimensionen sind Patientenzufriedenheit und Kosten. Die Lebensdauer ist ausdrücklich kein Ziel, weil länger leben kein Ziel ist. Am Ende des menschlichen Lebens steht der Tod und der Mensch hat das Recht, zu sterben.

9) Das Spannungsfeld von Lebenserhaltung, gutes Leben, Selbstbestimmung und medizinisch therapeutischer Betreuung kann angemessen nur möglichst nah am Patienten und mit dem Patienten, nicht standardisiert und einheitlich für alle in einem bürokratischen Gremium mit "wissenschaftlich" legitimierte Ethikern getroffen werden.

10) Letztlich geht es darum, Personen zu befähigen, gemeinsam zu besseren Lösungen zu kommen und dazu die richtigen Strukturen zu entwickeln.

11) Am Ende geht es darum, die Erkenntnisse dort in den Regelbetrieb umzusetzen, wo es klappt. Und nicht die Debatte darum zu führen, ob das die Lösung aller Probleme ist.

Es wird Zeit, sich darauf konzentrieren, wie man die Dinge besser machen kann. Und nicht darauf, alles über Institutionen, die fern vom Geschehen irgendwelche formale Regeln entwickeln und ständig alles über einen Kamm scheren und diejenigen, die am Patienten arbeiten, zu dirigieren und zu instrumentieren. "Richtig" entscheidet sich im Einzelfall. Und kann sich im übrigen auch ändern, wenn es neue Erkenntnisse, Geräte oder Arzneimittel gibt.

PS. Die dahinterliegende Logik: Es kommt darauf an, nicht die Interessen DER PHARMAINDUSTRIE mit den Interessen DER ÄRZTE und wem sonst noch zu arrangieren, sondern diejenigen unter der Pharmaindustrie und diejenigen unter den Ärzten und diejenigen unter den Klinikverantwortlichen, die gut leben und gute Arbeit abliefern wollen, endlich zu ermöglichen, das zu tun, was sie tun wollen. Freiräume zu schaffen und sie nicht noch mehr zu strangulieren.

26. April 2013

## **GESUNDHEIT NEU GEDACHT. FRAGEN AN EINE WETTBEWERBLICHE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT**

Ein Gedankenexperiment. Wir fangen einfach mal andersherum an. Wir fragen nicht, wie ein Gesundheitssystem in seinem Endzustand heraus aussehen muss, sondern entwickeln die Grundideen eines anderen Gesundheitssystems aus der Kritik des Bestehenden. Ein paar Grundüberlegungen.

### **Was kennzeichnet unser Gesundheitssystem?**

Aus besten Absichten heraus hat sich unser Gesundheitssystem in einen starren regulativ und honorartechnisch hochgeregelten Rahmen begeben, der es seinen Akteuren fast unmöglich macht, aus eigenem Antrieb heraus neue Möglichkeiten, medizinische Verfahren, technologische Möglichkeiten, demographische oder andere Entwicklungen, zu nutzen, um für die Kunden/Patienten/Versicherten bessere Lösungen zu entwickeln.

Der Gemeinsame Bundesausschuss G-BA nimmt im heutigen Gesundheitssystem eine Schlüsselstellung ein. Auf der einen Seite schafft er einheitliche Lösungen, formale

Gerechtigkeit. Er wirkt aber auf der anderen Seite wie ein Flaschenhals, durch den hindurch alle Entscheidungen müssen. Selbst bei den besten, sprich, sachgerechtesten Abwägungen der G-BA Mitgliedern führt das 1), zu Verzögerungen und 2), erzwingt das, dass Modelle und Konzepte durch viele Hände gehen, modifiziert, manchmal blockiert werden, viele, oftmals theoretische (oder standespolitische) Einwände überwinden müssen, bevor sie in die reale Welt "entlassen werden".

Welche, gewollten oder ungewollten Folgen hat der G-BA? Er führt zu Zentralisierung, Standardisierung, Kodifizierung (Gerichtsfestigkeit). Seine Begleiter sind eine Verwissenschaftlichung des Entscheidungsverhaltens. Wir werden darüber sprechen, mit welchen Folgen das verbunden ist. Schlagwortartig behaupten wir, dass die Aufwertung des G-BA zu zeitlichen Verzögerungen, zu einer übermäßigen Berücksichtigung standespolitischer Interessen und zu vordergründiger, nicht nachhaltiger Erfüllung politischer Vorgaben führt. Alle gesundheitspolitischen Diskussionen fokussieren sich auf die ein, zwei Fragestellungen, die jeweils politisch diskutiert werden. Alle, Leistungserbringer, Kostenträger, stellen sich darauf ein, für dieses Thema eine "handhabbare Lösung" zu präsentieren. Die entsprechenden Lösungen werden dann in die Wege geleitet und oftmals widerstrebend, formal, zu langsam, umgesetzt. Eine Bilanzierung der Folgen unterbleibt dann, weil sich die Gesundheitspolitik längst anderen Themen zugewandt hat.

Und es gibt noch eine weitere Nebenfolge dieser Zentralisierung: Bewegung, Innovation, Veränderung gibt es im Gesundheitswesen nur, wenn damit kurzfristige finanzielle „Incentives“, also Anreize verbunden sind.

## **Das Gegenmodell**

Wer Akteure auf "echten Märkten" beobachtet, kann aber feststellen, dass die Leistungsfähigkeit von Marktakteuren nicht deswegen höher ist, weil sie klüger sind, sondern weil gute Akteure ihre Modelle und Geschäftsmodelle ständig optimieren, verbessern, um Unzulänglichkeiten auszumerzen, besser auf die Wünsche von Kunden/Patienten einzugehen, eigene Ressourcen einzusparen, Rücklagen zu bilden, um künftig größere Spielräume zu haben. Ja, oder um mehr Profit zu machen, das kann man letztlich als Externer nicht entscheiden, das kann nur ein guter und offener Wettbewerb begrenzen.

Marktfähige Akteure, das sind, theoretisch gesprochen, Organisationen, die groß genug sind, um qualitativ neue Lösungen zu entwickeln.

## **Unsere Schlussfolgerungen**

Die Akteure müssen über die notwendigen Ressourcen und Handlungsspielräume verfügen, um die notwendigen Veränderungen vornehmen zu können.

Wie müssen, so unsere Leitfrage, die Institution beschaffen sein, um von sich aus Leistungen verbessern zu wollen? Wie groß müssen sie sein, um genügend Spielraum für neue, unternehmerische Ideen zu entwickeln und genügend Rücklagen bilden zu können, um neue Konzepte, Angebote, Lösungen, Diagnose- und Handlungskonzepte entwickeln zu können?

Gesundheit ist ein komplexes Gut. Wie kann ein Wettbewerb um bessere Leistungen zustandekommen, welche "heiligen Kühe" der Gesundheitspolitik muss man dafür

opfern? Die freie Arztwahl? Lässt sich Wettbewerb im Versorgungsmarkt auch vor dem Hintergrund unterschiedlicher regionaler Bedingungen denken, im ländlichen Raum? In Stadtteilen mit Geringverdienern, mit schlechten sozialen Risiken? Kann es ein Vorteil eines entsprechenden Systems sein, dass für die jeweils dominierenden Zielgruppen, Migranten beispielsweise, spezifisch zugeschnittene Versorgungs- (aber auch Versicherungsangebote) entwickelt werden, die den Erwartungen und Bedürfnissen der jeweiligen Zielgruppe(n) eher entsprechen?

### **Weitere Fragen**

Wie steht es mit der Aufhebung der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung? Dem Mehrbesitzverbot von Apotheken? Und wie lässt sich das Klein-klein der Vergütungshonorierung auf verlässlichere Grundlagen stellen, damit Unternehmen kalkulieren können und ihre Ressourcen entsprechend ihren Konzepten und Ideen einsetzen können.

Und wie wird sich die Rolle der Politik neu definieren? Politik muss wenige, aber klare Regeln entwickeln, um Wettbewerb auf Kosten der Patienten zu verhindern, Marktentwicklungen zu kanalisieren, dafür zu sorgen, dass sich Märkte in die richtige Richtung entwickeln. Sie muss im Ernstfall stark und konfliktfähig sein, um die notwendigen Korrekturen vornehmen zu können und unberechtigte Lobbyinteressen zu analysieren und zu überwinden. Und sie muss darauf verzichten, sich ständig als "Wohltäter" zu inszenieren, stattdessen mehr als Schiedsrichter, als Regelsetzer, der die Grundlinien definiert, nicht aber in jede Entscheidung von Akteuren, auch wenn sie vordergründig falsch scheint, eingreifen will.



Tabelle: Ordnungspolitische Modelle der Gesundheitswirtschaft, Vor- und Nachteile, zu diskutierende Fragen.

### Korporatistisches Steuerungsmodell (G-BA)

Vorteile	Nachteile
Steuerungsfähigkeit anhand direkter politischer Vorgaben	Ein-Punkt-Steuerung führt zu kurzfristigen, nicht nachhaltigen Effekten
Einheitlichkeit in der Umsetzung	Wachsende Bürokratisierung
	Wachsende Gutachtenflut
	Zeitverzug
	Einheitslösung statt fallbezogener oder umfeldspezifischer Lösungen
	Geringe Flexibilität

### Marktmodell

Vorteile	Nachteile
Einzelne Akteure entwickeln selbstständig neue Lösungen	Politik verliert "Gestaltungsanschein", Regulierung von Rahmenbedingungen nicht sehr politikfähig
Dezentralisierung von "Risiken", Investitionen nur nach Rücklagen, automatische Risikobegrenzung	Wachsende Bürokratisierung
<b>Zu klären</b>	
Institutionelle Beschaffenheit der Akteure als Wettbewerbsvoraussetzung	
Überführungsprobleme	

26.8.2014

## ÜBER UNS

KovarHuss Policy Advisors GmbH, Berlin wurde 2011 gegründet. Einer der Arbeitsschwerpunkte ist Gesundheitspolitik.

Demographie, Technologie und Verbrauchersouveränität erfordern unverzügliche Veränderung für das Gesundheitssystem. Das waren die wichtigsten Ergebnisse der 2012 vorgelegten Arena-Analyse Gesundheit. Wie werden Politik und Selbstverwaltung diesem Veränderungsdruck aufnehmen? Eine erste Einschätzung der Gesundheitspolitik in der 18. Legislaturperiode in unserem Working Paper Gesundheit 18.0. Der Tabellenteil enthält die Beschlüsse des Koalitionsvertrags in offener Tabellenform. Mit Gesundheit 18.1. liegt bereits ein erstes Update vor.

### Leistungen:

Wir beraten Unternehmen, die bessere Lösungen suchen. Denn eine Gesellschaft im Wandel braucht Akteure, die neue Wege gehen. Wir beobachten Issues und Trends, wir schaffen Kontakte, bauen Netzwerke und bringen ihre Anliegen zur Geltung. In Ministerien, Bundestag, nachgeordneten Behörden und der mächtigen Selbstverwaltung.

### Links:

[Arena-Analyse Gesundheit](#)

[Working Paper 2014-01 Gesundheit 18.0](#)

[Working Paper 2014-01 Der Tabellenteil](#)

[Working Paper 2014-02 Gesundheit 18.1](#)

### Kontakt:

Nikolaus Huss

Managing Partner

KovarHuss GmbH Policy Advisors

Unter den Linden 21, 10117 Berlin, Deutschland

T: +49 (30) 767 7183-3, F: +49 (30) 767 7183-8, M: +49 (157) 7 1944 544

[nh@kovarhuss.de](mailto:nh@kovarhuss.de)

[www.kovarhuss.de](http://www.kovarhuss.de)

Blog: [www.out-of-the-box-health.de](http://www.out-of-the-box-health.de)

**Kontakt und V.i.S.d.P:**

Nikolaus Huss  
KovarHuss GmbH  
Unter den Linden 21  
10117 Berlin  
030/767 71833  
nh@kovarhuss.de  
www.kovarhuss.de