

# Preis- und Qualitätsorientierung im Gesundheitssystem

## Politischen Konzepten für Qualitätswettbewerb fehlt es an ausreichend mächtigen Fürsprechern

DR. FLORIAN STAECK

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

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

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

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

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

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

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

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

Weder hat ein Bundesland bis heute eine entsprechende Rechtsverordnung erlassen, noch wurde ein dreiseitiger Vertrag geschlossen. Dabei hätten Praxiskliniken das Potenzial, die stationäre Versorgung etwas dichter an den ambulanten

Bereich heranzubringen, hieß es. Das Beispiel der Praxiskliniken sei kein Einzelfall, wurde erinnert. Alle Ansätze der Politik für eine sektorenübergreifende Versorgung seien von der Selbstverwaltung mit Absicht so kompliziert ausgestaltet worden, dass sie sich allenfalls für Modellversuche eigneten, wurde kritisiert. Auch das aktuelle „Siechtum“ des Belegarztwesens sei dafür eine Bestätigung, da viele Hürden für diese Versorgungsform errichtet worden seien. Das Prinzip „ambulant vor stationär“ spiele in der Vertragslandschaft eine unterprivilegierte Rolle, hieß es.

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

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

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

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

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

Generell seien die Möglichkeiten von Versicherten gering, Veränderungen etablierter Strukturen im Gesundheitswesen anzustoßen, hieß es. Patienten und Beitragszahler hätten im System der Selbstverwaltung nicht die Stellung, die es ihnen erlauben würde, bei Fehlentwicklungen durch einseitigen Preiswettbewerb gegenzusteuern. So gebe es beispielsweise ein inhärentes Interesse der ambulanten Leistungsanbieter, nicht ohne zusätzliche Vergütung den Leistungskatalog auszubauen – die entsprechenden Leistungen werden dann besser als Individuelle Gesundheitsleistungen verkauft. Strukturell schwach seien Patienteninteressen auch dadurch, dass sich durch den Krankheitsverlauf Patientencharakteristika verschieben: Gesunde Versicherte verhielten sich preissensitiv und wechselten überdurchschnittlich häufig ihre Krankenkasse, für chronisch Kranke hingegen zähle beispielsweise die zeitnahe

Zugänglichkeit zu Leistungen. Krankenkassen mit einem hohen Anteil chronisch Kranker gerieten dadurch in eine finanzielle Schieflage mit dem Zwang, Zusatzbeiträge verlangen zu müssen – ein kontraproduktives Ergebnis des Mitgliederwettbewerbs.

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

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

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

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

Die Möglichkeiten des Gesetzgebers, den bisherigen Preiswettbewerb durch einen Qualitätswettbewerb zu flankieren, wurden im Plenum kontrovers diskutiert. Einerseits wurde vor dem verhängnisvollen Ansatz gewarnt, die Qualität der stationären Versorgung mit einer „Bereinigung“ der Krankenhauslandschaft zu verknüpfen. Denn so würden Anreize geschaffen, die Qualität gerade auf einem Niveau zu halten, um die geforderten Vorgaben zu erreichen. Andererseits wurde ein härteres Durchgreifen im Falle

mangelnder Qualität gefordert. Vergütungsabschläge bei unzureichender Qualität könnten allenfalls übergangsweise hingenommen werden. De facto müssten die Länder ein Krankenhaus bei andauernd mangelnder Qualität aus der Krankenhausplanung herausnehmen, wurde gefordert. In Wahrheit gehe es jedoch gar nicht um Qualität, sondern um den Abbau von Überkapazitäten in der Krankenhauslandschaft, weil man auch bei schlechter Qualität in unterversorgten Regionen kein Krankenhaus schließen kann.

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

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

---

## DISKUSSIONSTEILNEHMER BEIM FRANKFURTER FORUM

---



*Dr. med. Winfried Demary*

*Dr. rer. nat. Liane Fickler*

*Prof. Dr. rer. pol. Frank-Ulrich Fricke*

*Dr. med. Jan Geldmacher*

*Dr. h. c. Jürgen Gohde*

*Rebecca Gonser*

*Dr. med. Kay Großmann*

*Prof. Dr. med. Marion Haubitz*

*Prof. Dr. med. Ulrich Hegerl*

*Prof. Dr. rer.oec. Friedhelm Hengsbach SJ*

*Karsten Honsel*

*Eike Hovermann*

*Thomas Keck*

*Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach*

*Dr. med. Axel Munte*

*Hardy Müller*

*Dietmar Preding*

*Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher*

*Dr. med. Manfred Richter-Reichhelm*

*Gudrun Schaich-Walch*

*Dr. med. Hubert Schindler*

*Rechtsanwalt Gerhard Schulte*

*Dr. med. Nick Schulze-Solce*

*Dr. med. Thomas Sitte*

*Dr. phil. Florian Staeck*

*Oliver Stahl*

*Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich*

*Eva Walzik*

*Michael Weller*

*Katharina Werner*

## Organisations- und Programmkuratorium des Frankfurter Forums e.V.

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