Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung, Vorsitzender des Vorstands des Bundesverbandes Managed Care (BMC) e.V.

„Es fehlt noch die notwendige Dynamik“

Der 1997 gegründete Bundesverband Managed Care blickt auf fünfzehn Jahre zurück; eineinhalb Dekaden, in denen sich die Welt, in denen sich die Gesellschaften und so auch die bundesdeutsche geändert haben. Doch: Hat sich auch das deutsche Gesundheitssystem geändert und wenn ja, in welcher Form und in welche Richtung? Darüber sprach „Monitor Versorgungsforschung“ mit Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung, Schwerpunktprofessur für Internationale Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover und seit 2007 Vorstandsvorsitzender des BMC, dessen rund 160 Mitglieder die gesamte Bandbreite der Akteure im deutschen Gesundheitswesen repräsentieren - Krankenkassen und -versicherungen, Krankenhäuser, ärztliche Körperschaften, Heilberufe, Apotheken, Pharma- und Medizintechnikindustrie, Hochschulen, Beratungs- und Dienstleistungsunternehmen, IT-Anbieter und andere Institutionen und der jüngst ein 6-Punkte-Papier „Gesundheitspolitische Impulse 2013“ vorlegte, indem weitgehende strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen gefordert wurden.

>> Herr Professor Amelung, hat das deutsche Gesundheitssystem in den Jahren, seit der BMC besteht, wirklich dazugelernt?

Das Gesundheitswesen eignet sich sicherlich nicht für Jahrhundertreformen. Dazu ist das System viel zu komplex und das Ziel, nämlich die qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Menschen, auch viel zu wichtig, um es durch Radikalmaßnahmen letztlich aufs Spiel zu setzen. Seit ihrer Gründung im Jahr 1883 zeichnet sich die Gesetzliche Krankenversicherung durch eine kontinuierliche Weiterentwicklung aus - eine international einmalige Tradition, auf die wir auch ein wenig stolz sein dürfen. Das soll nicht heißen, dass angesichts der anstehenden Versorgungsherausforderungen grundlegende Veränderungen nicht dringend erforderlich wären. Aber die auch von den Medien geschürte Erwartungshaltung in breiten Teilen der Bevölkerung, die Politik könne mit einem Federstrich das gesamte Gesundheitswesen umkrempeln, ist oftmals überzogen und sollte nicht als Maßstab für die Bewertung der Gesundheitspolitik und die Weiterentwicklung der Krankenversicherung herangezogen werden.

Wo hat sich das deutsche Gesundheitssystem denn in den letzten 15 Jahren deutlich verbessert, wo nicht?

Tatsächlich ist gerade in den vergangenen zehn bis 15 Jahren viel passiert. Betrachten Sie zum Beispiel die Krankenkassen. Vor 15 Jahren waren die Kassen noch Verwalter von Mitgliedsbeiträgen. Heute handelt es sich um wirtschaftlich agierende Institutionen, die im Wettbewerb um Versicherte patientenorientierte Versorgungsangebote entwickeln und umsetzen müssen. Während vor kurzer Zeit noch Einheitsversorgung herrschte, ist inzwischen das Angebot besonderer Versorgungsformen zu einem wichtigen Wettbewerbsinstrument der Krankenkassen geworden. Dabei haben sich die Kassen sehr wohl - wobei manchmal sicherlich noch mehr wünschbar wäre - ein hohes Maß an Kompetenz angeeignet. Das gilt insbesondere für die Arbeit mit Routinedaten und die Versorgungsforschung. Das Bewusstsein, dass unterschiedliche Patientengruppen differenzierte Versorgungsangebote benötigen und individuell angesprochen werden müssen, setzt sich zunehmend in der Breite durch.

„Es besteht ein breiter Konsens darüber, dass das deutsche Gesundheitssystem in seiner heutigen Form nicht in der Lage ist, die künftigen Herausforderungen - wie Bevölkerungsalterung, Zunahme chronischer Erkrankungen und von Multimorbidität - effizient zu bewältigen.“

Doch wo ist die tatsächlich erfahrbare Verbesserung zu verorten?

Diese Entwicklung ist ja nicht ohne Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen geblieben. Jenseits der traditionellen Standesorganisationen bilden sich immer mehr kleinere, kooperative Zusammenschlüsse von Leistungserbringern. Mittlerweile haben sich rund 30.000 Ärzte in 400 Ärztenetze eingeschrieben. Auslöser ist nicht nur der zunehmende Kostendruck, sondern auch der Wille des Gesetzgebers, durch Kompetenzbündelung die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Neue kooperative Organisationsmodelle wie Ärztenetze und Medizinische Versorgungszentren, indikations- und populationsorientierte Versorgungsstrukturen, arztentlastende Delegation und Substitution sowie neue Mobilitätskonzepte und Technologien bilden einen bunten Strauß an möglichen Handlungsoptionen. Doch keines der Instrumente für sich allein genommen führt zu einer Revolution der Versorgungsstrukturen, aber im Zusammenspiel miteinander können sie entscheidend dazu beitragen, Behandlungsprozesse zu optimieren und Effizienzpotenziale zu erschließen.

Das ist nach 15 Jahren ja zumindest ein Anfang ...

Stimmt. Natürlich sind wir noch lange nicht dort angekommen, wo wir angesichts der zukünftigen Versorgungsherausforderungen hinmüssen. Es besteht ein breiter Konsens darüber, dass das deutsche Gesundheitssystem in seiner heutigen Form nicht in der Lage ist, die künftigen Herausforderungen - wie Bevölkerungsalterung, Zunahme chronischer Erkrankungen und von Multimorbidität - effizient zu bewältigen und das Potenzial neuer Technologien effektiv zu nutzen. Die immer noch dominierende Fragmentierung der medizinischen Leistungen, diffuse Vergütungssysteme, die nur noch von den wenigsten Experten verstanden werden, fehlende Transparenz für die Versicherten und erhebliche Investitionshemmnisse bei modernen IT-Lösungen sind nur einige Beispiele. Das Gute ist: Das System befindet sich bereits mitten im Wandel. Jetzt wird es darauf ankommen, dieser Entwicklung die notwendige Dynamik zu verleihen.

In den letzten Jahren wird vom deutschen Gesundheitssystem oft als einem lernenden System gesprochen, das sich nach einer aus dem Customer-Relationship-Management entlehnten Form der Rückkopplung weiterentwickeln soll. Andererseits gibt es die gesetzgeberische Realität, die immer mehr Reglements und Regularien schafft, die sich obendrein oft auch noch widersprechen und aushebeln.

Die extrem hohe Regelungsdichte stellt sicher eines der Hauptprobleme des Gesundheitswesens dar, denn sie behindert Investitionen und verzögert damit Innovationen. Dabei geht es gar nicht allein um die Anzahl der Reglements und Regularien, sondern vor allem um die

Geschwindigkeit, mit der neue Regeln erlassen werden. Indem die Politik innerhalb kürzester Zeit unterschiedliche Wertvorstellungen traktiert, zerstört sie die Planungssicherheit der Unternehmen. Jüngstes Beispiel ist die Kehrwertwende bei Medizinischen Versorgungszentren. Während diese vor kurzem noch als wichtiger Schlüssel gerade auch für die Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen angesehen worden sind, hat der Gesetzgeber nun mit dem Versorgungsstrukturgesetz die regulatorischen Daumenschrauben angezogen. Mit Verlässlichkeit der Rahmenbedingungen hat das wenig zu tun.



Ebenso wenig hilfreich waren und sind die Diskussionen über die Verwendung der Überschüsse der Krankenkassen. Wenn Krankenkassen nicht wissen, ob sie eingefahrene Gelder behalten dürfen, dann verhindert das dringend notwendige Investitionen in die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen. Auf diese Weise wird es immer bei einer konjunkturabhängigen Berg- und Talfahrt bleiben – eine in sich schlüssige gesundheitspolitische Strategie mit dem Ziel einer Stärkung von Wettbewerb und Unternehmertum sieht anders aus.

Was wir brauchen ist zweierlei: Erstens verlässliche Rahmenbedingungen und damit Planungssicherheit für die Kassen und Leistungserbringer. Weniger ist manchmal mehr. Das gilt gerade auch für ein so komplexes System wie das Gesundheitswesen. Statt im Quartalsrhythmus die Stellschrauben immer wieder neu auszurichten, sollte die Gesundheitspolitik mehr Geduld zeigen und neuen Instrumenten auch Zeit zur Entfaltung geben. Zweitens benötigen wir mehr Informationen über die Präferenzen der Versicherten und Patienten, ohne die das von Ihnen angesprochene Customer-Relationship-Management kaum möglich ist. Erst wenn die Kassen die Bedürfnisse und Einschätzungen der Patienten kennen und andererseits die Versicherten die Angebote der Kassen ebenso wie die Qualität der Leistungserbringer vergleichen und einschätzen können, ist ein lernendes System wirklich möglich.

Ein erster historischer Blick in die im Bereich der Gesundheitspolitik weite Vergangenheit, nämlich zu den ersten Gesundheitsreformen, die noch gar nicht so lange her sind: 1993 Gesundheitsstrukturgesetz, auch bekannt als „Lahnstein-Kompromiss“, 1996 das Beitragsentlastungsgesetz, 1997 das GKV-Neuordnungsgesetz. Und im Jahr 1997 wurde - nicht zu vergessen - der BMC gegründet. Was war der Anlass, damals einen Verband für „Managed Care“ zu gründen, der die gesamte Bandbreite der Akteure im deutschen Gesundheitswesen in sich vereinen sollte?

Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 legte mit der Einführung der freien Wahl der Krankenkasse den Grundstein für den Wettbewerb um Versicherte in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Für Managed Care bedurfte es jedoch mehr, nämlich der Möglichkeit, Versorgungsprozesse gestalten zu können - und zwar auch jenseits der traditionellen Versorgungsstrukturen. Genau diese Möglichkeit wurde mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz von 1997 geschaffen, das völlig zu Recht von BMC-Gründer Dr. Klaus Meyer-Lutterloh als „Stunde Null für Managed Care in Deutschland“ bezeichnet worden ist. Im Zuge des Gesetzes wurde erstmals die Möglichkeit geschaffen, Struktur- und Leistungsmodelle zu erproben und Strukturverträge abzuschließen. Die BMC-Gründer waren der Überzeugung, dass Managed Care angesichts der strukturellen Mängel und finanziellen Engpässe zunehmend eine prägende Rolle im deutschen Gesundheitswesen einnehmen würde. Da es bis dato trotz eines hohes Informationsbedarfs jedoch keine ständige gemeinsame Interessenvertretung gab, gründeten sie am 23. Oktober 1997 den BMC. Wir können also zu Recht von uns behaupten, von Anfang an dabei gewesen zu sein und seitdem die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen der GKV begleitet und zahlreiche Impulse gesetzt zu haben.

Worin sehen Sie rückblickend die hauptsächlichen Ergebnisse der Arbeit des BMC in den ersten Jahren? Was hat der BMC erreicht?

Das wichtigste Ergebnis der Arbeit des BMC in den Anfangsjahren ist es mit Sicherheit gewesen, das Thema Managed Care auf die politische Agenda gesetzt und dafür Sorge getragen zu haben, dass es dort auch geblieben ist. Sie dürfen nicht vergessen, auf welche massiven Informationsdefizite und Vorbehalte neue Struktur- und Leistungsmodelle im Gesundheitswesen zu dieser Zeit gestoßen sind. Das betraf nicht nur die Leistungserbringer, die ihre gewohnten und trotz aller Vergütungsdebatten aus ihrer Sicht durchaus bewährten Organisationstrukturen gefährdet sahen, sondern ebenso die anderen Akteure des Gesundheitswesens. Die Kassen beispielsweise waren auf die neuen Gestaltungsoptionen weder personell noch von ihrer Kompetenz her vorbereitet.

In dieser Situation hatten die Gründer des BMC eine vermeintlich sonderbare Idee: Sie brachten Vertreter nahezu sämtlicher Bereiche des Gesundheitswesens - Krankenkassen, private Versicherungen, Leistungserbringer, Arzneimittelhersteller, Apotheker, Dienstleister etc. - an einem Tisch zusammen und machten es sich zur Aufgabe, entgegen der unterschiedlichen Interessen gemeinsam Konzepte zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zu entwickeln. Was auf den ersten Blick völlig absurd zu sein scheint, erwies sich bei näherer Betrachtung als genialer Schachzug. Denn der BMC besetzte damit eine Nische und gab den Akteuren des Gesundheitswesens die fehlende Plattform, auf

der sie sich jenseits harter Interessenvertretung treffen, Informationen austauschen und Ideen generieren können. Ich möchte nicht so weit gehen und behaupten, ohne den BMC wäre Managed Care in Deutschland von vornherein gescheitert. Aber das Gesundheitswesen besteht aus vielen Mosaiksteinen und der BMC hat als ein Stein davon einen Anteil daran gehabt, Vorurteile bei den Akteuren abzubauen, einen Ausgleich der Interessen zu befördern und für mehr Konsensorientierung statt Konfrontation zu sorgen.

Ein zweiter historischer Blick zu den nächsten Gesundheitsreformen, die da kamen: 1999 GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz, 2000 GKV-Gesundheitsreform und 2002 Beitragssatzsicherungsgesetz. Die Begriffe der Reformen werden länger, ihre Aufgaben komplexer und über reine Einsparmaßnahmen hinausgehend. Was waren die Fakts dieser Reformen, die das Gesundheitssystem bis heute - positiv wie negativ - beeinflussen?

Es lässt sich nicht bestreiten, dass die von Ihnen genannten Reformen durchaus auch den Charakter von Kostendämpfungsgesetzen trugen, sei es über die Wiedereinführung der Budgetierung von Arzthonoraren, für Krankenhäuser sowie für Arznei- und Hilfsmittel durch das Solidaritätsstärkungsgesetz, die Budgetverschärfungen durch die Gesundheitsreform 2000 oder beispielsweise die Erhöhung der Arzneimittelrabatte und die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze durch das Beitragssatzsicherungsgesetz. Doch ich stimme Ihnen zu: Eine allein auf Kostendämpfung verengte Perspektive wird der Gesundheitspolitik dieser Zeit nicht gerecht. So muss die Einführung der Integrierten Versorgung durch die Gesundheitsreform 2000 als echter Meilenstein bezeichnet werden. Zwar erwies sich diese zunächst als absoluter Flop, da keines der damals entwickelten Modelle überlebt hat. Verbunden mit der etwas später eingeführten Anschubfinanzierung legte die Reform jedoch den Grundstein für die dynamische Entwicklung der Integrierten Versorgung ab 2004. Zudem darf in der Aufzählung das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vergessen werden, das mit Einführung der Disease-Management-Programme einen nachhaltigen Einfluss auf die Entwicklung strukturierter Behandlungsabläufe chronischer Erkrankungen genommen hat.

Der BMC sieht sich als Ideenschmiede für innovative patientenorientierte Versorgungsstrukturen. Welche Ideen, Konzepte, Arbeits- und Projektgruppen haben sich als besonders wirkungsvoll erwiesen?

Im Laufe der Zeit haben sich die Anforderungen an die Arbeits- und Projektgruppen des BMC deutlich verändert. Während der ersten Phase, in der Integrierte Versorgung neu war, ging es insbesondere um das Erarbeiten von Checklisten für die Umsetzung erster Projekte. Die Grundlagenarbeit bis hin zur Entwicklung von Vertragsmustern stand im Vordergrund. Inzwischen haben wir im System einen erheblichen Reifegrad erreicht. Die Akteure haben sich konzeptionell und personell verstärkt und sind zu großen Teilen gut aufgestellt. Für den BMC geht es heute daher weniger darum, Konzepte zu erarbeiten, als vielmehr neue Themen gezielt zu forcieren. Im vergangenen Jahr haben wir uns beispielsweise intensiv mit den durch das Versorgungsstrukturgesetz aktuell gewordenen Themen Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung und Entlassmanagement beschäftigt. Sehr wichtig war uns auch die Einbindung von der Pflege in die Integrierte Versorgung. Ein entsprechendes Konzept haben wir im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt. Aktuell fokussieren wir uns insbesondere auf Prävention und Betriebliches Gesundheitsmanagement, ambulante Versorgungsunternehmen und die Ausschöpfung von Effizienzpotenzialen durch moderne IT. Ein ganz besonderes Anliegen ist uns zudem, ein Konzept für standardisierte Evaluationen neuer Versorgungsformen zu erarbeiten. Denn bis heute sind die genauen Effekte der meisten IV-Projekte auf Kosten und Qualität kaum bekannt. Doch solange keine belastbaren Evaluationen existieren, werden IV-Verträge immer zur Disposition stehen und ihre Ausbreitung immer begrenzt bleiben. Die Etablierung standardisierter Evaluationen, die eine Vergleichbarkeit der Projekte ermöglichen, ist somit entscheidend für die Ausbreitung der IV. Hier sieht sich der BMC gefordert.

Welche konkreten nachhaltigen Kooperationen zwischen BMC-Mitgliedern sind in den 15 Jahren zu Stande gekommen? Welche sind besonders erfolgreich?

„Bis heute sind die genauen Effekte der meisten IV-Projekte auf Kosten und Qualität kaum bekannt. Solange keine belastbaren Evaluationen existieren, werden IV-Verträge immer zur Disposition stehen und ihre Ausbreitung immer begrenzt bleiben."

Es ist nicht unsere Aufgabe, Kooperationen zwischen unseren Mitgliedern herbeizuführen. Der BMC bietet allein die Plattform des Austauschs. Was sich neben der Arbeit im BMC aus diesem Austausch ergibt, steht auf einem Blatt, das uns nichts angeht. Doch es ergibt sich aus der Natur der Sache, dass bei uns potenzielle Vertragspartner aufeinandertreffen, Kontakte geknüpft und Kooperationen angestoßen werden. Die besondere konsensorientierte Atmosphäre im BMC trägt sicherlich dazu bei, dass bestehende Vorbehalte, beispielsweise zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, abgebaut, und dass bei uns Entwicklungen vielleicht früher erkannt und angestossen werden. So haben bei uns konstruktive Diskussionen zwischen Kostenträgern und Arzneimittelunternehmen stattgefunden, lange bevor die Einbindung von Industrie in selektivvertragliche Lösungen auch im Gesundheitsmarkt zum Thema wurde.

Ein dritter historischer Blick zu den dann folgenden Gesundheitsreformen, deren Namen immer noch länger wurden: 2003 GKV-Modernisierungsgesetz, 2007: GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und schließlich die Gesundheitsreformen 2011 mit AMNOG und Versorgungsstrukturgesetz. Damit zieht explizit der Wettbewerbsgedanke ins System ein und der Wunsch, dieses an die Anforderungen des wissenschaftlichen Fortschritts, der Multimorbidität und der Demografie anzupassen. Was war dabei besonders erfolgreich?

Die aktuelle Gesundheitspolitik verfolgt einen kontinuierlichen Entwicklungspfad, der durch die Stichwörter mehr Versorgungswettbewerb zwischen den Kassen, mehr Wahlmöglichkeiten für die Versicherten und mehr unternehmerischer Spielraum für die Akteure in den unterschiedlichen Sektoren des Gesundheitswesens gekennzeichnet ist. Gerade das GKV-Modernisierungsgesetz hat mit der Anschubfinanzierung für Integrierte Versorgung, der hausarztzentrierten Versorgung oder der Medizinischen Versorgungszentren den Startschuss für eine ganze Reihe innovativer Modelle gegeben. Inwieweit die Etablierung des Gesundheitsfonds durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz dem Namen der Reform Ehre macht, wird sich noch erweisen müssen. Zumindest haben die ersten Erfahrungen mit Zusatzbeiträgen gezeigt, dass die Versicherten sehr sensibel auf diese reagieren. Potenzial für Preiswettbewerb ist somit vorhanden. Solange Zusatzbeiträge jedoch eher als Damokles-Schwert wirken und Kassen, die sie erheben, mitunter bis in die Insolvenz getrieben werden, kann das heutige Finanzierungssystem auch kontraproduktiv sein. Besser wäre

es gewesen, den Finanzierungsanteil des Gesundheitsfonds auf beispielsweise 80 Prozent zu begrenzen. Dann hätten alle Krankenkassen von vornherein Zusatzbeiträge erheben müssen und ein wirkungsvoller Preiswettbewerb wäre in Gang gesetzt worden.

Und das aktuelle Versorgungsstrukturgesetz?

Das Versorgungsstrukturgesetz ist sicherlich deutlich besser als sein Ruf und setzt beispielsweise mit der Förderung von Arztnetzen und dem Abbau von Reibungsverlusten zwischen den Sektoren die richtigen Schwerpunkte. Es wird jedoch nur dann einen Beitrag für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung leisten, wenn die Akteure des Gesundheitswesens die neuen Instrumente mit Leben füllen. Das betrifft vor allem den neuen ambulanten spezialfachärztlichen Bereich. Dieser stellt einen ersten Schritt dar, die bislang zersplittert und teilweise auch widersprüchlich geregelte Versorgung an der intersektoralen Schnittstelle in einen einheitlichen Rechtsrahmen zu überführen. Jetzt wird es darum gehen, Wettbewerbsverzerrungen zwischen den traditionellen Sektoren zu verhindern. Hierzu könnte eine stärkere selektivvertragliche Ausgestaltung beitragen.

Deutlich mehr als erste Schritte hat die Bundesregierung mit dem AMNOG eingeleitet. Dieses gehört zu den wenigen Gesetzen, bei denen der Begriff Neuordnung tatsächlich angemessen ist. Die grundlegende Idee, Arzneimittelpreise zwischen Industrie und Kassen aushandeln zu lassen, ist durchaus berechtigt. Verhandlungen mit Monopolisten machen jedoch wenig Sinn. Ich bin mir nicht sicher, ob der Politik wirklich bewusst gewesen ist, wie extrem die Auswirkungen auf einzelne Marktteilnehmer sein können. Für eine tatsächliche Beurteilung des AMNOG ist es sicherlich noch zu früh, doch die Politik ist gut beraten, den Prozess genau zu beobachten und aufzupassen, dass ein Gleichgewicht der Kräfte zwischen den Marktteilnehmern gewahrt bleibt.

„Entgegen des Eindrucks säbelrasselnder Honorarverteilungskämpfe geht es bei den Ärzten in den wenigsten Fällen wirklich nur ums Geld. Es sind die Rahmenbedingungen, die den heutigen Versorgungsherausforderungen bislang nicht adäquat angepasst worden sind."

Der Sachverständigenrat hat sich in seinem letzten Gutachten mit dem Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung beschäftigt. Wie stehen Sie zu den dort gemachten Vorschlägen?

Es gibt kein zweites Gutachten in Deutschland, das so breit aufgestellt ist und so eine Vielzahl an spannenden Anregungen und Analysen aufweist, wie das des Sachverständigenrates. Entsprechend ist es nicht möglich, hier auf alle Themen einzugehen. Die grundsätzliche Schwerpunktsetzung des Gutachtens, d.h. die Verbesserung der Schnittstellengestaltung und damit die Koordination und Integration von stationärer und ambulanter Versorgung, ist definitiv der entscheidende Ansatzpunkt zur Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung.

Wie steht der BMC zum Gutachten?

Lassen Sie mich - ausdrücklich ohne eine Prioritätensetzung unter den zahlreichen wichtigen Empfehlungen des Rates vornehmen zu wollen - auf drei aus Sicht des BMC zentrale Themenbereiche eingehen:

Erstens die Sicherung der sektorenübergreifenden Versorgungskontinuität. Die vom Sachverständigenrat vorgeschlagene Entwicklung einer nationalen Leitlinie zur Ausgestaltung des interdisziplinären Schnittstellenmanagements auf der Grundlage des Nationalen Expertenstandards Entlassmanagement weist in die richtige Richtung. Der BMC hat hierzu bereits umfassende Vorarbeiten geleistet und empfiehlt nicht nur eine Weiterentwicklung der krankenhausinternen Strukturen, sondern darüber hinaus auch die Etablierung ambulanter Ankerpunkte, die die Patienten an die Hand nehmen und die interprofessionelle nachstationäre Behandlung managen.

Eine effiziente sektorenübergreifende Steuerung ist jedoch nur möglich, wenn zweitens auch die entsprechende Telematik-Infrastruktur zur Verfügung steht. Wie der Sachverständigenrat völlig zu Recht feststellt, ist eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Behandlungsqualität aktuell fast ausschließlich von denjenigen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte zu erwarten, die patientenseitig freiwillig genutzt werden. Umso wichtiger ist es, die Leistungserbringer dazu zu motivieren, durch Aufklärung und Unterstützung der Versicherten die Akzeptanz einer elektronischen Patientenakte zu erhöhen. Der BMC wird sich diesem Thema im Rahmen einer Projektgruppe intensiv annehmen.

Und drittens?

Als dritten und letzten Punkt möchte ich das Thema Qualitätswettbewerb und Qualitätssicherung aufgreifen. Auch wenn Ergebnisindikatoren schwieriger zu erheben sind als Struktur- und Prozessindikatoren, so benötigen wir im Gesundheitssystem eine stärkere Fokussierung auf patientenrelevante Ergebnisse. Dabei geht es vor allem um populationsorientierte und sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren. Der BMC unterstützt den Ansatz des Sachverständigenrates, eine stärkere Kooperation und Koordination der medizinischen Leistungen, beispielsweise in Arztnetzen, als Grundlage für eine gemeinsame Qualitätsverantwortung zu nutzen, die dann mit populationsbezogenen Indikatoren gemessen werden kann. Dies würde auch die Einführung qualitätsorientierter Vergütungselemente befördern. Wenn wir über populationsorientierte und sektorenübergreifende Indikatoren sprechen, dann befinden wir uns auch mitten in der Debatte um eine Annäherung der Vergütungssysteme von ambulantem und stationärem Sektor. Ein dickes Brett, das zu bohren sich lohnen würde, bislang aber noch nicht wirklich angegangen worden ist.

2013 ist Wahljahr und damit kommt der Aufschlag zur nächsten Reform, die spätestens 2014 erfolgen wird. Was erwarten Sie? Welche Anregungen kann der BMC der Gesundheitspolitik geben?

Die größte anstehende Herausforderung des deutschen Gesundheitswesens besteht in der Sicherstellung der flächendeckenden medizinischen Versorgung. Schwer zu versorgende Regionen sind dadurch charakterisiert, dass der Versorgungsbedarf der Bürger qualitativ und logistisch nicht mehr ausreichend über die traditionellen Organisationsformen bedient werden kann. Entsprechend müssen diese Strukturen insgesamt auf den Prüfstand gestellt und weiterentwickelt werden. Mit den vorhandenen neuen kooperativen Organisationsmodellen liegen die hierzu notwendigen Instrumente zu großen Teilen bereits vor. In der kommenden Legislaturperiode wird es darauf ankommen, durch das gezielte Anziehen von Stellschrauben dafür zu sorgen, dass bestehende Hürden abgebaut und die Dynamik in der Ausbreitung solcher Modelle erhöht wird.

Das Ganze kann nur funktionieren, wenn die Ärzteschaft eingebunden und von ihrer kollektiven Depression befreit wird.

Entgegen des Eindrucks säbelrasselnder Honorarverteilungskämpfe geht es bei den Ärzten in den wenigsten Fällen wirklich nur ums Geld.

Es sind die Rahmenbedingungen, die den heutigen Versorgungsherausforderungen bislang nicht adäquat angepasst worden sind. Vergütungssysteme, die selbst von Experten kaum noch verstanden werden und dadurch jegliche Steuerungsfunktion verloren haben, Arbeitszeiten auf internationalem Rekordniveau und Sprechzeiten im einstelligen Minutentakt tragen wenig zur Motivation der Ärzte bei. Umso wichtiger ist es, diese von Bürokratie zu befreien und das ärztliche Aufgabenspektrum durch verstärkte Delegation und Substitution an andere qualifizierte Heilberufe neu zu definieren. Delegation und Substitution funktionieren jedoch nur dann effizient, wenn die technischen Voraussetzungen stimmen. Neben der bereits angesprochenen elektronischen Patientenakte müssen dringend Lücken im Bereich der haftungsrechtlichen Risiken geschlossen werden, beispielsweise hinsichtlich der Verantwortungsabgrenzung zwischen dem behandelnden Arzt oder der medizinischen Fachkraft und dem über Telemedizin angebundenen Konsiliararzt.

Und damit Vergütungssysteme echte Steuerungswirkung entfalten, muss die Honorierung medizinischer Leistungen vereinfacht werden …

… und sich an der Qualität und insbesondere der Ergebnisqualität der erbrachten Leistungen ausrichten. Im Gegenzug gilt es, auf Seiten der Patienten die nutzerorientierte Transparenz zu erhöhen. Arztsuche ist Vertrauenssache. Doch die Möglichkeiten, sich über die Qualität einzelner Leistungserbringer zu erkundigen, sind heutzutage begrenzt. Deshalb sind Fortschritte im Bereich Public Reporting dringend notwendig. Das Gleiche gilt für die unterschiedlichen Versorgungsangebote der Krankenkassen. Viele Versicherte fühlen sich in der Regelversorgung gut aufgehoben und vertrauen den vermeintlich staatlich festgelegten Leistungen. Entsprechend vorsichtig begegnen sie oft neuen Versorgungsformen, deren Qualität sie im Vorfeld nicht beurteilen können. Gerade der zur Motivation der Versicherten wichtige Mehrwert bleibt häufig verborgen, da der Patient von der Optimierung der Prozessabläufe erst im konkreten Krankheitsfall profitiert.

Bei alledem sind Investitionen in innovative Versorgungsformen gefordert, die von vielen Krankenkassen noch immer gescheut werden. Das Risiko erscheint oftmals zu hoch, der Gewinn zu unvorhersehbar. Die wenigsten Projekte amortisieren sich in einem Jahr. Deshalb ist es wichtig, die Kassen von ihrem Budgetdenken zu befreien. Abhilfe schaffen könnte ein Innovationsfonds für Pilotprojekte, der sich beispielsweise aus zwei Prozent der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds speist. Um sicherzustellen, dass die Gelder sachgerecht verwendet werden, müssten die geförderten Projekte einer standardisierten Evaluation unterzogen werden.

Im Endeffekt wird sich je nach Farbzusammenstellung der künftig regierenden Koalition eine grundlegende Diskussion zwischen den Antipoden Bürgerversicherung der SPD und Kopfpauschale von CDU/CSU entfachen. Welche halten Sie für besonders zielführend?

Das ist sicherlich eine spannende Frage. Doch sie geht an dem eigentlichen Problem vorbei: Für die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems ist es letztlich unerheblich, ob die Finanzierung in Form einer rot-grünen Bürgerversicherung oder eines schwarz-gelben Prämienmodells erfolgt. Vielmehr geht es perspektivisch darum, die Grundlagen für eine demographiesichere Finanzierung zu legen. Beide Modelle bieten in ihrer jetzigen Ausgestaltung keine nachhaltige Antwort auf diese Frage und müssen entsprechend modifiziert werden.

Zum Begriff „Managed Care“: Sind Sie mit dem Verbandsnamen noch glücklich, nachdem sich das Steuerungsmodell Managed Care mehr und mehr in Richtung der integrierten Versorgung weiterentwickelt und in der Schweiz die Einführung eines Managed-Care-Gesetzes mit 76 Prozent Nein-Stimmen in einer Volksbefragung gescheitert ist?

Der BMC versteht Managed Care nicht als geschlossenes Konzept, sondern als am Patienten orientierte „gesteuerte“ Versorgung - und wie könnte das besser umgesetzt werden als in einem integrierten Versorgungsmodell? Insofern bedauern wir keineswegs, dass sich Managed Care mehr und mehr in Richtung der integrierten Versorgung bewegt, sondern wir nehmen maßgeblich Teil an dieser Entwicklung. Das Problem ist vielmehr, dass Managed Care aufgrund seiner Wurzeln oftmals mit dem US-amerikanischen Gesundheitssystem gleichgesetzt wird, verbunden mit der Fehleinschätzung vieler Menschen, dass die angestrebten Kosteneinsparungen zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität führen. Doch genau das Gegenteil ist der Fall: Je besser die Versorgung ist, desto günstiger ist sie auch. Genau darum geht es bei Managed Care - und genau deshalb setzen wir uns dafür ein.

Herr Prof. Amelung, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Gespräch führten MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

JETZT ERHÄLTLICH:

Disease Management Programme - Statusbericht 2012

Wissenschaftliche und redaktionelle Beiträge der MVF-Fachkongresse „10 Jahre DMP“ und „Versorgung 2.0“



Mit Beiträgen von

L. Altenhofen | C. Bartel | C. Bensing | J. Biermann | J. Böcken | S. Burger | T. Czihal | S. Ein Waldt | M. Ewers | P. Fey | J. Fröhlich | M. Gaßner | C. Gawlik | J. Gebhardt | G. Glaeske | C. Graf | S. Guthoff-Hagen | J. Härtel | B. Häussler | B. Hagen | E. Höfer | F. Hofmann | W. Hoffmann-Eßer | D. Horenkamp-Sonntag | L. Kerkemeyer | C. Kiefer | A. Kleinfeld | K. Koch | T. Köhler | K. Köhn | T. König | J. Leinert | R. Linder | U. Moldenhauer | S. Mostardt | H.-D. Nolting | I. Oelmann | H. Rebscher | M. Redaèlli | S. Roebers | R. Roski | A. Rüther | D. Schaeffer | U. Siering | S.G. Spitzer | P. Stegmaier | D. Graf von Stillfried | S. Stock | S. Südhof | E.J. van Lente | M. Wagner | P. Willenborg | K. Wegscheider | K. Zich |

Erscheint demnächst im Verlag von „Monitor Versorgungsforschung“.

Bestellen Sie direkt beim Verlag: eRelation AG - Content in Health - Kölnstraße 119 - 53111 Bonn - Tel. 0228 - 76 38 28 00 - info@erelation.org - ISBN 978-3-9814519-0-0