Kapitel 2
Veränderte Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen und Ausgangssituation für die Untersuchung

Das Gesundheitswesen steht stark in der Kritik und unter Veränderungsdruck. Dies ist sowohl auf die veränderten externen als auch auf die veränderten internen Rahmenbedingungen zurückzuführen. Der zunehmende Druck verlangt von den Organisationen im System dringend eine Anpassung von Strukturen, Strategien und Kulturen, um den veränderten Rahmenbedingungen gerecht zu werden (Kap. 4). Das folgende Kapitel analysiert, mit Blick auf die in Kap. 1 dargelegten Ziele der Untersuchung, die maßgeblichen Veränderungen im Gesundheitssystem. Es stellt die Grundlagen der wissenschaftlichen Diskussion sowie die Problematik der gesundheitspolitischen Steuerung dar sowie neue Ansätze für eine Neuausrichtung des Gesundheitssystems. Dabei wird in diesem Kapitel primär auf die Ebene der Gesundheitspolitik Bezug genommen (Makro-Ebene) und untersucht, welche Ausrichtung für die Nutzer des Systems sinnvoll ist.

2.1 Systemsteuerung im Gesundheitswesen

In Anlehnung an Ackoff werden für die folgende Betrachtung mehrere sich gegenseitig beeinflussende Systemebenen unterschieden (Ackoff 1999 und Ackoff/Rovin 2003). Diese Betrachtungsweise hat sich insbesondere bei komplexen Problemen bewährt (Ulrich/Probst 1995, S. 57; Gomez/Probst 1997, S. 22; Malik 1996, S. 75). Gerade im Gesundheitswesen kann man die Probleme einer isolierten Steuerung auf den unterschiedlichen Systemebenen gut beobachten. Die Abb. 2.1 zeigt die Einteilung des Gesundheitssystems auf die unterschiedlichen Ebenen mit den jeweiligen Akteuren und einer Auswahl von Steuerungsinstrumenten.

Auf der Mikro-Ebene geht es um die Steuerung der konkreten Beziehung zwischen Patienten als Leistungsempfängern und den Health Professionals als Leistungserbringern. Zu nennen sind hier zum Beispiel Operationen, aber auch eine präoperative Beratung und Nachbehandlung. Zunehmend in den Blickpunkt kommen Ansätze der Outcome-Messung sowie Messungen der Patientenzufriedenheit. Der Staat als oberste Steuerungsinstanz verlangt von den Organisationen Nachweise über deren erbrachte Qualität in der konkreten Health Professional-Patienten-Beziehung. Dies schließt auch die Qualität der einzelnen Organisation

G. Offermanns, *Prozess- und Ressourcensteuerung im Gesundheitssystem*,
DOI 10.1007/978-3-642-18432-1_2, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2011

	Systemebene	Fokus	Akteure	Steuerungs-instrumente
Makro	Gesellschaftliche Ebene mit Werten und Prinzipien Gesundheitssystem	Sicherstellung von Beteiligung Solidarprinzip Zugang und Gleichbehandlung Qualitätssicherung	EU, Staat Länder, Regionen Patientenvertretungen Versicherer Lobby	Gesetze und Verordnungen Allokation der Ressourcen Zielvereinbarungen zwischen den Beteiligten
Meso	Organisation Leistungserbringer	Kundenorientierung Mitarbeiter- und Prozessorientierung Effektivität	Selbstverwaltung Selbsthilfegruppen vor Ort Verbände (z. B. DKG, KVen, Kammern)	Betriebswirtschafts-lehre und Management Dienstleistungs- und Qualitätsmanagement Strategisches Management
Mikro	Health Professional-Patienten-Beziehung	Patienten-Orientierung Outcome Empowerment Value for money Effizienz	Health Professionals Angehörige Selbsthilfegruppen Patientenanwälte	Personalführung Prozessmanagement Leitlinien Klinische Pfade Risikomanagement

Abb. 2.1 Steuerung im Gesundheitswesen auf drei Ebenen (in Anlehnung an Güntert/Offermanns 2002, S. 4)

als notwendige Rahmenbedingung für Qualität auf der Mikro-Ebene ein, primär mit Blick auf Struktur- und Prozessqualität. Zukünftig wird es nicht mehr ausreichen, lediglich gute Qualität zu erbringen, man wird diese auch gegenüber den unterschiedlichen Anspruchsgruppen entsprechend darlegen müssen. Letztendlich werden daran, bei einer möglichen Aufhebung des Kontrahierungszwangs, sowohl generelle Kontraktfähigkeit zwischen Kassen, Ländern und Leistungserbringern als auch die Höhe der zur Verfügung gestellten Ressourcen gekoppelt sein. Wie die Frage der Qualitätsberichterstattung der einzelnen Organisation gelöst werden kann, ist noch weitgehend ungeklärt, insbesondere wird die Frage nach der Ergebnisqualität fast bei allen eingesetzten Modellen zur Qualitätssicherung bisher ausgeblendet (Hildebrand 2005, S. 27; Offermanns 2007b, S. 4) (vgl. ausführlich Kap. 5).

Auf der Meso-Ebene wird die Frage der Steuerung aus der Sicht der jeweiligen Organisationen betrachtet. Diese Ebene entspricht am ehesten dem üblichen betriebswirtschaftlichen Ansatz und umfasst neben dem Ziel der Einführung neuer Steuerungsansätze, der Entwicklung neuer Perspektiven im Wettbewerb (Strategisches Management) auch alle Ansätze zur Schaffung einer neuen Unternehmenskultur (Normatives Management) (Schmidt 2005, S. 24). Der Fokus liegt hier z. B. auf der Organisation eines Krankenhauses mit seinen Strukturen (personelle, räumliche, technologische, finanzielle), seinen Prozessen (Geschäfts- oder Kernprozesse, Unterstützungs- und Managementprozesse) und seinen Ergebnissen (qualitative,

quantitative und finanzielle). Diese Ebene beeinflusst über Ressourcenverteilung und Prozessdefinition die konkrete Leistungserstellung zwischen Health Professionals und Patienten maßgeblich, wie auch über die Unternehmenspolitik und Strategie die Kooperation und Vernetzung im Versorgungssystem (Güntert 2007, S. 409).

Auf der Makro-Ebene, die man auch als nationalstaatliche und supranationale Ebene der Gesundheitspolitik betrachten kann, wird nach effektiven Steuerungsmöglichkeiten durch den Gesetzgeber, beraten durch die Selbstverwaltung, den professionellen Vereinigungen sowie Lobbyisten, vor allem der Pharma-Industrie, gesucht. In der Regel beschränkt sich der Staat auf die Formulierung von Rahmenvorgaben („Generalnormen"), deren Konkretisierung er den nachgeordneten Akteuren auf der Meso-Ebene, wie den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), den Krankenversicherungen oder der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), überlässt (Subsidiaritätsprinzip). Analoge Akteure in Österreich sind die Ärztekammern auf Länder- und Bundesebene sowie die Krankenkassen und der Hauptverband der Sozialversicherungsträger. Bei grundsätzlichen Systemkorrekturen oder bei Nicht-Einigung zwischen diesen Akteuren entscheidet der Staat und erlässt entsprechende Gesetze und Verordnungen (Rückgabe der Entscheidung an den Gesetzgeber, wenn die Selbstverwaltung sich nicht auf ein gemeinsames Vorgehen einigen kann). Dies zeigt, dass die korporatistische Steuerung nach wie vor von besonderer Bedeutung für das deutsche und österreichische Gesundheitssystem ist (Rosenbrock/Gerlinger 2004, S. 17). Dabei geht es insgesamt um das Versorgungssystem als Ganzes, d. h. um die Rollen und Kooperationsbeziehungen der verschiedenen ambulanten und stationären Leistungsanbieter, die Möglichkeiten einer abgestimmten Patientenversorgung entlang der Patientenkarriere (Integrierte Versorgung, Managed Care) sowie um die Ausbildungssysteme, die Finanzierung und die finanziellen Anreize für die Leistungsanbieter im Versorgungssystem. Diese Punkte bündeln sich in einer langfristig angemessenen Versorgung. So können Unter-, Über- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen vermieden werden (Güntert/Thiele 2008, S. 214) (vgl. Abschn. 2.2). Grundlage hierfür wären klare Ziele, welche dann auf den nachgeordneten Ebenen zur Umsetzung kommen könnten. Hier verknüpft sich die Makro-Ebene mit der gesellschaftlichen Ebene. Dabei geht es um die sozial- und gesundheitspolitischen Zielsetzungen, um gesellschaftliche Erwartungen und um politische Kräfteverhältnisse, aber auch um demografische und epidemiologische Entwicklungen sowie um Empowerment von Patienten und Health Professionals, weiter um den Aufbau geeigneter Public-Health-Strukturen (Capacity Building) als Gegenpol zur bisher eher akut-medizinisch orientierten Versorgung (Güntert/Thiele 2008, S. 215). Diese Zielsetzungen bestimmen im Wesentlichen die Ausrichtungen des Systems mit den entsprechend zugrunde liegenden Werten und Normen, auch mit Blick auf ethische Aspekte des Gesundheitswesens (Wallner 2007, S. 13). Unterschiede gibt es in den verschiedenen Ländern mit ihren individuellen Organisationsprinzipien. Einem staatlich gesteuerten System liegen andere Ziele zugrunde als einem marktwirtschaftlich orientierten System. Den auf der Makro-Ebene gesetzten Rahmenbedingungen und Anreizen folgen dann die Organisationen auf der Meso-Ebene und richten sich entsprechend nach den Vorgaben

aus. Auf jeden Fall spüren die Patienten diese Auswirkungen ebenfalls. Dies manifestiert sich oft in Protesten bei anstehenden Gesundheitsreformen oder in zunehmend kritischer werdenden Haltungen zum System selbst (Bartens 2008a, S. 13; Dahlkamp/Ludwig/Martens/Meyer/Neubacher/Sauga 2006, S. 18; Feuerstein 2008, S. 161; Rümmele 2005, S. 17; Blech 2004, S. 33).

Natürlich sind diese Ebenen nicht unabhängig voneinander. Sinnvolle gesetzliche Vorgaben (Makro-Ebene) zur Behebung möglicher Steuerungsdefizite werden erst dann wirksam, wenn eine weitgehende Einigkeit innerhalb der Selbstverwaltung sowie bei den politischen Entscheidern besteht und die Leistungserbringer auf der Meso-Ebene über wirksame Steuerungsinstrumente zur Umsetzung der Gesetzesvorhaben verfügen. Diese Instrumente der Organisation unterstützen dann die Steuerung in den konkreten Leistungserstellungsprozessen (Mikro-Ebene), also den Prozessen der Behandlung, Pflege und Therapie. Ein Beispiel hierfür ist das seit 2001 eingeführte Finanzierungsinstrument der Diagnosis Related Groups (DRGs). Die Krankenhausleistungen werden nun statt mit tagesgleichen Pflegesätzen mit festen Fallpauschalen vergütet (Kortevoß 2007, S. 87; Köninger 2003, S. 47; Zaiß 2004, S. 11). Österreich greift bereits seit 1998 auf ein leistungsorientiertes Krankenhausfinanzierungssystem zurück (Potocnik 2006, S. 26). Dies hat weitgehende Auswirkungen auf die Strukturen und Prozesse in den Krankenhäusern, insbesondere die ökonomische Perspektive tritt so noch stärker in den Vordergrund. Erst nach und nach werden die Auswirkungen der gesetzlich neu geregelten Finanzierung (Makro-Ebene) für die Organisationen (Meso-Ebene) und die Health Professionals und Patienten (Mikro-Ebene) spürbar. Die Proteste aufgrund verschärfter Rahmen- und Arbeitsbedingungen, insbesondere der Health Professionals und ihrer Verbände, führte in Deutschland zu großzügigen Übergangsfristen (Konvergenzphase), welche von der Politik zugestanden wurden (Schmidt/Möller 2007, S. 10).

Die einzelnen Organisationen im Gesundheitswesen haben auf die Makro-Ebene wenig bis gar keinen Einfluss und können so nur auf neue Gesetze und Verordnungen reagieren, selbst also nicht gestalten. Jedoch werden hier zukünftige Anforderungen an die Organisationen formuliert. Daher sind diese Entwicklungen sorgsam zu beobachten und entsprechende Steuerungsinstrumente einzuführen, die sich an Grundsätzen der Betriebswirtschaftslehre und des Managements orientieren. Lediglich mit einzelnen Instrumenten der Kommunikationspolitik kann z. B. ein Krankenhaus Einfluss auf lokale Politikentwicklungen nehmen. Die Steuerung durch Instrumente der Betriebswirtschaftslehre kann sich also lediglich auf die Meso- und Mikro-Ebene konzentrieren. Jede Organisation, die ihre eigene Steuerungsfähigkeit auf diesen Ebenen verbessert, wird weniger Probleme haben, sich auf die neuen und veränderten Rahmenbedingungen seitens der Makro-Ebene einzustellen.

2.2 Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen

Gerade in Krisenzeiten mit verschärften politischen Diskussionen wird nun zunehmend die Gefahr einer Rationierung von Gesundheitsleistungen bzw. die Sorge vor einer Zwei-Klassenmedizin diskutiert (Rümmele/Feiertag 2009, S. 15; Lauterbach

2007, S. 57; Herbert 2006, S. 7). Dies kommt auch daher, weil die Gesellschaft (vertreten durch gewählte Politiker) nicht mehr bereit ist, weiterhin immer mehr Geld in das System zu investieren, da etwa durch höhere Sozialversicherungsbeiträge die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen bzw. der gesamten Volkswirtschaft sinkt, aufgrund weiter steigender Lohnnebenkosten, die eine Belastung der Arbeitgeber darstellen. Damit folgt man primär der ökonomischen Rationalität der übergeordneten staatlichen Systemebene, ohne mögliche Konsequenzen der Ausblendung anderer Rationalitäten zu diskutieren. Ethische Diskussionen über eine solche Vorgehensweise oder über die Grundstruktur und die Ziele des Gesundheitssystems finden bisher kaum statt. Man fokussiert primär auf die Eindämmung bzw. die Senkung der Kosten des Systems. So kommt es zunehmend zu Kosten-Nutzen- oder Kosten-Effektivitäts-Betrachtungen, um wirksame und unwirksame Leistungen zu unterscheiden. Diese Tendenz wird allgemein unter den Begriffen der medizinischen Ökonomie oder der gesundheitsökonomischen Evaluation zusammengefasst (Ahrens 2002, S. 73; Szucs 1997, S. 53). Leistungen werden also mit eingesetzten Ressourcen im Verhältnis zum Nutzen bewertet, woraufhin dann entschieden wird, ob Patienten diese Leistung erhalten oder nicht. Entstehende Kosten werden in Zusammenhang mit Quality Adjusted Life Years (Qualys) gesetzt, d. h., wie viel eingesetzte Ressourcen bewirken welche Lebensverlängerung bzw. welche Lebensqualität (Ess 2002, S. 23). Das Gesundheitswesen unterliegt einer fortschreitenden Ökonomisierung, angestoßen von gesetzlichen Veränderungen auf der Makro-Ebene. Ausgelöst durch die zunehmende Knappheit an Ressourcen findet man sowohl auf der Ebene des sozialen Gesamtsystems als auch im Gesundheitswesen als Teilsystem zunehmend ein Allokationsproblem.

Notwendige Konsequenzen in der Optimierung der Versorgung der Menschen, unter Aspekten der Effektivität und Effizienz der eigentlichen Leistungsprozesse, bleiben, auch bedingt durch die existierenden Machtstrukturen, die immer auch an entsprechende Geldströme gekoppelt sind, bisher aus. Streit über die zur Verfügung stehenden Geldmittel blockiert somit die notwendigen Veränderungen und kostet, in Konsequenz zu Ende gedacht, die Gesundheit der Menschen, da die Versorgung suboptimal bleibt. Durchaus kann man das Gesundheitswesen als in der dauerhaften „Crisis“ bezeichnen (Kitzmüller 2007, S. 105). Diese bildet sich bisher eher noch verdeckt ab: Man beklagt fehlende Mittel – und nicht, dass der Streit um die Ressourcen bzw. die Handlungen der einzelnen Akteure die „Crisis“ ausgelöst haben und sie diese mit allen Konsequenzen verantworten. Allerdings folgen selbst die Patienten der Logik, dass nur das gesund macht, was möglichst viel kostet bzw. Ressourcen beansprucht. Das Medizinsystem hat auch die Nutzer über Jahre, beginnend von der Geburt bis zum Tod, in ihrer Grundhaltung zum Medizinsystem, entsprechend geprägt. So fällt es nicht leicht gegenüber jahrelang gepflegten Traditionen und Kulturen entsprechend neue Perspektiven in das Gesundheitssystem einzubringen (Dörner 2003, S. 11; Blüchel 2003, S. 251; Bartens 2008b, S. 9; Illich 1995, S. 17; Bergmann 2004, S. 97).

Kellermann (2007, S. 115) beschreibt die Auswirkungen dieses von ihm so bezeichneten Moneyismus, der Verabsolutierung von Geld als Maßmittel von Leistungen individueller und kollektiver Art, ohne Bezug zu deren Gebrauchswert. Als

Beispiele nennt er die Produktion von Waffen und deren Zerstörungswirkung sowie den Wiederaufbau nach Katastrophen, wo ein existierender Zustand lediglich wiederhergestellt wird. Übersetzt auf die Situation im Gesundheitswesen bedeutet dies, dass die in Geld bewerteten Ressourcen nur dann einen Nutzen (bzw. im Sinne von Kellermann einen Gebrauchswert) schaffen, wenn der Gesundheitszustand einer Person oder einer Bevölkerungsgruppe nachhaltig verbessert wird. Der eher offene Begriff des Nutzens konkretisiert sich im Outcome der jeweiligen Leistungen, also der tatsächlichen Veränderung des Gesundheitszustandes einer Person (Raffle/Gray 2009, S. 7; Raffle/Gray 2007, S. 65; Ahrens 2002, S. 63). Es reicht nicht aus, wenn nur medizinische Leistungen erbracht werden, welche keinen Nutzen bringen, überflüssig sind oder sogar schaden. Der Begriff des Outputs greift hier eindeutig zu kurz. Allerdings orientieren sich die Vergütungssysteme heute größtenteils noch am Output, also der Art und Anzahl der erbrachten Leistungen, und nicht am Outcome, womit sie implizit voraussetzen, dass mehr Leistungen zu mehr Gesundheit führen. Im Rückblick ein fataler Irrtum der gesundheitspolitischen Akteure (SVR 2001, S. 30).

Der Bedarf (need) ist von Nachfrage (demand) und einer Inanspruchnahme bzw. Nutzung eines Systems (utilization) zu unterscheiden. Der Nachfrage (demand) steht das Angebot einer Leistung (supply) gegenüber. Aus der Sicht von Versicherten ist die Nachfrage zunächst eine subjektive Kategorie, die Nachfrage entsteht durch den subjektiven Wunsch nach einer Leistung. Es kann auch sein, dass eine Nachfrage nach Leistungen entsteht, zu denen es noch kein Angebot gibt, solch eine Nachfrage führt zu keiner Nutzung. Ebenfalls kommt es zu keiner Nutzung, wenn den Nachfragern eine Leistung verweigert wird oder die Zugangsschwelle zu hoch ist oder ein anderer subjektiver Grund die Nutzung verhindert. Hier spricht man von einer latenten Nachfrage. Im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung kann die Nachfrage auch so definiert werden, dass bei dem Individuum ein subjektiver Wunsch für eine Behandlung oder Versorgung vorliegt und von ihm die Inanspruchnahme entsprechender Leistungen tatsächlich gewünscht wird. Dieser subjektive Wunsch nach Versorgung wird in der Literatur auch als „subjektiver Bedarf“ definiert (SVR 2001, S. 31). Der Arzt als Anbieter übersetzt dann die unklare Nachfrage in konkrete Leistungen. Dem subjektiven Bedarf wird ein professionell oder wirtschaftlich bestätigter objektiver Bedarf gegenübergestellt. Der objektive Bedarf setzt die objektive Feststellung einer Krankheit oder deren drohenden Eintritt voraus. Der objektive und subjektive Bedarf müssen nicht deckungsgleich sein. Weiterhin lässt sich der Gesundheitsbedarf verkürzt als ein Zustand definieren, dessen Behandlung durch spezifizierbare Maßnahmen gesundheitlichen Nutzen erwarten lässt bzw. erwarten lassen sollte (Feuerstein 2008, S. 161; Gordis 2001, S. 293; Drummond/Stoddart/Torrance 1994, S. 5). Der Nutzen einer Leistung im Gesundheitswesen müsste sich prinzipiell auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes eines Individuums oder einer Bezugsgruppe bzw. die Verbesserung von Länge oder Qualität des Lebens der Betroffenen beziehen. Da bei Gesundheitsmaßnahmen dem Nutzen in der Regel auch Risiken gegenüberstehen, geht man bei der Annahme eines gesundheitlichen Nutzens immer davon aus, dass dieser die gleichzeitigen Risiken übersteigt bzw. dass diese kontrollierbar sind (Rychlik 1999, S. 19;

Greenhalgh 2000, S. 10; SVR 2001, S. 33). Wenn man die Nachfrageseite ökonomisch analysiert, befasst man sich mit der Frage, wie viel Leistungen des Gesundheitswesens der Mensch braucht bzw. wie hoch sein Bedarf, seine Nachfrage und die tatsächliche Inanspruchnahme sind. Der Unterschied zwischen Nachfrage und Bedarf ist, dass ersteres den Wunsch eines Individuums bezeichnet, der Bedarf weist jedoch darauf hin, was ein Individuum benötigt (von Troschke 2004, S. 114). Auf diesen Zusammenhang wird im weiteren Verlauf des Kapitels noch näher eingegangen. Der Sachverständigenrat des deutschen Gesundheitswesens unterscheidet in seinem Gutachten zum Thema Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit aus dem Jahre 2001 eine Dreiteilung von unterschiedlichen Versorgungsarten in Über-, Unter-, und Fehlversorgung (SVR 2001, S. 52). Bedarfsgerechte Versorgung liegt immer dann vor, wenn die drei Kategorien auf die Leistung nicht zutreffen (vgl. Abb. 2.2). Diese Einteilung ist in der wissenschaftlichen Diskussion allgemein akzeptiert und dient auch als Grundlage von Untersuchungen zur Einschätzung der Situation in den einzelnen Gesundheitssystemen.

Unterversorgung besteht bei professionell, individuell und wissenschaftlich anerkanntem Bedarf, der verweigert wird oder nicht (zumutbar) zur Verfügung gestellt wird, obwohl an sich Leistungen mit hinreichend gesichertem gesundheitlichem Nutzen und einer akzeptablen Kosten-Nutzen-Relation vorhanden sind (von Troschke 2004, S. 95; Lauterbach/Stock 2002, S. 143). Eine Unterversorgung liegt auch dann vor, wenn die Reduktion medizinischer Leistungen zu höheren Folgekosten in Zukunft führt. Falls die Reduktion medizinischer Leistungen nicht zu höheren Folgekosten in der Zukunft führt, ist eine Effizienzverbesserung der Versorgung erreicht worden (Wiechmann 2003, S. 157). Laut Abb. 2.2 lässt sich feststellen, dass eine bedarfsgerechte Versorgung nur dann gewährleistet ist, wenn erstens die Leistung fachgerecht erbracht wird und diese zweitens dem subjektiven und den objektiven Bedarf entspricht oder wenn diese einem latenten Bedarf entspricht.

Leistung / Bedarf	wird fachgerecht erbracht	wird nicht fachgerecht erbracht	wird nicht erbracht
Nur objektiver, kein subjektiver Bedarf (latenter Bedarf)	bedarfsgerechte Versorgung	Fehlversorgung	(latente) Unterversorgung
Subjektiver und objektiver Bedarf	bedarfsgerechte Versorgung	Fehlversorgung	Unterversorgung (ggf. Fehlversorgung)
Nur subjektiver, kein objektiver Bedarf	Überversorgung (ggf. Fehlversorgung)	Überversorgung und Fehlversorgung	bedarfsgerechte Versorgung

Abb. 2.2 Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen (SVR 2001, S. 55)

Versorgungsleistungen, die über die individuelle Bedarfsdeckung hinaus und ohne oder ohne hinreichend gesicherten gesundheitlichen (Zusatz-)Nutzen (z. B. aus Unwissenheit, Gefälligkeit, zu Marketingzwecken oder aus Einkommensinteressen) gewährt werden, sind medizinische Überversorgung. Bei Überversorgung mit Leistungen sind nicht nur fehlender Nutzen durch nicht indizierte Maßnahmen zu beachten, sondern auch mögliche Schäden, z. B. durch eine Zunahme falsch positiver Diagnosen mit der Konsequenz von mehr psychischer Beeinträchtigung, mehr unnötiger Folgebehandlung und mehr vermeidbaren Komplikationen bzw. unerwünschten behandlungsbedingten Effekten (Lauterbach/Stock 2002, S. 143). Unter Knappheitsbedingungen (z. B. unter einer Budgetbeschränkung bzw. unter dem in Österreich und Deutschland gesetzlich verankerten Wirtschaftlichkeitsgebot) liegt im ökonomischen Sinne Überversorgung auch dann vor, wenn bei Leistungen oder Versorgungsformen gleichen (oder praktisch gleichen) Nutzens nicht diejenigen mit der besten oder einer akzeptablen Kosten-Nutzen-Relation eingesetzt werden. Dabei handelt es sich dann um unwirtschaftlich erbrachte bzw. nicht effiziente Versorgung. Zu den Wirtschaftlichkeitsreserven können, wegen unerwünschter und vermeidbarer Folgeleistungen aus nicht erfolgter bzw. nicht rechtzeitig erfolgter oder fehlerhafter Versorgung, auch Unterversorgung und Fehlversorgung zählen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn der Nutzen dieser Folgeleistungen den Nutzen des Ressourceneinsatzes der unterlassenen Leistungen noch überschreitet (SVR 2001, S. 56). So wird auch die wirtschaftliche Bedeutung der Aufdeckung von Unter- und Fehlversorgung klar, nicht nur aus der Perspektive einer ungleichen Behandlung gewisser sozialer Gruppen. Sowohl die Überversorgung als auch die Unterversorgung stützen sich auf das medizinische Kriterium des positiven gesundheitlichen Nettonutzens und das ökonomische Kriterium einer positiven Nutzen-Kosten-Relation (Hajen/Paetow/Schumacher 2006, S. 236).

Budgetrestriktionen, die zu einer Erhöhung der internen Opportunitätskosten führen, können den Begriffsinhalt der Überversorgung weiter und den der Unterversorgung enger fassen, sodass die beiden Kriterien dann mehr Fälle von Über- und weniger Fälle von Unterversorgung ausweisen. Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht führt eine Budgetrestriktion allerdings zu Fehlallokationen, wenn der Nutzen der dadurch unterbliebenen Gesundheitsleistungen den Nutzen der außerhalb des Gesundheitswesens realisierten Alternativen bzw. des unter Budgetierung stehenden Sektors übersteigt. Ergänzend ist Fehlversorgung jede Versorgung, durch die ein vermeidbarer Schaden entsteht bzw. jede Versorgung mit Leistungen, deren Schaden oder Schadenspotenzial ihren (möglichen) Nutzen deutlich übersteigen. Folgende Unterfälle lassen sich hierbei unterscheiden (SVR 2001, S. 54):

- Leistungen, die an sich zwar bedarfsgerecht sind, d. h. weder Über- noch Unterversorgung darstellen und effizient sind, aber in der Form ihrer Anwendung den anerkannten fachlichen Qualitätskriterien nicht entsprechen und daher vermeidbare Risiken bzw. Schäden implizieren.
- Jede Überversorgung, die einen vermeidbaren Schaden bedeutet, ist Fehlversorgung. Zugleich gilt, dass eine ausschließliche ökonomische Überversorgung ohne eine vermeidbare Schädigung keine Fehlversorgung ist. Fehlversorgung liegt

jedoch auch dann vor, wenn eine Überversorgung keinen positiven gesundheitlichen Netto-Zusatznutzen erzeugt, sondern ihre Risiken die anvisierten Nutzeneffekte übersteigen.

- Unterlassene, aber indizierte und an sich bedarfsgerechte Versorgungsleistungen lassen sich vom Ergebnis her auch als Fehlversorgung interpretieren, da entgangener Nutzen vermeidbaren Schaden bedeutet. Unterversorgung kann in diesem Sinne auch eine Fehlversorgung sein.
- Es gibt darüber hinaus Versorgungsformen, z. B. Kombinationsbehandlungen, die gleichzeitig Über- und Unterversorgung umfassen können; soweit Unterversorgung und Überversorgung einen vermeidbaren Schaden implizieren, ist auch in diesen Fällen von Fehlversorgung zu sprechen.

Anzustreben ist eine Versorgung, bei der Leistungen indiziert sind, diese einen positiven Netto-Nutzen haben und fachgerecht sowie mit akzeptabler Kosten-Nutzen-Relation erbracht werden. Diese stellt den Referenzfall einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung dar. Gespiegelt an den eingeführten Definitionen zur Kategorisierung ist jedoch der momentane Fokus im Gesundheitssystem auf den Output an Leistungen gerichtet in Verbindung mit der erzielbaren Geldmenge, unabhängig vom dadurch möglicherweise entstehenden Outcome (Vollborn/Georgescu 2004, S. 14). Ziel der Akteure im System muss es also eigentlich sein, lediglich die Leistungen zu erbringen, welche die Bevölkerung tatsächlich benötigt (Bedarfsgerechtigkeit) sowie Bereiche aufzudecken, wo man eine Unterversorgung feststellen kann. Hauptursache für das Phänomen der Outputorientierung ist die angebotsinduzierte Nachfrage. Dabei nutzt der Arzt seine starke Stellung, den Patienten gezielt so zu informieren, dass die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen erhöht wird, und zwar nicht, weil es dem Patienten nützt, sondern weil sein Einkommen dadurch erhöht wird. Generell ist er sich sicher der möglichen Folgen seines Handelns nicht bewusst, da er dem schulmedizinischen Paradigma und den gesetzten ökonomischen Anreizen folgt. Dieses Phänomen ist vielfach diskutiert und ein Faktum, welches in gesundheitspolitischen Strategien entsprechend Berücksichtigung finden muss. Dafür sprechen u. a. zahlreiche Einzelbelege wie auch globale Daten über die Entwicklung des Leistungsvolumens von Ärzten im Vergleich zur demografischen und zur epidemiologischen Entwicklung (Rossboth/Gay/Lin 2007, S. 20; Hajen/Paetow/Schumacher 2006, S. 71), z. B. korreliert die Anzahl der pro Patient erbrachten Leistungen positiv mit der Ärztedichte in der jeweiligen Region. Ähnliches ist bei den Verweildauern im Krankenhaus zu beobachten, da diese positiv mit der Krankenhausbettenzahl pro Einwohner (Roemer-Effekt: „a bed built is a bed filled“) korreliert (Taroni 2001, S. 56). Dieser Effekt kann in vielen Ländern in Quer- und Längsschnittanalysen nachgewiesen werden, u. a. im Vergleich zwischen Ländern in Deutschland, und gilt auch dann, wenn man Besonderheiten der Stadtstaaten, Verteilung von Schwerpunktkliniken etc. sowie den Umstand beachtet, dass mangelnde Bettenkapazitäten auch zur Unterversorgung führen können. In den letzten Jahren konnte in fast ganz Europa eine starke Bettenreduktion festgestellt werden (Rechel/Wright/Edwards/Dowdeswell/McKee 2009a, S. 14; McKee 2004, S. 2; Edwards/Wyatt/McKee 2004, S. 2). Ausnahmen bilden hier Deutschland

und Österreich, wobei in einigen deutschen Bundesländern durch die Einführung des DRG-Fallpauschalensystems nun erste Effekte in diese Richtung zu beobachten sind. Ziel ist hier durch die Bettenreduktion die Kosten zu senken. Generell deutet sich eine Neudefinition der Aufgaben in der stationären Versorgung an (Rechel/Wright/Edwards/Dowdeswell/McKee 2009, S. 3; Kroneman/Siegers 2004, S. 1731).

Das realisierte Leistungsvolumen der Ärzte hängt deutlich von finanziellen Anreizen ab. Die Gefahr etwa, bei Überschreiten des Arzneimittelbudgets mit dem eigenen Honorar haften zu müssen, hat wenigstens kurzfristig zu einem drastischen Verordnungsrückgang geführt, und zwar ohne erkennbare medizinische Nachteile. Einzelleistungshonorierung für ärztliche Leistungen führt zu einem höheren Leistungsumfang als Kopfpauschalen. Ärzte sind meist nur begrenzt bereit, Standardoperationen, die sie bei bestimmten Indikationen ihren Patienten normalerweise empfehlen, auch für sich selbst zu akzeptieren (Blech 2005, S. 142). Beispielsweise hat eine Untersuchung gezeigt, dass die Häufigkeit von sieben gängigen Eingriffen unter 5.300 Menschen vergleichbarer Gesundheit wie Mandeloperationen, Entfernungen des Blinddarmfortsatzes, Ausschabungen (Kürettagen) sowie Hysterektomien (Amputationen der Gebärmutter), Entnahmen der Gallenblase, Behandlungen des Leisten- oder Nabelbruches und Operationen von Hämorrhoiden deutliche Auffälligkeiten zeigten. Mit Ausnahme der Blinddarmentnahme waren Menschen der Gesamtbevölkerung durchwegs häufiger operiert worden als die Ärzte und deren Familienmitglieder. Bei Mandelentfernungen sind es für den normalen Bürger 46% mehr Operationen, bei Leistenbrüchen 53% mehr Eingriffe und bei Gallenblasenoperationen sogar 84% mehr Operationen. In der Gesamtbetrachtung der Ergebnisse lag die Häufigkeit der Eingriffe bei medizinischen Laien durchschnittlich um 33% höher. Daraus wurde geschlossen, dass hier eine dramatische Überversorgung vorliegt, wenn die Entscheider über die Leistungen so differenziert medizinische Entscheidungen treffen, abhängig vom jeweiligen Verwandtschaftsgrad (Blech 2005, S. 143). Problem bei der Überversorgung ist, dass sie oft unentdeckt bleibt.

Grundsätzlich zu hinterfragen ist auch die momentane Praxis der Gesundheitsvorsorge (Bartens 2008a, S. 9). Zum Beispiel ist der Nutzen von etlichen Screening-Verfahren stark umstritten (Raffle/Gray 2009, S. 209; Weymayr/Koch 2003, S. 32). Bei diesen Verfahren handelt es sich um flächendeckende Früherkennungstests für verschiedene Krebsarten (Raffle/Gray 2009, S. 54). Ein Beispiel hierfür ist das Mammographie-Screening (Olsen/Gøtzsche 2001, S. 1340; Otto/Fracheboud/Looman/Broeders/Boer/Hendriks/Verbeek/Koning 2003, S. 1411). Dem Ansatz der evidenzbasierten Medizin folgend zeigen aufwändige randomisiert-kontrollierte Studien mit hoher Güte, dass, wenn 2 000 Frauen zehn Jahre regelmäßig an den Mammographie-Programmen teilnehmen, am Ende eine Frau weniger an Brustkrebs stirbt. Auf den ersten Blick scheint dies ein Erfolg zu sein, jedoch 10 von diesen 2 000 unterziehen sich einer Brustkrebsbehandlung, obwohl sie gar keinen Brustkrebs hatten. Bei 200 der 2 000 Frauen gibt es im Laufe der beobachteten zehn Jahre mindestens einen Fehlalarm (Gøtzsche/Hartling/Nielson/Brodersen/Jørgensen 2009, S. 446). Hinzu kommt noch die Tatsache, dass der

Vorteil der einen geretteten Person sich nur auf die Brustkrebssterblichkeit bezieht. Es verringert sich also lediglich die Zahl derjenigen Frauen, die an Brustkrebs sterben, andere Todesursachen werden nicht beeinflusst. Die Gesamtsterblichkeit sank im gesamten Untersuchungszeitraum jedoch nicht (Grill 2009, S. 127, Weymayr/Koch 2003, S. 50). Hinzu kommt noch die hohe Zahl von falschen Diagnosen und unnötigen Biopsien (Gewebeentnahmen aus der Brust), einhergehend mit psychischen Belastungen. So ist die Wahrscheinlichkeit einer Überdiagnostik um das Zehnfache höher als diejenige, den Tod durch Brustkrebs zu vermeiden (Gøtzsche/Hartling/Nielson/Brodersen/Jørgensen 2009, S. 446). Auch Studien in klar abgrenzbaren Populationen nähren Zweifel am momentan praktizierten Vorgehen (Jørgensen/Zahl/Gøtzsche 2010, S. 6).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass den Frauen bisher relativ wenige Informationen über Nutzen und Schaden des Mammographie-Screenings zur Verfügung gestellt werden. In der Bevölkerung herrscht vielfach die Meinung vor, dass ein Screening generell zu keinem Schaden führen kann, da man von 100% Treffsicherheit ausgeht. Generell ist die Entscheidung am Screening teilzunehmen eine individuelle, vor allem mit Blick auf einen möglicherweise auffälligen Befund. Jede Frau muss also eine Entscheidung treffen, ob sie für die sehr geringe Wahrscheinlichkeit an Brustkrebs zu sterben, die sehr viel höhere Wahrscheinlichkeit in Kauf nimmt, durch falsche Diagnosen unnötig beunruhigt zu werden (Gøtzsche/Hartling/Nielson/Brodersen/Jørgensen 2009, S. 448). Hinzu kommt noch die Gefahr einer unnötigen Bestrahlung oder eines überflüssigen Eingriffs. Gründe für die Schwierigkeiten bei diesem Screening-Verfahren liegen in der mangelhaften Fähigkeit der Ärzte die Bilder korrekt zu interpretieren, und auch an vielerorts noch eingesetzten schlechten Geräten. Daher gibt es bisher noch zahlreiche falsch-positive und falsch-negative Befunde (Grill 2009, S. 128; Olsen/Gøtzsche 2001, S. 1340; Otto/Fracheboud/Looman/Broeders/Boer/Hendriks/Verbeek/Koning 2003, S. 1411). Neue Qualitätsinitiativen versuchen, die Qualität der Befundung durch Zweitmeinungen zu erhöhen sowie Kompetenzen zur Behandlung in sogenannten Brustkrebszentren zu bündeln. Die Gründung dieser Zentren ist allerdings an Fallzahlen beim Screening, aber auch bei Krebsoperationen gebunden, was die Gefahr einer Leistungsausweitung einschließt (siehe oben, angebotsinduzierte Nachfrage). Die Situation ist momentan in Deutschland und Österreich relativ ähnlich. Daher müssen die anfallenden Leistungszahlen sorgfältig beobachtet werden. Bei den Screening-Programmen ist sorgsam zu hinterfragen, welche Zielgruppe untersucht werden soll. Dabei muss über mögliche Folgen eines positiven Befundes beim Screening offen aufgeklärt werden. Dies hilft dann auch dabei, den möglichen Schock bei einem positiven Befund zu relativieren und gezielte Schritte zur weiteren Abklärung einzuleiten. Gerade hier kommt den Health Professionals eine große Verantwortung zu, entsprechend sorgsam mit diesem Instrument umzugehen, sowohl mit den Möglichkeiten als auch den Beschränkungen (Stronegger/Rásky 2003, S. 2329). Ziel muss sein, die wirklich kranken Frauen zu identifizieren und diesen gezielt zu helfen. Auch hier müssen Verschiebungen bei der Ressourcenallokation sowie bei der Organisation der Versorgung stattfinden. Das Beispiel des Mammographie-Screenings ist dabei nur eines aus der Reihe

vielfältiger Vorsorgeprogramme, deren Nutzen umstritten ist. Zu nennen sind u. a. noch das Screening auf Gebärmutterhalskrebs, Darmkrebs, Prostatakrebs sowie Hautkrebs und Neuroblastom bei Neugeborenen (Grill 2009, S. 128; Raffle/Gray 2009, S. 107; Weymayr/Koch 2003, S. 105; Schneider 2003, S. 16).

Zudem wird in Deutschland, im Vergleich mit anderen Ländern und dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand, zu viel operiert und untersucht (Willems 2009, S. 1). Zu nennen sind als Beispiele u. a. Herzkatheteruntersuchungen, Gebärmutterentfernungen, Gallenblasenentfernungen, Infusionen bei Hörsturz, Arthroskopien und Ausschälen der Karotis. Ein gutes Beispiel liefert die Athroskopie des Kniegelenkes, wo schon vor längerer Zeit wissenschaftlich gezeigt wurde, dass die so aposthrophierte „Gelenktoilette“ nicht hilft, jedoch starke Risiken birgt. Zu nennen sind hier insbesondere mögliche Infektionen. Die veröffentlichten Studien zu diesem Thema haben das Verhalten der Ärzte bisher nicht nachhaltig beeinflusst. Obwohl sich jedes Jahr rund 550 000 Tausend Menschen diesem Eingriff unterziehen, liegen bisher keine Daten über tatsächlichen Outcome oder Infektionen vor. Experten schätzen, dass die Hälfte der Eingriffe überflüssig sind (Willems 2009, S. 2). Auch bei anderen Eingriffen kommen Experten zu ähnlichen Resultaten. Hingewiesen werden muss auch auf die große Gefahr von Komplikationen durch Infektionen, aber auch auf Fehler bei medizinischen Behandlungen. In Deutschland ist anzunehmen, dass 100 000 Menschen falsch behandelt werden und davon jeder vierte, aufgrund überflüssiger und ungerechtfertigter Prozeduren, stirbt (Ludwig 2008, S. 23; Blech 2005, S. 143). Schätzungen gehen damit davon aus, dass in Deutschland jedes Jahr ca. 25 000 Menschen an den Folgen ärztlicher Behandlungsfehler, falscher Medikamente oder mangelnder Hygiene im Krankenhaus sterben. Man kann davon ausgehen, dass 400 000 Menschen dauerhafte Gesundheitsschäden bei Behandlungen im Krankenhaus davon tragen. Andere Studien gehen davon aus, dass die Zahl der angezeigten medizinischen Behandlungsfehler in Deutschland ca. 40 000 pro Jahr erreicht. Diese Daten geben sicher ein unvollständiges Bild wieder. Ungefähr 19% der Bevölkerung glauben, mindestens einmal in ihrem Leben Opfer eines Behandlungsfehlers gewesen zu sein. Die wenigsten unternehmen jedoch weitergehende Schritte, um diesen Verdacht zu klären. Eine systematische Erfassung und Auswertung der Behandlungsfehler findet derzeit noch nicht statt (Hoffmann/Rohe 2010, S. 92). Für Österreich liegen, in Bezug zur Größe der Bevölkerung, ähnliche Befunde vor (Langbein 2009, S. 14; Buchacher 2009, S. 90).

Studien in den USA deuten darauf hin, dass bei 2,9 bis 3,7% aller im Krankenhaus behandelten Patienten unerwünschte Ereignisse (adverse events) auftreten. Diese führten in 6,6% bzw. 13,6% zu Todesfällen. Vergleichbare Untersuchungen aus anderen Ländern sprechen für z. T. noch höhere Raten unerwünschter Ereignisse. Die dadurch verursachten Kosten sind erheblich. Als Hauptkostenfaktor wird immer wieder die verlängerte Krankenhausaufenthaltsdauer angegeben. Unter der vereinfachenden Annahme, die angloamerikanischen Untersuchungsergebnisse wären auf die Verhältnisse in Deutschland übertragbar, ergäben sich bei ca. 16,5 Mio. Krankenhausbehandlungsfällen im Jahr 2001 zwischen 31.600 und 83. 000 Todesfälle aufgrund unerwünschter Folgen medizinischer Interventionen in Krankenhäusern. Damit würden mehr Menschen an den Konsequenzen medizinischer

Diagnostik und Therapie bzw. an Behandlungsfehlern versterben, als beispielsweise an Dickdarmkrebs, Brustkrebs oder Verkehrsunfällen (Amon 2004, S. 13; SVR 2003, S. 57).

Was in beiden Gesundheitssystemen fehlt, ist die Einsicht, dass Fehler und unerwünschte Ereignisse ein großes Problem und Risiko darstellen. Bisher wird die Verantwortung für Fehler oft beim Einzelnen gesucht, obwohl Fehler oft Fehler der Organisation selbst sind („Blame Culture"). Organisationsversagen und häufig bedenkliche Arbeitsbedingungen sind oft Auslöser einer Kette vermeidbarer Einzelprobleme in den Prozessen (Kienzle 2007, S. 527). Diese manifestieren sich dann in einem großen Fehler (Langbein 2009, S. 181). Es existiert auch keine entsprechende Sicherheitskultur in den Einrichtungen (Pfaff/Hammer/Ernstmann/Kowalski/Ommen 2009, S. 493). Eine Sicherheitskultur soll zu einem sicherheitsförderlichen Verhalten führen. Dies bedarf auch einer entsprechenden Führungs- und Fehlerkultur. Die individuelle Verantwortung jedes Health Professionals muss durch eine Organisation gestützt werden, welche die entsprechenden Maßnahmen und Schritte zur präventiven Vermeidung von Fehlern ergreift (Hart 2009, S. 504).

Problematisch erwiesen sich auch zunehmend die Medikamente sowohl mit Blick auf Effektivität, aber auch gerade mit Blick auf die entstehenden Kosten. Wie bei den medizinischen Behandlungen ist die Wirksamkeit der Medikamente oft umstritten. Die Pharma-Firmen als gewinnorientierte Unternehmen treffen auf einen Quasi-Markt, der durch große Unvollkommenheiten und Steuerungsprobleme geprägt ist. Für nicht wirksame und schädliche Medikamente und fragliche Praktiken der Pharma-Industrie existieren zahlreiche Beispiele (Wild/Hinterreiter 2010, S. 27; Geiger-Gritsch 2010, S. 43; Weiss 2008, S. 45; Virapen 2008, S. 81; Vollborn/Georgescu 2004, S. 166).

Die oben beschriebenen Punkte fließen zusammen in der stark somatischen Fixierung des Gesundheitssystems. Die sozialen, psychischen, lebensweltlichen und biographischen Bezüge chronisch Kranker und ihrer Angehörigen werden oftmals nicht oder nur unzureichend berücksichtigt. Ansätze der primären (Vorbeugung und Verhinderung von Krankheiten), sekundären (Früherkennung von Krankheiten) und der tertiären Prävention (Verhinderung der Verschlechterung von Krankheiten) werden vernachlässigt (Hurrelmann/Klotz/Haisch 2004, S. 11). Klar manifestiert sich hier die Tatsache, dass dem System zur Verfügung gestellte Ressourcen dorthin fließen, wo Leistungen entsprechend hoch vergütet werden und nicht dorthin, wo ein höherer gesundheitlicher Nutzen für die Patienten entstehen würde (Langbein/Ehgartner 2002, S. 317). In welchen Bereich des Gesundheitswesens Ressourcen hineinfließen, wird auch durch Machtstrukturen der einzelnen Akteure bzw. deren Vertretern (Ärzte, Kammern, Pharma- und Medizinindustrie) im System bestimmt. Diese beeinflussen und entscheiden über die Verwendung der Geldmittel, die Patienten besitzen nur geringe Einflussmöglichkeiten. Die einzelnen Sektoren bleiben stark fragmentiert, da eine Kooperation (integrierte und am Patienten orientierte Versorgung) ggf. zu Verlust an Geld und Einflussmöglichkeiten bei den einzelnen Akteuren führen könnte, da die Geldflüsse bisher an die einzelnen Sektoren gekoppelt sind. „Moneyismus" findet sich also selbst in solchen Bereichen,

wo man ihn eigentlich nicht vermuten würde, nämlich im traditionell eher sozial ausgerichteten Gesundheitswesen (Kellermann 2007, S. 115). Dafür existieren noch zahlreiche andere Belege, die durch die immer selbstbewusster auftretenden Nutzer des Systems zunehmend offenbart werden, z. B. durch das vermehrte Bekanntwerden von Behandlungsfehlern in der Medizin oder identifizierter schlechter Qualität bei Leistungen (Amon 2004, S. 13; Offermanns 2005, 21).

Die bisherige Verteilung der Ressourcen beschreibt für gewisse Akteure im System also eine klare Handlungsorientierung, um die Rahmenbedingungen und die schlechte Messbarkeit der Leistungen und deren Wirkungen (Outcome) zu ihren Gunsten zu nutzen. Eine Einschränkung der Anzahl der Leistungen bedeutet damit nicht selbstverständlich eine Minderung des Outcomes, also eine Senkung der Effektivität der erbrachten Leistungen. Darüber hinaus könnten die gesparten Mittel in Nutzen bringende Leistungen investiert werden, welche tatsächlich einen messbaren Outcome für die Patienten haben. Dies zeigt auch, dass im System erhebliche Effizienzpotenziale liegen. Der Blick darf sich daher nicht nur auf die zunehmend schlechter werdenden externen Rahmenbedingungen richten, sondern muss stark die internen Strukturen im Gesundheitssystem hinterfragen. Die unterschiedliche Verfügbarkeit über monetäre Ressourcen beeinflusst den Grad der Gesundheit der Menschen. Der Geldbesitzer, der erkrankt, kann sich auch Leistungen kaufen, die vom solidarischen System nicht bezahlt werden (beschränkter Leistungskatalog der Krankenkassen versus privater Konsum von Gesundheitsleistungen). Insofern macht ein „Geldvorrat“ durchaus Sinn. Geld bei einer Bank leihen kann nur derjenige, von dem erwartet wird, dass er das Geld plus Zinsen wieder zurückzahlen kann. Von erwerbslosen oder gering verdienenden schwerkranken Menschen ist dies eher nicht zu erwarten; sie gelten als „nicht kreditwürdig“. Durch diese Art von Rationierung (bei nachgewiesenen bedarfsgerechten Leistungen) wird den Menschen das Recht genommen, weiter zu leben. Die Geldeinnahme der Leistungserbringer, die durch überflüssige Leistungen Nachfrage auslösen, dominiert daher den Anspruch auf Lebensverlängerung des einzelnen Patienten durch bedarfsgerechte Behandlung. Bei einer Selektion von überflüssigen oder schädlichen Leistungen würden bei den Leistungserbringern starke Einkommensverluste auftreten, die diese freiwillig nicht hinnehmen werden. Durch die Intransparenz des Systems und der Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient erfolgt dieser Prozess für die Nutzer bisher eher verdeckt, überlagert durch alte Rollenverständnisse zwischen Medizinern und Patienten (Wegwarth/Gigerenzer 2009, S. 123; Offermanns 2007a, S. 41).

Dass man mit Geld generell Gesundheit kaufen kann, bleibt bei näherer Betrachtung aber Utopie. Die Bestimmungsfaktoren von Gesundheit sind vielfältig. Mit Geld können primär Leistungen der Akutmedizin erworben werden, deren Nutzen häufig, wie oben gezeigt, unklar ist. Privat krankenversichert zu sein oder, wie in Österreich privat zusatzversichert zu sein, kann zu einer tendenziellen Überversorgung führen, mehr noch als bei gesetzlich versicherten Personen. Weiterhin sind Gesundheitsschäden zum Teil irreversibel oder nur palliativ zu behandeln. Dennoch ist nachgewiesen, dass Menschen in höheren sozialen Schichten eine längere Lebenserwartung haben als Menschen aus niedrigeren sozialen Schichten

(Lauterbach 2009, S. 17). Neue Erkenntnisse, z. B. aus den Gesundheitswissenschaften (Public Health), finden erst langsam Eingang in die Gesundheitspolitik. Studien haben gezeigt, dass lediglich zehn bis 30% der „potenziellen Gesundheit" eines Landes ursächlich auf Aktivitäten des Gesundheitssystems zurückzuführen sind (McKee 2001, S. 296; SVR 2001, S. 24). Andere wichtige Einflussgrößen auf den Outcome eines Gesundheitssystems sind, abgesichert durch empirische Befunde, beispielsweise exogene und transsektorale Einflussgrößen wie der Arbeitsmarkt, die Einkommens- und Vermögensverteilung, das Bildungs- und Verkehrswesen, die Umweltqualität, die Arbeitsbedingungen, die Wohnverhältnisse sowie der Lebensstil und soziale Status der Bürger (SVR 2001, S. 23). Folglich muss eine effektive und effiziente Einwirkung auf die gesundheitlichen Outcomes, im Sinne einer Gesundheitspolitik, eine Kooperation mit anderen Politikbereichen einschließen. Singuläre Aktivitäten der Gesundheitspolitik erzielen also nicht die entsprechenden Wirkungen (Offermanns 2005, S. 5) (Diese Befunde werden in Kap. 3 wieder aufgenommen.) Die Berücksichtigung dieser aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse manifestiert sich bisher noch nicht in der Gesundheitspolitik. Angelehnt an die neuen Rezepte wären Folgen sicherlich eine weitgehende Umverteilung der finanziellen Ressourcen im System. Die Akteure im Gesundheitswesen (primär Ärzte, welche die Nachfrage für die Patienten auslösen) haben einen impliziten Anreiz, mehr Leistungen anzuordnen, ohne Berücksichtigung der oben beschriebenen Versorgungskategorien. Im System herrscht eine Ziellosigkeit, welche eine Orientierung erschwert. Die Ressourcen der Solidargemeinschaft werden durch die vom System gesetzten Anreize oder Steuerungsmechanismen in individuelles Einkommen umgewandelt. Der Arzt verdient an der Krankheit der Menschen, da er nur so den gesetzten Anreizen folgen und Einkommen erzielen kann. Je mehr Leistungen er erbringt, desto höher sind seine Einnahmen. Relativiert wird dieser Effekt oft dadurch, dass Finanzierungssysteme die Ausgaben deckeln und die Einzelleistungen an mit Geldeinheiten bewertete Leistungspunkte binden. Dies führt dann, insbesondere im niedergelassenen Bereich, dazu, dass die erbrachten Leistungen niedriger als vereinbart bewertet werden. So kommt es also zu einer Leistungsausweitung mit nur gering steigendem Einkommen, wenn die Politik nicht zusätzliche Budgetmittel zu Verfügung stellt. Die Ergebnisse und Zweckmäßigkeit der Behandlungen spielen in diesem Zusammenhang eine stark untergeordnete Rolle. Eine Erhaltung der Gesundheit wird nicht vergütet, weil dann andere, keine oder eher schlechter bezahlte Leistungen erbracht werden müssten, oft auch in anderen Bereichen des Gesellschaftssystems. Klar wird hierbei, dass die Probleme primär Systemfehler sind, resultierend aus nicht existenten Zielen sowie falschen Anreizsystemen.

Das Gesundheitssystem gerät so zunehmend unter Druck, da nicht mehr genug Ressourcen zur Verfügung stehen, um die gesamte Nachfrage zu befriedigen. Dies führt zu unterschiedlichen Möglichkeiten der Herangehensweise an das Problem. Durch die oben beschriebenen Probleme bei der Ressourcenallokation im Gesundheitssystem stellt sich immer mehr die Frage, ob und welche Leistungen in Zukunft noch bezahlt werden können. Dies bedeutet nichts anderes, als dass nicht mehr genug Geld vorhanden ist, um alle Patienten behandeln zu können. Natürlich geht

es hier nicht nur um die begrenzten finanziellen Ressourcen, sondern auch darum, welcher Nutzen mit diesen Ressourcen tatsächlich für die Patienten erzielt wird. Die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion wird durch vier Begriffe wesentlich geprägt, die im Folgenden entsprechend dargestellt werden. Dabei handelt es sich um die Begriffe der Rationalisierung, Prioritätensetzung und den in der aktuellen politischen Diskussion oft als Negativszenario empfundenen Begriff der Rationierung. Hinzu kommt noch, gerade aus einer ökonomischen Perspektive, der Begriff der rationalen Allokation, der in engem Zusammenhang zur Prioritätensetzung steht (Lauterbach 2009, S. 11).

2.3 Rationierung, Rationalisierung, rationale Allokation und Priorisierung

Unter Rationalisierung wird im Allgemeinen die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, d. h. die Verbesserung der Effizienz bzw. der Produktivität der Prozesse verstanden. Primär geht es um die Erhöhung der Wertschöpfung für die Patienten und um den Nutzen der Leistungen (Value for money). Rationalisierungsmaßnahmen zielen darauf ab, durch Optimierung der Input-Output-Relation zur Nutzenmaximierung beizutragen. Dies kann als ein ständiger Prozess zur Steigerung von Effizienz, d. h. Wirtschaftlichkeit und Produktivität aufgefasst werden, welcher alle Bereiche der betrieblichen Leistungserstellung umfasst (Lombardi/Schermerhorn 2007, S. 121; Wöhe 2008, S. 651). Ressourcen werden auch hier eingespart und können an anderer Stelle sinnvoll in der Versorgung der Patienten eingesetzt werden. Hinzu kommt noch, dass durch die Aussonderung von überflüssigen Leistungen für die Patienten kein Schaden entsteht, z. B. durch Unterlassung von unnötigen Operationen oder Röntgenaufnahmen (vgl. SVR 2001 und die Begrifflichkeiten der Über-, Unter-, und Fehlversorgung). Den Zusammenhang zwischen Rationierung, Rationalisierung und rationaler Allokation verdeutlicht die Abb. 2.3. Im Zentrum befindet sich die Priorisierung der Leistungen als eine Drehscheibe zur Schaffung einer Zielorientierung. Die Priorisierungsdiskussion sollte dann konsequenterweise in einen Zielsetzungsprozess im Gesundheitssystem münden. Bisher findet dies aber weder in Österreich noch in Deutschland in ausreichendem Maße statt.

Rationierung von Leistungen kann in unterschiedlicher Art und Weise auftreten. Generell bedeutet Rationierung die Verweigerung des bzw. die Erschwerung des Zugangs zu medizinischen und pflegerischen Maßnahmen, die einen unbestrittenen Nutzen haben. Ärzte sprechen häufig bereits dann von Rationierung, wenn sie bei der Auswahl von Behandlungsmethoden auch die Kostenseite mit in die Entscheidungen integrieren müssen. Dabei können mehrere Formen der Rationierung unterschieden werden (Güntert 2002, S. 62; Kühn 1998 und Kühn 1991).

Harte und weiche Rationierung: Bei der „harten“ Rationierung ist die Menge der Ressourcen nicht ausdehnbar, um den Bedarf zu decken. Häufig angeführtes Beispiel ist die Transplantationsmedizin. Bei der „weichen“ Rationierung muss

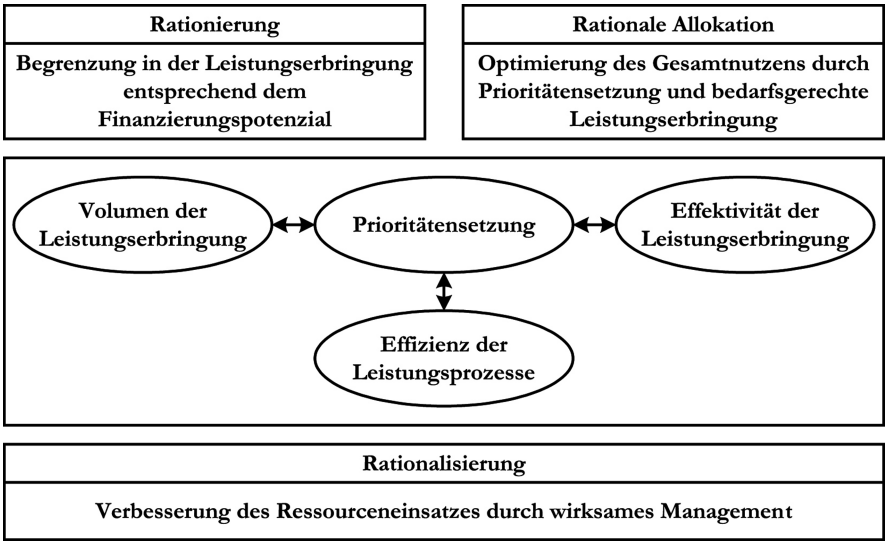

Abb. 2.3 Bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung im Gesundheitswesen (SVR 2001, S. 56)

mit einem vorher bestimmten Maß an Ressourcen ausgekommen werden, der Umfang ist jedoch prinzipiell veränderbar. Im Gesundheitswesen hat man es in der Regel mit „weicher“ Rationierung zu tun, lassen sich doch Budgets meist über politische Prozesse oder Verhandlungen ausweiten (Güntert 2002, S. 60; Mielck 1996, S. 7). Demhingegen bedeutet scharfe Rationierung, dass konkrete Personen anhand von Merkmalen von der Nachfrage gewisser Leistungen ausgeschlossen werden (z. B. keine Dialyse ab einer bestimmten Altersgrenze, wie teilweise im britischen National Health Service), während bei der schwachen Rationierung lediglich der Zugang zu den Leistungen z. B. mittels Wartelisten oder finanzieller Barrieren wie Zuzahlungen erschwert wird (Masri/Cochrane/Duncan/Hughes/Kopec/Kreder/Mahomed/Miller/Pitman/Weller 2005, S. 7; Siciliani/Hurst 2003, S. 96; Hurst/Siciliani 2003, S. 12).

Direkte personenbezogene Rationierung bzw. indirekte auf Ressourcen bezogene Rationierung: Bei der direkten Rationierung werden betroffene Personen explizit vom Leistungskonsum ausgenommen (z. B. Lebertransplantation bei Patienten mit chronischer Hepatitis oder Verweigerung von Herztransplantationen bei starken Rauchern). Mit der indirekten Rationierung hingegen wird keiner Bevölkerungsgruppe a priori der Zugang zu Leistungen verwehrt, sondern durch einen entsprechenden Umgang des Systems mit den Ressourcen (Albrecht 2009, S. 37; Sommer 1999, S. 219). Dies erfolgt durch Kapazitäts- oder Fallzahlenreduktion, was zu strukturellen Versorgungsengpässen in gewissen Bereichen des Gesundheitssystems führt. Die Impulse hierfür gehen oft von der Makro-Ebene mit dem Blick auf die Senkung der Kosten im System aus. Oft wird jedoch nicht über Sinnhaftigkeit der Leistungen diskutiert, sondern es wird nur eine gewisse Anzahl von

Ressourcen zur Verfügung gestellt. Gedanklicher Hintergrund dieser hier beschriebenen Dichotomie ist eine Entschärfung der grundsätzlichen ethischen Dimension in allen Rationierungsentscheidungen durch eine lediglich statistische Erhöhung der Sterbewahrscheinlichkeit oder Senkung von notwendigen Behandlungen im Krankheitsfall (Güntert 2002, S. 60; Sommer 1999, S. 219). Ressourcen werden so eingespart und dem Gesundheitssystem bzw. den Menschen die benötigten Leistungen entzogen, je nachdem, welche Leistungen es im konkreten Fall trifft. Diese Art der Rationierung ist weniger sichtbar, da sie oft direkt in der Organisation und am Krankenbett stattfindet. Die jeweiligen Entscheidungen darüber, wer in den Genuss welcher Leistungen kommt, treffen oft die Health Professionals selbst vor Ort, was zu starken Spannungen und Belastungen führt, da die Widersprüchlichkeit des Systems hier direkt zutage tritt, auch im Hinblick auf ethische Aspekte (Albrecht 2009, S. 37). Die politischen Ebenen verlagern also die Entscheidungen über die Allokation der Ressourcen von der Makro- auf die Meso- und Mikroebene, um kritischen politischen Entscheidungen zu entgehen oder diese in die Zukunft zu verschieben.

Explizite oder implizite Rationierung: Bei dieser Unterscheidung geht es um die Frage des öffentlichen Bewusstseins der Rationierungsproblematik. Von expliziter oder Rationierung auf der Makroebene soll gesprochen werden, wenn die Rationierungsproblematik und -kriterien öffentlich diskutiert oder zumindest bekannt sind. Ziel ist es, Transparenz und Nachvollziehbarkeit von Rationierungsentscheidungen zu erreichen (Sommer 1999, S. 224). Folge ist eine gesellschaftliche Sensibilität für den Umgang mit den in der Regel knappen Mitteln im Gesundheitssystem. Implizite Rationierung bedeutet, dass begrenzte Ressourcen eine Rationierung wohl erforderlich machen, eine öffentliche Auseinandersetzung über die Kriterien jedoch ausbleibt. Dies äußert sich, wenn sowohl auf der Makro- als auch auf der Mesoebene keine allgemein anerkannten oder transparenten Kriterien für den Einsatz der Ressourcen in der gesundheitlichen Versorgung existent sind und die Entscheidungen über die Leistungsverweigerungen den Health Professionals in der direkten Arzt-Patienten-Beziehung, d. h. auf der Mikroebene, überlassen werden (Albrecht 2009, S. 37). Oftmals sehen sich niedergelassene Ärzte und Institutionen der gesundheitlichen Versorgung mit dieser Problematik konfrontiert, doch bleiben sie bei den in der Praxis notwendigen Rationierungsentscheidungen in der Regel sich selbst überlassen (Güntert 2002, S. 61; Sommer 1999, S. 232: vgl. oben). Gerade im britischen Gesundheitssystem wird die Rationierungsdebatte offen geführt und eine gewisse Rationierung von Leistungen ist gesellschaftlich akzeptiert, unter einer vorher offen gelegten Kosten-Nutzen-Betrachtung (Marckmann 2009, S. 88). Angemerkt werden muss, dass dem britischen Gesundheitssystem wesentlich weniger Ressourcen zur Verfügung stehen als zum Beispiel dem deutschen und österreichischen System. Im Vergleich international anerkannter Parameter zur Leistungsbeurteilung von Gesundheitssystemen schneidet Großbritannien genauso gut wie die anderen Gesundheitssysteme ab. Durch diese Problematik der knappen Ressourcen im System achtet man verstärkt auf Effektivität und Effizienz der Leistungen (McSherry/Pearce 2007, S. 16).

Die verschiedenen Formen der Rationierungen zeigen, dass teilweise starke Eingriffe in Grundrechte nötig wären, um die verschiedenen Formen umzusetzen.

Ohne eine gesellschaftliche Diskussion kann eine Rationierung nur verdeckt vorgenommen werden. Um diesen Schritt hin zu einer Ausgrenzung von gewissen Patienten zu verhindern, bedarf es einer rationalen Allokation der Ressourcen im Gesundheitssystem. Gerade die oben dargelegten Aspekte legen dies nahe, auch aus dem Grunde, da es sich bei den eingesetzten Mitteln um Ressourcen der Solidargemeinschaft handelt (Holm 1998, S. 1001).

Der Begriff der rationalen Allokation zielt im Allgemeinen darauf, die Steigerung des systemischen Gesamtnutzens, d. h. auch bezogen auf das Gesundheitssystem, ein gesellschaftliches Wohlfahrtsoptimum zu erreichen. Im Speziellen kann dies auf der Mikro-Ebene durchaus als eine direkte Rationierung empfunden werden. Eigentlich handelt es sich jedoch um rationale Entscheidungen über den zweckdienlichen Einsatz von begrenzten Ressourcen (materiell, finanziell und strukturell) und kommt damit einer Rationalisierung auf der volkswirtschaftlichen Makro-Ebene nahe. Sie folgt aber einem anderen Verständnis von Effektivität und Effizienz als die oben beschriebene medizinische und betriebswirtschaftliche Rationalisierung (Güntert 2002, S. 66). Nicht jede vorenthaltene Leistung bedeutet eine wie auch immer geartete Rationierung, sondern kann eine Rationalisierung im Sinne der Optimierung des Gesamtsystems darstellen (vgl. Über-, Unter- und Fehlversorgung). Typisch für die beiden Bereiche einer Rationalisierung und der rationalen Allokation ist, dass hier Entscheidungen auf der Basis der ökonomischen (betriebswirtschaftlichen) Rationalität gefällt werden, d. h., es werden die ökonomischen Minimal- oder Maximalprinzipien angewendet, wenn auch auf unterschiedlichen Systemebenen. Dies muss allerdings nicht zwingend auf die Rationierung zutreffen. Es gibt jedoch ebenfalls, wie oben gezeigt, die Möglichkeit einzelne Personengruppen von gesamtgesellschaftlich sinnvollen Leistungen auszuschließen. Solche Ausschlüsse können nur teilweise ökonomisch begründet werden und haben dabei häufig einen anderen Hintergrund (Meyer 2009, S. 81; Güntert 2002, S. 59).

Ein relativ neuer Begriff, der die bisherige Diskussion ergänzt und erweitert, ist derjenige der „Priorisierung“. Aufgenommen wurde dieser Begriff zunächst in den skandinavischen Ländern und in Großbritannien, wo der Begriff zuerst synonym zur Rationierung verwendet wurde (Holm 1998, S. 1000; Meyer 2009, S. 81, Meyer/Raspe 2009, S. 73). Dabei ist die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema der Priorisierung notwendigerweise ein multiprofessionelles Unterfangen. Diese wird dabei oft als die hübsche Schwester der hässlichen Rationierung – oder gar als „Rationierung light“ bezeichnet (Meyer/Raspe 2009, S. 73). Die verschiedenen internationalen Erfahrungen zeigen, dass es keine einfachen oder kurzfristig erreichbaren Lösungen gibt, und dass es sich bei der Priorisierung immer um einen längerfristigen, auch politischen und gesellschaftlichen Prozess handelt. Dabei werden in unterschiedlichen Ländern verschiedene Wege gewählt (Marckmann 2009, S. 85; Meyer/Raspe 2009, S. 73). Auffällig in der Diskussion um Priorisierung und insbesondere der Rationierung ist die relative Konzeptlosigkeit der Politik. Nur die Politik ist letztlich legitimiert, grundsätzliche Entscheidungen über die Verwendung gesellschaftlicher Mittel zu treffen oder zumindest den Rahmen für inhaltliche und formale Kriterien einer Schwerpunktsetzung vorzugeben. Höchst problematisch erscheint die Tatsache, dass originär politische Entscheidungen bisher ausbleiben

und in der Health Professional-Patient-Begegnung ausgetragen werden müssen, ohne eine klare Richtschnur oder einen gesellschaftlichen Konsens, auf den sowohl Patienten als auch Ärzte verweisen können (Hoppe 2008, S. 926). Dies äußert sich in teilweise hoch emotionalen Auseinandersetzungen zwischen Standesvertretern oder praktisch tätigen Ärzten mit den politischen Vertretern, aber auch den Krankenkassen (Welti 2009, S. 104; Zentrale Ethikkommission 2007, S. 2).

Dass Priorisierung als euphemistisches Synonym für den negativ assoziierten Rationierungsbegriff herhalten soll, kann kein Argument gegen eine notwendige Differenzierung in der wissenschaftlichen Diskussion sein (Feuerstein 2001, S. 2). In verschiedenen Ländern ist Priorisierung nicht einfach als Instrument zum Umgang mit aktuellen oder bevorstehenden Leistungseinschränkungen eingesetzt worden, sondern auch mit dem Ziel, Leistungen auszuweiten (z. B. Oregon, Schweden, Norwegen) (Marckmann 2009, S. 85). Vor diesem Hintergrund fällt es schwer, nachvollziehbare Argumente für einen synonymen Gebrauch der Begriffe Priorisierung und Rationierung zu formulieren, wenn Rationierung das Vorenthalten von Leistungen bezeichnen soll. In der wissenschaftlichen Diskussion sollte also klar zwischen Rationierung und Prioritätensetzung unterschieden werden (Meyer/Raspe 2009, S. 73; Meyer/Rassaf/Schauerte/Kelm/Goepel 2008, S. 73). Priorisierung wird in Anlehnung an die Definition der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer als gedankliche Erarbeitung und Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vor anderen in Form einer mehrstufigen Rangreihe verstanden (Zentrale Ethikkommission 2007, S. 3). Weitere Objekte der Priorisierung können medizinische Indikationen, Patientengruppen oder auch Gesundheitsziele darstellen (vgl. Kap. 3). Diese Form der Priorisierung kann eine wichtige Voraussetzung einer Leistungsbegrenzung in Form von Rationierungen sein, muss es aber nicht. Sie kann ebenso für Rationalisierungsmaßnahmen (d. h. Maßnahmen zur Mobilisierung von Effizienzreserven) eingesetzt werden, sei es durch den Ausschluss von unnützen Interventionen oder auch durch die Posteriorisierung von ressourcenaufwändigen, aber wenig nützlichen Behandlungen (Meyer 2009, S. 80). Die Differenzierung wichtiger von weniger wichtigen Leistungen kann zudem dazu beitragen, die Versorgungsqualität durch begründete versorgungspolitische oder klinische Entscheidungen zu verbessern. Die eingeführten Begriffe zeigen die unterschiedlichen Ansätze, welche in der gesundheitspolitischen Debatte genutzt werden bzw. zukünftig in die Diskussion eingeführt werden sollten. Bisher bewegt sich die Diskussion auf einer eher noch allgemeineren Ebene, da Diskussionen um obige Begriffe häufig zu Schwierigkeiten in der Argumentation bei Politikern führen, die schmerzhafte Einschnitte bzw. sinnhafte Reformen noch eher scheuen. Diskutiert werden der grundsätzliche Ansatz einer Allokation von Ressourcen und die Organisation der Rahmenbedingungen, je nach politischer Couleur, aus unterschiedlichen Perspektiven. Hier liegt ein Schlüssel zur Reform des Gesundheitswesens hin zu einer bedarfsgerechten und fairen Versorgung. Der Königsweg aus diesem Dilemma wäre, das Gesundheitssystem auf gemeinsame Ziele auszurichten. Die oben eingeführten Begriffe können dann dazu dienen, die Diskussion um die Priorisierung zu systematisieren. Fokus wäre dann aber gerade nicht die Einschränkung von Leistungen, sondern die Ausrichtung der Ressourcen

auf gemeinsam vereinbarte Gesundheitsziele, ausgerichtet auf die unterschiedlichen Ebenen der Versorgung (vgl. Kap. 3). Mantel um diese Diskussion bildet die Frage der generellen Systemausrichtung im Gesundheitswesen, um die zunehmend offen gestritten wird. Mögliche Auswirkungen einer Systemänderung sind mit Blick auf die Meso- und Mikroebene nur sehr schwer abzuschätzen. Problematisch ist, dass es bisher keine Instrumente gibt, welche eine Zielvereinbarung zwischen den unterschiedlichen Akteuren auf den verschiedenen Systemebenen unterstützen könnte.

2.4 Möglichkeiten zur Systemsteuerung auf der Makroebene

Die Ausrichtung der Gesundheitssysteme orientiert sich einerseits an einem freien Markt, was eine Steuerung über Preise, Menge und Qualität bedeuten würde, und andererseits am Prinzip einer staatlichen Steuerung aufgrund von Plänen oder Regeln. Zwischen diesen beiden Polen finden sich zahlreiche Systemformen, die einzelne Mechanismen der beiden Ansätze kombinieren (Lauterbach/Lüngen 2008, S. 173; Oberender/Zerth 2008b, S. 83; Sommer 1999, S. 115). Die beiden Grundtypen der Steuerung kommen in keinem Gesundheitssystem in ihrer reinen Form vor. Selbst in traditionellerweise verstaatlichten Gesundheitssystemen, wie in Frankreich, Italien und Großbritannien, kann man zunehmend mehr Marktmechanismen, in der Regel in Form von Expertenmärkten oder aber beschränkt auf das Segment der finanzkräftigen Bevölkerung, beobachten (Offermanns 2005, S. 18; Sommer 1999, S. 175). Zusätzliche private Angebote kommen zum gesetzlich geregelten Angebot hinzu.

Grundsätzlich zu klären ist, ob der Markt zur Steuerung im Gesundheitswesen grundsätzlich geeignet ist – oder ob nach einer speziellen Form geforscht werden muss. Wettbewerb bedeutet üblicherweise, dass die Anbieter die Kosten senken und sich auf finanziell attraktive Leistungen konzentrieren, um Marktanteile und Wettbewerbsvorteile zu erlangen. Im Krankenhausbereich werden deshalb häufig Abstriche beim Personal als wichtigstem Kostenblock vorgenommen. Das könnte auch bedeuten, dass bei der Qualität und beim Service Einsparungen realisiert werden könnten. Aufgrund einer spezifischen Erkrankung könnten gewisse Personen von der Versorgung ausgeschlossen werden, da für die benötigten Leistungen nicht genug Einnahmen erlöst werden können. Dies trifft häufig auf ältere Menschen mit starkem Pflegebedarf und einer akuten inneren Erkrankung zu. So wird primär versucht, finanziell attraktive Leistungen zu erbringen, die zu hohen Erlösen führen. Dies sind zumeist chirurgische Eingriffe bei sonst mobilen und gesunden Menschen, die z. B. künstliche Hüft- und Kniegelenke, Bypass-Operationen und Transplantationen benötigen. Dies kann aus einer gesamtwirtschaftlichen Sicht leicht zu Über-, Unter- oder Fehlversorgungen führen, da die ökonomische Perspektive einseitig betont wird (vgl. Abb. 2.4). Unter dem ausschließlich dominierenden ökonomischen Paradigma könnten Leistungen, welche in einem durch den Markt gesteuerten System keinen Gewinn erzielen, gar nicht mehr angeboten werden. Wie oben schon angeführt, muss die Gesellschaft darüber entscheiden, in welcher Menge

<table>
<tr><th rowspan="2">Gesundheitlicher Nettonutzen / Kosten-Nutzen-Reaktion</th><th colspan="2">einer gewährten Gesundheitsleistung</th><th colspan="2">einer Gesundheitsleistung, die nicht gewährt wird</th></tr>
<tr><th>Positiv</th><th>Negativ</th><th>Positiv</th><th>Negativ</th></tr>
<tr><td>günstiger</td><td>bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung</td><td rowspan="2">Fehlversorgung</td><td>Unterversorgung</td><td rowspan="2">bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung</td></tr>
<tr><td>ungünstiger</td><td>Ökonomische Überversorgung</td><td>bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung</td></tr>
</table>

Abb. 2.4 Triade einer Prioritätensetzung (in Anlehnung an Güntert 2002a, S. 60)

und Qualität diese Gesundheitsleistungen angeboten werden sollen. Dieser Sachverhalt trifft auch auf viele andere öffentliche Güter wie z. B. das Bildungssystem zu. Die eingeschränkten Einfluss- und Entscheidungsmöglichkeiten der Nachfrager (Bevölkerung und Patienten) sind Ergebnis fehlender Transparenz und mangelhaften Wissens über Krankheit und medizinisch-pflegerische Möglichkeiten, also mangelnder Konsumentensouveränität. Hinzu kommt die Tatsache, dass Patienten sich der wirtschaftlichen Folgen ihrer Entscheidungen nicht bewusst sind – und dass von Krankheit und Gesundheit weitreichende externe Effekte ausgehen, wie eine Belastung der Familien, oder Produktivitätsverluste durch den Verlust der Erwerbsfähigkeit (Baecker 2008, S. 39; Köck 1996, S. 17). Zusätzlich zu beachten sind noch vielfältige ethische, soziale und politische Aspekte. Damit ist das Gesundheitswesen weit von den Vorstellungen eines idealen Marktes entfernt und man muss daher von einem Markt- und Steuerungsversagen im Gesundheitswesen sprechen (Offermanns 2007c, S. 149; Stollberg 2008, S. 345; Offermanns 2005, S. 10; Sommer 1999, S. 98). Dass die Probleme im Gesundheitswesen nicht dem freien Spiel von Angebot und Nachfrage überlassen werden dürfen, zeigt das Beispiel der USA, deren Gesundheitssystem das teuerste der Welt ist. Dort kommt es einerseits zu offener Rationierung, weil bestimmte primär einkommensschwache Menschen sich keine Krankenversicherung leisten können. Andererseits greifen die Menschen, die über viel Geld verfügen, auf die beste Gesundheitsversorgung der Welt zurück. Andere wiederum sind auf Subventionszahlungen des Staates, von Stiftungen oder Vereinen angewiesen, um überhaupt Leistungen zu erhalten (Janecka 2009, S. 1). Primär betrifft dieses Problem also Personen aus einkommensschwachen Bevölkerungsschichten. Aber auch Personen aus mittleren Schichten weisen zunehmend versicherungsfreie Zeiten auf (Collins/Kriss/Davis/Doty/Holmgren 2006, S. 13). Aus den oben beschriebenen Gründen ist eine Ausweitung der marktorientierten Elemente hin zu einer klassischen Marktsteuerung für das Gesundheitswesen sorgfältig und kritisch auf mögliche Folgen zu beobachten und abzuwägen. Eine reine Steuerung des Gesundheitswesens über einen freien Markt ist daher stark kritisch zu sehen. Das ökonomische Paradigma als Handlungsorientierung würde zu starken sozialen Verwerfungen und Ungleichheiten führen, die auch gegen

zentrale Grundsätze des österreichischen und deutschen Staates verstoßen würden (Lauterbach/Lüngen 2008, S. 173).

Aufgabe der politischen Perspektive auf der Makro-Ebene ist es nun, geeignete Ziele zur Ausrichtung des Systems auf Effektivität und Effizienz vorzugeben, also einen normativen Rahmen mit Regeln und Spielräumen, zu schaffen. Die auf der Meso-Ebene tätigen Organisationen müssen zunehmend flexibler werden, um den neuen Anforderungen der verschiedenen Anspruchsgruppen gerecht werden zu können. Hinzu kommt noch die ständige Anpassung an die veränderten Umweltbedingungen. Für die Patienten bedeutet dies zum Teil die Neudefinition ihrer Rollen auf der Mikroebene, von einer eher erduldenden Rolle hin zu gleichberechtigen Partnern und Nutzern. Das Spannungsfeld zwischen dem Patienten- und dem Kundenbegriff ist neu zu justieren. Dabei ist die Bevölkerung auch in gewisse Schichten zu unterscheiden, d. h., gewisse Bevölkerungsgruppen benötigen einen besonderen Schutz, gerade in marktwirtschaftlich geprägten Systemen. Die Leistungserbringer müssen eine antizipierende und entgegenkommende Sicht einnehmen, da sich ihre Rolle grundsätzlich von denen in marktlich orientierten Systemen unterscheidet. Sicher ist ein Patient nicht einem Kunden gleichzusetzen, jedoch können die Leistungserbringer ihn so wie einen Kunden behandeln, d. h. sich nach seinen konkreten Bedürfnissen orientieren und die Leistung in sehr guter Qualität erbringen, auch wenn die Patienten das Ergebnis der Behandlung oft nicht überprüfen können und nahezu keine Vergleichs- oder Auswahlkriterien besitzen. Die Prozesse sind ausschließlich auf deren Bedürfnisse auszurichten. Im weiteren Verlauf des Kapitels wird das Thema Wettbewerb und Markt im Gesundheitswesen näher beleuchtet, insbesondere unter dem Aspekt der Beziehungen existierender Fehlsteuerungen. Die veränderten Rahmenbedingungen führen zunehmend zu mehr Druck auf das System, auch weil die Probleme immer mehr sichtbar werden. Dabei werden die wichtigsten Veränderungen mit Blick auf die Themenstellung beschrieben. Zunächst aber werden die Umweltfaktoren dargestellt, die den entsprechenden Druck auf die Organisationen selbst und das ganze System auslösen.

2.4.1 Veränderungen der Umwelt mit Wirkungen auf das Gesundheitssystem

Alle Gesundheitssysteme sehen sich großen Veränderungen der Umweltbedingungen gegenüber. Über Jahre hinweg waren die Rahmenbedingungen sicher, so gab es Garantien für die bestehenden Strukturen und eine Sicherstellung der Finanzierung der Krankenhäuser. Dies hat sich nun aber grundlegend verändert. Daher ist nun zu hinterfragen, welche Einflussfaktoren in welcher Form für die Akteure im System relevant werden und welche Veränderungen dies implizieren muss. In einem ersten Schritt sollen in diesem Unterpunkt die externen Einflussfaktoren auf das Gesundheitssystem als Ganzes identifiziert werden (Makro-Ebene). Natürlich wirken diese Veränderungen auf die Organisationen und auf die einzelnen Akteure auf der Mikro-Ebene, z. B. auf das Verhältnis von Patienten und Health Professionals. Im vierten Kapitel wird auf die interne Situation der Krankenhäuser näher eingegangen.

Zwischen den drei Ebenen bestehen starke Zusammenhänge, die bei Einführung von Steuerungsinstrumenten in den einzelnen Organisationen sorgfältig beobachtet werden müssen. Insbesondere die Veränderungen auf der Makro-Ebene beeinflussen die Organisationen mit den Patienten und Mitarbeitern zunehmend mehr. Bisher reagieren die Organisationen jedoch recht passiv auf die neuen Anforderungen.

Einige der wichtigsten ökonomischen, politischen und sozialen Einflüsse der nächsten 10-15 Jahre sowie der wesentlichen Einflussfaktoren, die auf das Management des Gesundheitssystems Einfluss haben, werden in Abb. 2.5 dargestellt. Diese externen Kräfte werden einen grundlegenden Wandel auf allen Ebenen im Gesundheitssystem fördern und die Rahmenbedingungen wesentlich verändern (in Anlehnung an Shortell/Kaluzny 2006, S. 9) (vgl. Abb. 2.5).

Abgeleitet aus den sich verändernden Rahmenbedingungen können sechs grundlegende Ziele für Organisationen im Gesundheitssystem identifiziert werden (vgl. auch Abb. 2.6). Zu nennen sind hier (in Anlehnung an Shortell/Kaluzny 2006, S. 10; Institute of Medicine 2001):

- Patientenzentrierte Versorgung: Behandlung, Therapie und Pflege sollen die individuellen Bedürfnisse der Patienten in der Planung der Prozesse berücksichtigen. Diese sind auf den größtmöglichen Nutzen für die Patienten konsequent, auch über die herkömmlichen Sektorengrenzen hinaus, auszurichten.
- Effektivität: Alle Prozesse der Gesundheitsversorgung sollen auf dem aktuellsten Wissen beruhen (Evidence Based). Vermieden werden müssen alle Leistungen, von denen die Patienten nicht profitieren bzw. die sogar schaden könnten. Die unterschiedlichen Formen der Versorgung sind immer aus der Patientenperspektive heraus abzuwägen. Die Patienten sind in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen.
- Effizienz: Die Versorgung soll die Ressourcen richtig (s. o.) und gezielt einsetzen. Dabei soll Verschwendung konsequent, auch von Ideen, Energie und Personal, vermieden werden.
- Sicherheit: Die Leistungen für die Patienten sollen in einer Umgebung erbracht werden, die sie vor Schaden bewahrt. Dafür sind von der Organisation gezielt Vorkehrungen zu treffen.
- Zeitgerecht: Die Versorgung soll, nach schneller Abklärung und Diagnosestellung, prompt und zügig erfolgen. Wartezeiten sollen reduziert und daraus möglicherweise entstehende Schäden für die Patienten minimiert werden.
- Gleichheit: Die Qualität oder der Zugang zu Leistungen soll nicht von Geschlecht, ethnischer Herkunft, geographischer Lage der zu versorgenden Person und vom sozioökonomischen Status abhängig sein.

In der Abb. 2.6 werden die unterschiedlichen Punkte zusammengefasst, die einen Orientierungsrahmen zur Umgestaltung des Gesundheitssystems bilden. Dabei wird bewusst auf den existierenden Schwierigkeiten im System aufgesetzt. Im Kern geht es um sechs zentrale Herausforderungen als Grundlage der Neugestaltung, nämlich um die Optimierung der Versorgungsprozesse, den gezielten Einsatz von Informationstechnologie zur Unterstützung der Leistungsprozesse, der Organisationsentwicklung sowie der Entwicklung des Wissens bei den einzelnen Professionen,

Veränderungen in der Umwelt	Auswirkungen auf das Management
• Financial incentives that reward superior performance	• Need for increased efficiency, productivity, and quality • Redesign of patient care delivery • Development of strategic alliances that add value • Increased growth of networks, systems, and physician groups
• Increased accountability for performance	• Information systems that facilitate patient-centered care across episodes of illness and "pathways of wellness" • Effective implementation of clinical practice guidelines and related care management processes • Ability to demonstrate continuous improvements of all functions and processes
• Technological advances in the biological and clinical sciences	• Expansion of the continuum of care, need for new treatment sites to accommodate new treatment modalities • Increased capacity to manage care across organizational boundaries • Need to confront new ethical dilemmas
• Aging of the population and associated increased in chronic illness	• Increased demand for primary care, wellness, and health promotion services and chronic care management • Challenge of managing ethical issues associated with prolongation of life
• Increased ethnic and cultural diversity of the population	• Greater difficulty in understanding and meeting patient expectations • Meeting the challenge of eliminating disparities in care provision and outcomes • Challenge of managing an increasingly diverse health services workforce

Abb. 2.5 Einflussfaktoren („Nine forces") auf das Gesundheitssystem und daraus abgeleitete Herausforderungen für das Management (in Anlehnung an Shortell/Kaluzny 2006, S. 9)

dazu der kontinuierlichen Förderung der Mitarbeiter. Die Weiterentwicklung und Bündelung der Fähigkeiten Einzelner münden dann in eine sukzessive Teamentwicklung als Schlüssel zu einem sehr guten Behandlungsergebnis (Outcome) für die Patienten und damit für die ganze Organisation. Daher müssen die Leistungen ständig an die Bedürfnisse der Patienten angepasst werden. Gefragt ist auch

• Changes in the supply and education of health professionals	• Need for creative approaches in meeting the population's need for disease prevention, health promotion, and chronic care management services • Need to compensate for shortages in some categories of health professionals (i.e., physical therapy, pharmacy, and some areas of nursing) • Need to develop effective teams of caregivers across multiple treatment sites • Need to develop work settings conducive to recruitment and retention
• Social morbidity (AIDS, drugs, violence, bioterrorism, „new surprises")	• Ability to deal with unpredictable increases in demand • Need for increased social support systems and chronic care management • Need to work effectively with public health community agencies to address "preparedness" issues
• Information technology	• Training the health care workforce in new information technologies • Increased ability to coordinate care across sites • Challenge of managing an increased pace of change due to more rapid information transfer • Challenge of dealing with confidentiality issues associated with new information technologies
• Globalization and expansion of the world economy	• Need to manage cross-national and cross-cultural patient care referrals • Increasing the competitiveness and productivity of the American labor force • Managing global strategic alliances, particularly in the areas of biotechnology and new technology development • Meeting the challenge of new and remerging infectious diseases

Abb. 2.5 (Fortsetzung)

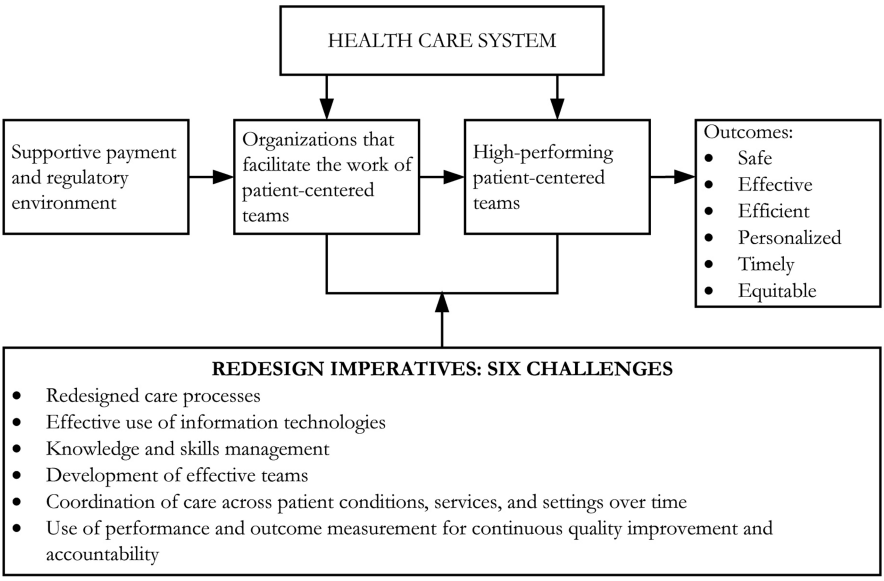

Abb. 2.6 Bezugsrahmen zur Umgestaltung des Gesundheitssystems (Institute of Medicine 2001)

eine stetige Koordination der Leistungen über einen längeren Behandlungszeitraum („healing relationsships“) sowie dem ständigen Gebrauch von Outcome-Daten und Informationen über die Qualität der gesamten Organisation für einen Prozess der kontinuierlichen Verbesserung (Shortell/Kaluzny 2006, S. 8). Grundlegender Ansatz ist die Auflösung der berufsständisch geprägten Strukturen im Gesundheitswesen hin zu Prozessen, die konsequent auf die Patienten ausgerichtet sind (Spear 2005, S. 13).

Die oben beschriebenen Herausforderungen für die Organisationen benötigen geeignete Rahmenbedingungen mit Blick auf Finanzierungs- und Anreizsysteme, welche die Umsetzungen der sechs Herausforderungen an das System unterstützen (Makro-Ebene). Auf Organisationsebene (Meso-Ebene) müssen die Anforderungen aus den veränderten Rahmenbedingungen in die Versorgungsrealität und besonders in den Kontakt der Patienten zu den Health Professionals integriert werden (Mikro-Ebene). Am Ende dieser Umgestaltung stehen dann wieder die Ziele des gesamten Systems, die sich aus der Leistungsfähigkeit der einzelnen Organisationen im System aufaddieren. Die einzelnen Punkte aus den Abb. 2.5 und 2.6, mit ihren dezidierten Auswirkungen auf das Gesundheitssystem, werden an unterschiedlichen Stellen wieder aufgenommen. Im Folgenden werden Fehlsteuerungen mit hoher Relevanz für das Gesundheitssystem näher ausgeführt und beleuchtet. Die momentane Ist-Situation im hiesigen Gesundheitssystem wird mit Blick auf die veränderten Rahmenbedingungen gespiegelt und Gründe für die momentan schwierige Situation im Gesundheitswesen dargelegt.

2.4.2 Fehlsteuerungen durch falsche ökonomische Anreize

Um die Kostensteigerung zu begrenzen, wird seit einigen Jahren auf Fallpauschalensysteme zurückgegriffen, welche die tagesgleichen Pflegesätze abgelöst haben. In der Vergangenheit wurde für jeden Tag des Aufenthaltes im Krankenhaus eine bestimmte Geldsumme vergütet. Dieser Durchschnittspreis vergütete die Leistungen an Patienten, die natürlich über die Tage hinweg unterschiedlich hoch ausfielen. Zum Beispiel waren die Kosten am Tag der Operation besonders hoch, die mit einer entsprechend langen Liegedauer kompensiert werden konnten. Dies bewirkte einen impliziten Anreiz zur Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes über das notwendige Maß hinaus, was sich auch in den im internationalen Vergleich überdurchschnittlich langen Liegedauern niedergeschlagen hat. Dieser Befund konnte für Österreich und Deutschland konstatiert werden, wobei Österreich bereits 1998 auf ein an Fallpauschalen orientiertes System umgestellt hat (Braun/Rau/Tuschen 2008, S. 5; Arnold 2001, S. 7; Rochell/Roeder 2001, S. 61). Im sogenannten LKF-System wird in einen Kernbereich und einen Steuerungsbereich unterschieden. Im Kernbereich werden Diagnosefallgruppen oder aufwändige medizinische Einzelfallleistungen vergütet. Der Steuerungsbereich hingegen dient der Abgeltung von situationsspezifischen Erfordernissen und kann durch die österreichischen Bundesländer festgelegt werden. Das bedeutet, dass in den einzelnen Ländern unterschiedliche Erlöse für die gleichen Leistungen erzielt werden (Potocnik 2006, S. 26; Hofmarcher/Rack 2006, S. 192).

Die neuartige Form der Finanzierung von Gesundheitsleistungen über Fallpauschalen scheint gewisse Tendenzen hin zu einer Verweildauerreduzierung auszulösen (Braun/Rau/Tuschen 2008, S. 6; Roeder/Bunzemeier/Fiori 2008, S. 23). Dies allein wäre positiv zu beurteilen. Gleichzeitig ist aber eine Steigerung der Anzahl der Leistungen sowie eine daraus resultierende Arbeitsverdichtung beim Personal, mit einhergehender steigender Belastung, zu beobachten. Die Fallpauschalen könnten hier zu nicht induzierten Einweisungen durch die angebotsinduzierte Nachfrage führen. Die Fallpauschalen treffen also auf eine wenig veränderte Struktur der partiellen Überversorgung. Prinzipiell müssten weit mehr Leistungen im ambulanten Bereich erbracht werden. Die Leistungen im stationären Bereich, inklusive der hohen Bettendichten, müssten daher eigentlich zurückgehen (Buhr/Müller/Braun/Klinke/Rosenbrock 2008, S. 3; Thiele/Güntert 2008, S. VII). Die Diskussion zeigt, dass im Bereich der Vergütungssysteme noch viele Verbesserungspotenziale gehoben werden könnten, gerade bei der Verknüpfung der eigentlichen Leistungsprozesse mit der Vergütung. Während man aufgrund der früheren Kostenerstattung bzw. den lange Zeit üblichen Tagespauschalen keine wirklichen Anreize für Rationalisierung im Krankenhausbereich erwarten konnte, erhoffte man sich mit der später üblichen Budgetierung und Budgetdeckelung doch deutliche Steuerungswirkungen. Diese unspezifische Ressourcensteuerung jedoch war nicht in der Lage, das Wachstum der Krankenhauskosten zu verhindern. Mit Abteilungspauschalen und Sonderentgelten wurden neue leistungsorientierte Rationalisierungsansätze geschaffen. Die Hoffnungen auf Steuerungsanreize beim G-DRG-System gingen jedoch entschieden weiter (Metzger 2004, S. 1) (German

Diagnosis Related Groups). Hierbei handelt es sich um die deutsche Version von auf Diagnose bezogenen Fallpauschalen, die sich in Grundzügen an dem australischen System orientiert. Dieses Vergütungssystem wurde mit dem Hauptziel gewählt, dass über die Preisbildungen für die DRG eine Ausgabensenkung für die Krankenkassen im stationären Bereich erreicht werden könnte (Thiele/Güntert 2008, S. IX).

Diese Trendwende ist im Rahmen der Konvergenzphase (Überleitung vom alten zum neuen System der Finanzierung über Fallpauschalen) bisher jedoch noch nicht gelungen und das System wird weiter nachjustiert (Neubauer/Beivers 2008, S. 63; Leber/Malzahn/Wolff 2008, S. 82). Ein weiterer Grund für die Probleme liegt auch darin begründet, dass das Management der Krankenhäuser sich erst noch auf diese neuen Steuerungsanreize einstellen und entsprechende Informations- und Managementsysteme entwickeln sowie implementieren muss. Zudem bedarf es einer Anpassung des umliegenden stationären und ambulanten Versorgungssystems an neue Anreize und veränderte Patientenströme (Sangha 2001, S. 87). Ob sich die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich nach Abschluss der Konvergenzphase stoppen oder zumindest maßgeblich verlangsamen lässt, kann jedoch bezweifelt werden. In den meisten Ländern, die bereits Erfahrungen mit DRG-Systemen oder ähnlichen prospektiven Finanzierungssystemen haben, sind die Krankenhauskosten ähnlich wie in Deutschland weiter gestiegen (Thiele/Güntert 2008, S. IX). Im besten Fall kam es zu einer Abflachung im stationären Bereich, jedoch verbunden mit deutlichen Kostenverlagerungen in den vor- oder nachstationären Bereich. Das Wachstum der Gesundheitskosten insgesamt blieb kaum beeinflusst. Die Nachfragesteigerung aufgrund der oben u. a. erwähnten gesellschaftlichen, demografischen und medizinisch-pflegerischen Ursachen übersteuern längerfristig offensichtlich die ökonomischen Rationalisierungsmöglichkeiten (Thiele/Güntert 2008, S. IX). Die Suche nach wirksamen Finanzierungs- und Abrechnungssystemen für den Krankenhausbereich muss daher weitergehen und kann noch lange nicht als gelöst betrachtet werden. Allerdings gehen die Meinungen nach praktikablen Wegen weit auseinander. Unbestritten ist, dass weitere Anreize für die Ausschöpfung betriebswirtschaftlicher Rationalisierungspotenziale geschaffen werden müssen. Bezüglich weitergehender Anreize mit volkswirtschaftlichem oder gesellschaftlichem Fokus herrscht jedoch weniger Übereinstimmung. Während Vertreter marktwirtschaftlicher Vorstellungen weitere Steuerungen den verschiedenen Marktpartnern selbst überlassen möchten, sehen andere eine dringende Notwendigkeit staatlicher Eingriffe, um regionale Versorgungslücken zu verhindern, die Versorgung für alle Bevölkerungsschichten sicherzustellen, eine Integration der verschiedenen Leistungserbringer zu erreichen sowie die Arbeitssituation für die Health Professionals auch langfristig attraktiv zu halten (Thiele/Güntert 2008, S. X). Generelle Tendenz sollte sicher der Weg hin zu einem Qualitätswettbewerb sein. Dieser sollte unbedingt Vorrang vor einem Preiswettbewerb haben (Leber/Malzahn/Wolff 2008, S. 87; Neubauer/Beivers 2008, S. 72).

Dies zeigt die grundsätzliche Notwendigkeit der Diskussion eines Ordnungsrahmens aus der Sicht der Finanzierung des Gesundheitssystems (vgl. Abb. 2.6). Bisher richteten sich die Finanzierungssysteme primär auf die Eindämmung der Kosten aus und nahezu gar nicht auf die Ergebnisse der Leistungserbringung. Hier

besteht sicherlich die größte Herausforderung, wenn man das System nach den oben genannten Kriterien umstellen möchte (vgl. Abb. 2.5, Punkte 1 und 2). Die generelle Tendenz geht sicher in Richtung einer Pay-for-Performance, d. h. die Verknüpfung der Qualität einer medizinischen Leistung mit der Höhe der Vergütung (Emmert 2008, S. 73; Mandel/Kotagal 2007, S. 651). Die Evidenz für die Wirksamkeit dieses Instruments bleibt bisher im Krankenhausbereich eher noch gering (Lüngen/Gerber/Lauterbach 2008, S. 157; Walburg 2006b, S. 35). Grundsätzlich Sinn macht Pay-for-Performance auch nur dann, wenn man davon ausgeht, dass unterschiedliche Qualitäten im System und bei seinen Akteuren existieren. Oft vertreten wird jedoch häufig die Auffassung, dass eine generell hohe Qualität im Gesundheitssystem vorliegt. Dass diese Auffassung, primär von Medizinern vertreten, einer Überprüfung nicht standhält, wird im Teil über das Qualitätsmanagement in Krankenhäusern näher ausgeführt. Die Qualität der einzelnen Leistung wird in der Zukunft immer mehr in den Mittelpunkt rücken (vgl. Kap. 5). Es wird immer wichtiger, neben herausragender Qualität der Gesundheitsleistungen, einen entsprechenden Komfort in den einzelnen Gesundheitseinrichtungen zu bieten. Hinzu kommt noch der vermehrte Bedarf nach transparenter Information bei der Auswahl einer Gesundheitseinrichtung sowie die Verpflichtung die erreichte Qualität zu belegen und gegenüber den unterschiedlichen Anspruchsgruppen transparent zu machen (Emmert 2008, S. 88; Offermanns 2008, S. 146; Offermanns 2005, S. 73).

Kernproblem der Ausgestaltung eines geeigneten Finanzierungssystems ist, dass die Versorgung bisher in voneinander getrennten Sektoren stattfindet, was sowohl die Finanzierung als auch die Organisation der Leistungserbringung angeht. Die bisherigen Strukturen des Gesundheitssystems können daher als stark fragmentiert bezeichnet werden (Rosenbrock/Gerlinger 2004, S. 227; SVR 2001, S. 30). Durch die G-DRG-Einführung und die damit anvisierte weitere Verkürzung der Verweildauern und den Trend zur Fragmentierung von Behandlungen, durch Aufsplittung der Krankheitsbilder nach Diagnosen und Nebendiagnosen, wird ein gut funktionierendes Entlassungsmanagement nötiger denn je. Nur so kann sichergestellt werden, dass Patienten die notwendigen nachstationären Hilfen erhalten und begonnene Behandlungen fortgeführt werden. Bisher gibt es hier noch zahlreiche ungelöste Probleme, auch weil es in den unterschiedlichen Sektoren verschiedene Finanzierungssysteme, Kostenträger, aber auch Behandlungskulturen gibt (Buhr/Müller/Braun/Klinke/Rosenbrock 2008, S. 26).

Aus Sicht der Ärzte und der Pflegekräfte hat sich das Entlassungsmanagement seit Einführung der G-DRG eher verschlechtert als verbessert. Insgesamt gesehen beurteilen die Ärzte das Entlassungsmanagement dabei sogar noch schlechter als die Pflegekräfte. Viele Patienten haben auch Probleme über ärztliche Behandlung hinausgehende notwendige nachstationäre Hilfen zu erhalten. Oft wird die Behandlung durch den niedergelassenen Arzt nicht oder nur mit Vorbehalten fortgeführt. Daher gestaltet sich die Entlassungssituation, auch aus der Sicht der Patienten, zunehmend als schwierig und wenig gut organisiert bzw. abgestimmt (Klinke 2007, S. 125; von Eiff/Klemann/Middendorf 2007, S. 13). Zusammengenommen zeigen die Befunde, dass die Entwicklung des Entlassungsmanagements mit der

Entwicklung der G-DRG offenbar nicht Schritt gehalten hat. Die Gründe dafür sind vielfältig. Zum Teil liegen sie sicher in der Schwerpunktsetzung der Health Professionals im Versorgungsprozess, ggf. aber auch in der Tatsache begründet, dass gutes Entlassungsmanagement als Leistung nicht anerkannt ist und nicht vergütet wird. Es darf daher nicht verwundern, wenn Krankenhäuser die Patientenepisode „stationärer Aufenthalt“ optimieren und nicht die sektorübergreifende Patientenkarriere (Buhr/Müller/Braun/Klinke/Rosenbrock 2008, S. 27). Diese Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, systematische Forschung an den Schnittstellen zwischen ambulantem und stationärem Bereich durchzuführen, um die hemmenden und fördernden Faktoren für sektorenübergreifende Kooperation und Koordination genauer zu identifizieren. Ein wichtiger Punkt ist dabei sicher das Entlassungsmanagement, da es nun zu einer stark steigenden Frequenz an Entlassungen kommt, basierend auf generell steigenden Fallzahlen (Wingenfeld 2005, S. 44). Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob das nun favorisierte Finanzierungssystem generell geeignet ist, die eigentlichen Ziele des Gesundheitssystems zu fördern. Wesentliche Aspekte der Kritik richten sich dann auch klar auf die Grundausrichtung des Modells und die dahinterliegende, stark betriebswirtschaftlich orientierte Anreizstruktur. Begrüßt wird einerseits, dass das G-DRG-System betriebswirtschaftliche Optimierungen sucht und fördert. Kritisiert wird aber, dass diese nicht zwingend die Patienten- oder die gesellschaftlichen Interessen sowie ein volkswirtschaftliches Optimum widerspiegeln müssen, sondern vor allem wirtschaftliche Ziele verfolgen (Güntert/Thiele 2008, S. 213).

2.4.3 Neue Wege für die Finanzierung der Leistungen

Bei der Beurteilung eines Krankenhausfinanzierungssystems kann gefordert werden, dass die gesetzten Anreize im Rahmen eines schlüssigen Finanzierungssystems auf allen drei Systemebenen positive Effekte bewirken (Ackoff 1999 und Ackoff/Rovin 2003). Negative Effekte auf einer oder mehreren Systemebenen weisen darauf hin, dass das Finanzierungssystem der Komplexität und der notwendigen langfristigen Ausrichtung des Gesundheitswesens nicht gerecht wird und zu Suboptima für die einzelnen Akteure führen kann (Güntert/Thiele 2008, S. 215). Weitere Anforderungen an die Krankenhausfinanzierung ergeben sich aus den Erfordernissen kontinuierlicher Lernprozesse und von Systemveränderungen. Ein Krankenhausfinanzierungssystem darf daher nicht einfach neue Strukturen zementieren, sondern muss auch Anreize für eine kontinuierliche Anpassung an veränderte Rahmenbedingungen bieten. Obwohl Kosten- und Prozessoptimierungen, d. h. das Ausschöpfen von Rationalisierungspotenzialen ein wichtiges Ziel sind, darf ein Krankenhausfinanzierungssystem nicht bloß Anreize für eine betriebliche Optimierung oder gar nur für Kostenverlagerungen in die umliegenden Versorgungsbereiche bieten. Gerade in Österreich stellt dies ein großes Problem dar, weil Bund, Länder und Gemeinden primär die Krankenhäuser finanzieren und die Krankenkassen lediglich einen Fixbeitrag zusteuern. Für den ambulanten Bereich sind die Krankenkassen die alleinigen Finanzierer. Dies führt zu einer Verlagerung der

Kosten in den ambulanten Bereich, weil die Krankenhausambulanzen für die Österreicher rund um die Uhr zugänglich sind und die niedergelassenen Ärzte die Versorgung in Randzeiten wie Wochenenden oder Feiertage nicht sicherstellen müssen. Dies führt zwar zu einer hohen subjektiven Zufriedenheit der Bevölkerung, da sie immer die höchste Versorgungsstufe in Anspruch nehmen kann. Jedoch ist es stark fraglich, ob sie dort immer die beste Behandlung für ihr Problem erhält. Sicherlich steigert diese Struktur jedoch die Krankenhauseinweisungen. Dies belegt die höchste Quote der österreichischen Bevölkerung für Krankenhausaufnahmen pro Jahr in der Europäischen Union. Bei den Verweildauern liegt Österreich nicht an der Spitze (Hofmarcher/Rack 2006, S. 144). Dies ist jedoch auch dem oben beschriebenen Strukturfehler geschuldet, da in den meisten europäischen Ländern der Krankenhauszugang stark reguliert ist. Durch die hohe Frequenz in den Ambulanzen kommt es dann zu vielen kurzen Krankenhausaufnahmen.

Klar sinnvoller ist bei der Finanzierung der Leistungen das gesamte Versorgungssystem im Blick zu haben, d. h. Anreize einschließen, um Rationalisierungspotenziale in den Schnittstellen auszuschöpfen, Integration und Kooperation der Krankenhäuser im gesamten Versorgungssystem zu fördern und einen speziellen Fokus auf die Patientenkarrieren, nicht nur auf die Optimierung der Patientenepisode im stationären Bereich zu legen. Daher bedarf es einer langfristigen Perspektive, welche die zu behandelnde Krankheit des Patienten in den Mittelpunkt stellt, unabhängig vom jeweils angesprochenen Versorgungssektor. Grundsätzlich sind, insbesondere bei chronisch kranken Menschen, akute Phasen in Krankenhäusern zu vermeiden (Güntert/Thiele 2008, S. 215). Obwohl das zentrale Ziel des G-DRG-Systems die betriebswirtschaftliche Optimierung auf der Mesoebene ist, wirken sich die Fallpauschalen auch entscheidend auf Prozesse der Mikroebene aus. Zusammenfassende Konsequenz aus dem neuen Finanzierungssystem wäre, die Prozesse der Leistungserstellung transparent zu machen und zu optimieren, weil die Dauer der Behandlungs- und Betreuungsprozesse verkürzt wird. Ziel dabei sollte sein, unnötige Leistungen zu eliminieren, Verweildauern zu reduzieren und die Effizienz des Ressourceneinsatzes zu optimieren und zu standardisieren (Güntert/Thiele 2008, S. 216). Dieser Ansatz kann also dazu dienen, Überversorgung abzubauen und Unter- und Fehlversorgung transparent werden zu lassen. Die allgemeine Tendenz muss also in eine geeignete Kombination von Fallpauschalensystemen und Qualitätsmanagement führen, in der in Abb. 2.5 dargestellten Weise.

Durch die Arbeitsverdichtung verlor der Krankenhausarbeitsplatz bereits heute deutlich an Attraktivität, wie verschiedene Studien und Mitarbeiterzufriedenheitsbefragungen zeigen. Auch besteht eine Tendenz der Kostenminimierung, die bereits heute zu negativen Konsequenzen für das Versorgungssystem führt. Da die Qualität personaler Dienstleistungen sehr eng mit der Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zusammenhängt, ergibt sich daraus eine Gefahr für die Leistungsqualität, die Patientenzufriedenheit und das Krankenhaus als Ganzes. Ein Zuviel an einseitigen, der ökonomischen Rationalität folgenden rein betriebswirtschaftlichen Kostensenkungsmaßnahmen und Standardisierung führen zu „Medizin am Fließband“ (Flenreiss/Rümmele 2008, S. 14; Güntert/Thiele 2008, S. 217). Dies ist jedoch nicht das, was den Präferenzen der Patienten und denen der Health

Professionals entspricht. Um den für die konkrete Leistungserbringung und für die Patienten negativen Auswirkungen dieser eng ökonomischen Rationalität begegnen zu können, braucht es verschiedene Korrektureingriffe auf den übergeordneten Ebenen, wie verpflichtendes Qualitätsmanagement oder Steuerung mittels neuer Instrumente bzw. eine Neudefinition der Rolle des Krankenhauses in einem integrierten Versorgungssystem (Degeling/Erskine 2009, S. 27; Rochell/Roeder 2001, S. 3; Güntert/Thiele 2008, S. 217). Grundsätzlich ist natürlich die Frage zu stellen, wie solch ein Qualitätsmanagement ausgestaltet sein könnte, auch unter dem Aspekt der Gestaltung der Patientenprozesse mit Blick auf die Ergebnisse der Leistungserbringung.

Der Ausgangspunkt für ein solches Vergütungssystem über die Sektorengrenzen hinaus ist auf der Mikroebene anzusiedeln. Einen Anknüpfungspunkt bietet hierfür der Ansatz der patientenzentrierten Versorgung. Patienten sollten zunehmend einen Anspruch auf eine nach ihren Bedürfnissen ausgerichtete Versorgung haben, insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche (vgl. Abb. 2.5). Dieses Versorgungsmanagement setzt die Schaffung eines die Sektoren übergreifenden Vergütungssystems eigentlich voraus, was ein Schritt wäre die Finanzierung an den Bedürfnissen der Patienten auszurichten. Kritisch bleibt festzuhalten, dass die Ausschöpfung krankenhausinterner Rationalisierungsreserven nur dann wirksam sein kann, wenn überkommene traditionelle Hierarchien, Strukturen und Arbeitsabläufe hinterfragt und über Bord geworfen werden. Neue Technologien, moderne Informations- und Kommunikationssysteme, neue berufliche Kompetenzen (z. B. Akademisierung der Pflege) und neue Berufe (z. B. medizinische Controller, Dokumentare, Qualitätsbeauftragte usw.) und gezieltes Prozessmanagement ermöglichen effektive und effiziente Arbeitsabläufe. Dies bedeutet jedoch auch, dass im Krankenhaus die Strukturen, Zuständigkeiten und Verantwortungen neu geregelt werden müssen. Derartige Strukturänderungen münden im Moment in medizinische Zentren wie Herz-, Wirbelsäulen- und Brustkrebszentren mit einer neuen, patientenorientierten Bündelung der Kompetenzen (Neubauer/Minartz 2009, S. 3; Kuntz/Wittland 2009, S. 87). Gerade wegen der klar eingegrenzten Aufgabenbereiche lassen sich hier eher betriebswirtschaftliche Optimierungen vornehmen, aufgrund der klar definierten Kernprozesse und der Bestimmung von Prozesseignern und der damit verbundenen neuen Zuordnung von Aufgaben und Kompetenzen (Güntert/Thiele 2008, S. 217). Diese neuen Zentren können jedoch nur dann wirklich wirksam sein, wenn die Patientenprozesse über die Sektoren hinweg gesteuert werden, in enger Kooperation mit Haus- und Fachärzten – und diese den Bedürfnissen der Patienten wirklich gerecht werden.

2.4.4 Consumerism: Gesteigerte Erwartungen der Patienten an die Leistungserbringer

Die Möglichkeiten der partizipativen Mitgestaltung des Gesundheitswesens durch den Bürger werden u. a. durch politisch gesetzte Steuerungsmechanismen determiniert. Die deutschen und österreichischen Systeme zeichnen sich durch eher

geringe Einflussmöglichkeiten bzw. Mitwirkungsmöglichkeiten der Patienten aus (Mozygemba/Mümken/Krause 2009, S. 9). Die Bürgerbeteiligung über Wahlen bleibt gesundheitspolitisch eher abstrakt, da das Thema Gesundheit doch recht wenig wahrgenommen wird und für Politiker aufgrund der andauernden Probleme schwierig ist. Dezentrale – regionale oder kommunale – Gestaltungsmöglichkeiten der Bürger über die Entwicklung der Versorgungssysteme „vor Ort" existieren allenfalls in Form unverbindlicher Projekte, die wenig Einfluss auf die bestehenden Strukturen haben. Entscheidungskompetenzen sind zu einem wesentlichen Teil auf korporatistische Verbände übertragen, deren demokratische Legitimation nur unzureichend ausgeprägt ist. Der Nutzer als demokratisch-partizipativ gestaltender Bürger spielt so kaum eine Rolle. Dagegen wird im Rahmen des gesundheitspolitischen Paradigmenwechsels seit Mitte der 1990er Jahre eine wettbewerbs- und marktorientierte Umgestaltung der gesundheitspolitischen Steuerung vorangetrieben, die das Geld als Steuerungsmedium in den Mittelpunkt rückt (Rosenbrock/Gerlinger 2004, S. 73). Bei allen möglichen negativen Auswirkungen hat dieser Wechsel doch zu einer neuen Sichtweise der Bürger auf das System geführt, nicht mehr alle Dinge als gegeben hinzunehmen.

Zunehmend verändern sich die Ansprüche der Patienten und deren Angehörigen, die heute immer mehr als selbstbewusste Nutzer des Gesundheitssystems auftreten (Gerlinger 2009, S. 17; Düver 2009, S. 83; Segal 1998, S. 31). Sie erwarten, dass man sie auch im Gesundheitswesen als Nachfrager ernst nimmt und dass sie einen leichten und raschen Zugang zu Gesundheitsleistungen haben (Etgeton 2009, S. 241). Den Bezugsrahmen hierfür kann ein Dienstleistungs- und Qualitätsmanagement bieten, welches Steuerungsinstrumente wie Informed Consent und Evidence Based Medicine im Mittelpunkt hat (Offermanns 2009b, S. 8). Ziel eines Informed Consent muss sein, die Autonomie der Patienten, auch in der für sie schwierigen Situation im Krankenhaus zu bewahren und weiter zu stärken. Voraussetzungen zur Umsetzung dieses Konzeptes müssen in der Organisation getroffen werden. Die im Ansatz vorgesehene Partizipation und Beteiligung kann nicht aufhören, wenn die Patienten nicht mehr in der Lage sind, aktiv für sich selbst einzutreten (Rehm/Zündel 2009, S. 65; Stollberg 2008, S. 345). Durch die besondere Rolle der Patienten in der Dienstleistungssituation muss die Organisation entsprechende Vorkehrungen treffen, um die hohe Qualität der Leistungen auch in diesen Fällen aufrechterhalten zu können. Dabei geht es auch um eine strukturierte Kommunikation im Sinne einer guten Health Professionals-Patienten-Beziehung (Simon/Härter 2009, S. 156; Gordon/Edwards 1997, S. 41). Leitbilder mit einer strategischen Ausrichtung bieten immer häufiger eine Plattform zur Vermittlung von grundsätzlichen Ausrichtungen der Organisationen mit einer internen Perspektive, jedoch immer öfter auch für externe Anspruchsgruppen wie Patienten, Selbsthilfegruppen oder auch Krankenkassen (Offermanns 2009b, S. 9). Die neue Rolle der Nutzer im Gesundheitssystem führt immer mehr zu einem generellen Infragestellen der Strukturen im Gesundheitssystem, aber auch der einzelnen Einrichtungen und der dort tätigen Health Professionals. Dieser Punkt wird sicher eine starke Dynamik auslösen, da die Rolle der einzelnen Akteure neu festgelegt und justiert wird. Die alte traditionelle Form der Health Professional-Patienten-Beziehung wird zunehmend abgelehnt (Mozygemba/Mümken/Krause 2009, S. 9; Segal 1998, S. 31).

Die starke Zunahme der älteren Menschen mit einhergehenden Altersgebrechen sowie eine zunehmende Zahl an chronischen Erkrankungen, die nur schwer zu behandeln und aufwändig zu betreuen sind, stellt das Gesundheitssystem vor völlig neue Herausforderungen. Zusätzliche Pflegeleistungen werden dringend benötigt (Rosenbrock/Gerlinger 2004, S. 41; Wilmoth 2000, S. 111). Auf diese neuen Herausforderungen kann die Akutmedizin bisher keine Antworten geben. Diese Tatsache erfordert neue Versorgungsmodelle, die sich genau auf die Bedürfnisse dieser Zielgruppe richten (Reiners 2009, S. 53; Zweifel 2007, S. 6). Generell muss die These verneint werden, dass allein die alternde Bevölkerung zu steigenden Gesundheitsausgaben führt, mit Blick auf die Wirkungen sich verschiebender Alterspyramiden („Status-Quo-Hypothese"). Dies hat nur einen schwachen Einfluss, was in mehreren Studien bestätigt werden konnte (Felder 2008, S. 23). Die Medikalisierungsthese geht davon aus, dass mit der Alterung der Bevölkerung die Zahl der chronisch Kranken und Multimorbiden wächst und mit ihr quasi synchron die Leistungen und Ausgaben (Reiners 2009, S. 61). Die verlängerte Lebenszeit erfordere teure Behandlungen, die bei geringerer Lebenserwartung, gar nicht nötig geworden wären (z. B. Krebs). Beide Thesen finden empirisch keine Bestätigung (Felder 2008, S. 28), wobei erwähnt werden muss, dass insbesondere ältere Menschen vor Über-, Unter- und Fehlversorgung geschützt werden müssen. Klarer ist die Evidenz für die Kompressionsthese, die zeigt, dass der in Querschnittsdaten beobachtete Unterschied der Gesundheitsausgaben zwischen Jung und Alt in erster Linie nicht eine Ursache des Alters, sondern der unterschiedlichen Nähe zum Tod ist. Zwischen steigender Lebenserwartung und einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes allein besteht kein linearer Zusammenhang (Reiners 2009, S. 61).

Kosten über die Lebensspanne betrachtet sind relativ ähnlich zwischen einer Person, die in jungem Alter stirbt, und einer Person, welche hochbetagt stirbt, unter der Bedingung, dass beide intensiv-medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Eine Verlängerung der gesunden Lebensjahre kann im hohen Alter zu einem Tod ohne den Einsatz von komplexer Medizintechnik führen, wenn die Lebensspanne ausgeschöpft ist. Bei steigender Lebenserwartung stehen also immer weniger Menschen der einzelnen Geburtskohorten in den letzten Lebensjahren. Ziel muss also eine Verlagerung der Gesundheitsstörungen in das hohe Alter sein, möglichst nahe an die maximal mögliche Lebensdauer (Reiners 2009, S. 62; Felder 2008, S. 30; Wilmoth 2000, S. 1111). Die eigentliche Herausforderung des offensiv proklamierten demografischen Wandels liegt weniger in der Eindämmung der steigenden Kosten, sondern in der Schaffung geeigneter Betreuungs- und Unterstützungsangebote für die älteren Menschen. Diese leiden oft unter chronischen Krankheiten und haben Probleme sich im stark fragmentierten Gesundheitssystem zurechtzufinden. Auch hier liegt ein wichtiger Grund zur Überwindung der einzelnen Versorgungssektoren als mögliche Antwort auf den demografischen Wandel. Gerade zwischen den Versorgungssektoren liegen noch zahlreiche Effektivitäts- und Effizienzpotenziale. Hier existieren also noch zahlreiche Verbesserungsmöglichkeiten, bevor überhaupt über die Aufkündigung des Generationenvertrages mit Blick auf das Gesundheitswesen diskutiert werden müsste. Dazu gehört auch die Schaffung geeigneter Pflegeangebote, deren Finanzierung durch das Ausbleiben der erwarteten Steigerungsraten der Anhänger der Medikalisierungs- und Status-Quo-Hypothese finanziert werden

könnte. Bei den Kosten der Pflege besteht relative Uneinigkeit in den Prognosen (Reiners 2009, S. 62). Die Abnahme der Qualität der sozialen Netze und einen damit einhergehenden Rückgang der Familien- und Nachbarschaftshilfe wird den Bedarf neuer Versorgungskonzepte verstärken. Natürlich müssen auch Anreize zur Verstärkung von bürgerschaftlichem Engagement geschaffen werden. Nur so können die veränderten Anforderungen steigender Mobilität in den Familien abgefangen werden und auch ein Beitrag zum Familienerhalt geleistet werden, wenn Angehörige nicht über ihre Kapazitäten hinaus Pflege für die Familie erbringen müssen.

Der Abschnitt hat die gravierenden Veränderungen gezeigt, denen das Gesundheitssystem in den nächsten Jahren ausgesetzt sein wird. Die vormals stabilen Rahmenbedingungen entwickeln sich zunehmend dynamisch. Gezeigt wurde auch die große Diskrepanz zwischen der momentanen Ist-Situation und den eigentlich einzuleitenden bzw. umzusetzenden neuen Anforderungen an das Management von Gesundheitseinrichtungen („Nine Forces“ von Shortell, vgl. Abb. 2.5). Eine grundsätzliche Frage wird sein, nach welcher Ordnungsform das Gesundheitswesen in Zukunft organisiert werden soll und ob ein grundlegendes Fundament unseres Gesundheitswesens, das Solidaritätsprinzip, beibehalten werden kann (Wendt 2009, S. 45). Wie in Abb. 2.6 gezeigt, bedarf es eines geeigneten Rahmens mit Blick auf die Finanzierungsmodalitäten oder auch auf mögliche Wettbewerbsbedingungen, in denen sich die Akteure im Gesundheitssystem bewegen können. Die Anreizsysteme der Vergangenheit haben zu den oben beschriebenen Schwierigkeiten bei der Steuerung des Systems geführt. Wie gezeigt ist das Kernproblem, dass die eigentlichen Nutzer Schwierigkeiten haben sich im System zu orientieren und sich nicht sicher sein können, die für sie adäquate Leistung, am geeigneten Ort mit entsprechender Qualität zur Verfügung gestellt zu bekommen. Im Folgenden ist zu untersuchen, ob und unter welchen Bedingungen der Markt einen geeigneten Ordnungsrahmen für die Lösung der Probleme im Gesundheitssystem bereitstellen kann und wie eine Steuerung durch Marktelemente auf der Meso- und Mikroebene aussehen kann.

2.5 Markt und Wettbewerb als Lösung der Probleme im Gesundheitssystem?

In einem ersten Schritt werden die besonderen Bedingungen des Marktes im Gesundheitswesen mit ihren jeweiligen Auswirkungen auf das Gesundheitssystem geprüft. Bei der Diskussion um eine Lösung der oben beschriebenen Probleme, in Kombination mit den neuen Herausforderungen an das System, findet sich häufig die Forderung nach der Einführung eines freien Marktes im Gesundheitswesen als wesentliches Ordnungsprinzip. Dabei orientiert man sich oft an den Maßstäben der freien Marktwirtschaft der westlichen Länder Europas, wobei die bisherige starke Regulierung zurückgenommen und das System den Marktkräften überlassen werden soll, damit sich die positiven Eigenschaften des Wettbewerbs auch dort entfalten können (Arnold 2007, S. 7; Maarse/Normand 2009, S. 103; Cassel 2003, S. 3). Im Gesundheitswesen geht es – wie in anderen Bereichen der Wirtschaft

auch – um die Produktion, die Konsumption und den Austausch von Gütern. Dabei entsteht die Frage, wie der Austausch von Gesundheitsgütern in einer Gesellschaft generell zu organisieren ist. Zu klären ist, wie die Patienten an die benötigten Leistungen kommen und wie diese honoriert werden. Die naheliegende Antwort ist, wie in anderen Wirtschaftsbereichen auch, Markt und Wettbewerb für diese Aufgabe vorzusehen, wenn der Markt allen anderen Ordnungsformen überlegen ist. In den meisten Ländern findet sich bisher aber keine reine Orientierung an Marktprinzipen, sodass man die berechtigte Frage stellen muss, warum dies nicht geschieht. Ein Ansatzpunkt könnte sein, dass es im Gesundheitssystem Besonderheiten gibt, die es möglicherweise erschweren, Markt und Wettbewerb als Steuerungsprinzip einzusetzen. Allerdings könnte es auch an der Zeit sein, die alte staatsinterventionistische Steuerung des Gesundheitssystems zu beenden – wie mittlerweile viele Ökonomen und Gesundheitspolitiker fordern (Hajen/Paetow/Schumacher 2006, S. 47, Oberender/Zerth 2008a, S. 12; Händeler 2008, S. 29; Cassel 2003, S. 18). Ökonomen gehen heute überwiegend von der generellen Überlegenheit der Marktsteuerung gegenüber jeder Form staatlicher Lenkung aus, da von ihr unter Wahrung der individuellen Handlungsfreiheit ein Effizienzoptimum erreicht wird. Durch die Wirtschafts- und Finanzkrise scheint der Glauben an eine uneingeschränkte Orientierung am Markt nun jedoch stark Schaden genommen zu haben.

Das Referenzmodell, anhand dessen die Überlegenheit des Marktes üblicherweise gezeigt wird und an dem bestehende oder geplante Allokations- und Verteilungssysteme im Gesundheitssektor gemessen und beurteilt werden können, ist die vollkommende Konkurrenz oder der vollkommene Markt als Idealform (Hajen/Paetow/Schumacher 2006, S. 50). Dort ist der Nachfrager der alleinige Souverän, der über die Allokation der Ressourcen entscheidet und zwischen unterschiedlichen Anbietern selektiert, um seine individuellen Präferenzen umzusetzen. Er verfügt über alle notwendigen Informationen und Möglichkeiten für den Informationserwerb. Zudem fallen keine Transaktionskosten an. Unter den homogenen Gütern wählt er das Angebot mit dem geringsten Preis aus. Also werden alle Produzenten zu diesem Preis oder einem geringeren anbieten, wenn sie nicht aus dem Markt verdrängt werden wollen. Ihr Angebot wird mit steigenden Preisen zunehmen, da sie als Ziel Gewinnmaximierung verfolgen (Hajen/Paetow/Schumacher 2006, S. 51; Sommer 1999, S. 94).

Wenn die Bedingungen des vollkommenden Marktes erfüllt sind, würde durch den Wettbewerb ein Preis realisiert, bei dem der Markt vollständig geräumt wäre, d. h., die Angebotsmenge stimmt mit der Nachfragemenge überein („invisible hand von Smith“). Aber Märkte werden nicht nur wegen ihrer allokativen Leistungsfähigkeit gewünscht, sondern auch wegen ihrer Selektionsfunktion. Im Marktprozess wird entschieden, wer in den Genuss eines Gutes kommt und wer nicht, wer einen Kunden beliefern kann und wer nicht – und dies oft auf sehr ungleiche Weise. Oft werden sozial schwächere Menschen ausgegrenzt. Der Markt rationiert, was auch durchaus seine Funktion ist: Wer für eine AIDS-Behandlung nicht zahlen kann oder will, wird sie nicht bekommen, jedenfalls nicht über den Markt. Der Markt differenziert also, er verteilt ggf. Lebenschancen ungleich und neigt generell dazu, Ungleichheit zu verstärken (Cassel 2003, S. 6; Hajen/Paetow/Schumacher 2006,

S. 54). Daher liegt der Schluss nahe, dass es gerade die Stärkeren, die Einflussreicheren und Reicheren sind, die sich vehement dafür einsetzen, Marktprozesse in allen Lebensbereichen, also auch z. B. im Gesundheitswesen einzurichten. Folgt man der Annahme von der Überlegenheit der marktgesteuerten Allokation, so müsste man staatliche Eingriffe im Gesundheitswesen zwangsläufig auf das Unabwendbare begrenzen. Staatliche Regulierungen müssten sich auf solche Fälle beschränken, in denen der Markt oder der Wettbewerb nicht funktionieren kann, mithin Marktversagen vorliegt und insofern kollektiver Handlungsbedarf entsteht. Marktversagen liegt dann vor, wenn eine der oben angeführten Voraussetzungen für den vollkommenen Markt nicht erfüllt ist. Es gibt auch zahllose Kataloge möglicher Marktfehler, welche im Gesundheitssystem eine große Bedeutung haben (Hajen/Paetow/Schumacher 2006, S. 57; Ahrens 2002, S. 10; Cassel 2003, S. 4; Neudeck 2002, S. 7).

Das Gesundheitswesen weist zahlreiche Marktfehler auf, die oft Wechselwirkungen implizieren, da sie in unterschiedlichen Kombinationen auftreten können. Einige Marktfehler sind typisch für Gesundheitsgüter, egal wer sie anbietet und von wem sie finanziert werden. Impfungen und Behandlung von Infektionskrankheiten schützen im Allgemeinen auch diejenigen Personen vor einer Infektion, die selbst nicht an einer Impfung oder an einer Behandlung teilgenommen haben. Diese Vorteile werden bei der individuellen Entscheidung über die Inanspruchnahme einer solchen Gesundheitsleistung nicht berücksichtigt. Andere Marktfehler treten meist bei Versicherungsmärkten auf, insbesondere bei Pflichtversicherungen und anderen Formen gesellschaftlicher (sozialer) Finanzierung von Gesundheitsleistungen. So weiß der Versicherte beispielsweise nicht sicher, ob seine Versicherung noch zahlungsfähig sein wird, wenn er sie in der Zukunft in Anspruch nehmen will. Schließlich gibt es Marktfehler, die spezifisch für einzelne Märkte im Gesundheitswesen sind. Die Marktmacht der Pharmaindustrie etwa hängt mit den Gegebenheiten auf diesem Markt zusammen und steht unabhängig von der Tatsache, dass Arzneimittel der Gesundheit dienen und normalerweise über eine Versicherung bezahlt werden (Hajen/Paetow/Schumacher 2006, S. 59; Neudeck 2002, S. 12).

Einen weiteren Marktfehler stellt die asymmetrische Information vor allem dann dar, wenn ihr Ausmaß und ihre Bedeutung hoch sind und es keine Maßnahmen gibt, mit denen sie hinreichend ausgeglichen werden kann. Staatliche Regulierung kann möglicherweise Informationsdefizite durch Förderung der Markttransparenz oder durch das Vorschreiben bestimmter Anforderungen an Qualität, Menge und Art der Marktleistungen ausgleichen. Die Informationsgrundlage dafür kann der Staat mit geringeren Transaktionskosten als die Summe der Nachfrager beschaffen (Hajen/Paetow/Schumacher 2006, S. 62). Die meisten Vertragsbeziehungen im Gesundheitswesen, darunter auch das Arzt-Patient-Verhältnis, lassen sich gut als Principal-Agent-Beziehungen mit erheblichen Informationsasymmetrien beschreiben. Die Informations- und Transaktionskosten sind hoch. Selbst wenn der Patient alle Informationen über seinen Gesundheitszustand und einschlägige medizinische Therapien hätte, gäbe es kognitive Grenzen, zu konsistenten Entscheidungen zu kommen (Wegwarth/Gigerenzer 2009, S. 125). Andererseits verfügt der Arzt, wenn er die professionellen Standards erfüllt, über einen systematischen Informationsvorsprung. Vielfach gehören die ärztlichen Leistungen zu den „credence goods“,

also zu den Gütern, deren Qualität und Nutzen für den Patienten auch durch Erfahrung nicht sicher bzw. erst sehr spät zu ermitteln sind. Dies gilt vor allem, wenn (Hajen/Paetow/Schumacher 2006, S. 64)

- es sich um Krankheiten handelt, die aus der Sicht der Patienten einmalig, erstmalig oder nur gelegentlich auftreten, da der Patient dann keine Möglichkeit hat, eigene Erfahrungen zu sammeln;
- sich die medizinischen Zusammenhänge selbst dem informierten Laien nicht ohne Weiteres erschließen;
- Therapien auf individuelle Verhältnisse bei Patienten abgestimmt werden müssen, sodass Erfahrungen anderer nur begrenzt genutzt werden können;
- Leistungen von Leistungsanbietern erbracht werden, zu denen sich (noch) keine langjährige Vertrauensbeziehung aufbauen konnte oder bei denen wegen bestehender Vertrauensverhältnisse und des Intimitätscharakters von Gesundheitsleistungen eine Suche nach Alternativen (Arztwechsel) erschwert ist;
- sich der Erfolg der ärztlichen Leistungen erst nach langer Zeit zeigt, sodass es keine Möglichkeit gibt, Angebote a priori zu vergleichen und es schwierig ist, späte Erfolge und Misserfolge einer Behandlung eindeutig kausal zuzurechnen;
- Nebenwirkungen nicht unmittelbar spürbar sind;
- neue oder wechselnde Therapiekonzepte verwendet werden.

Im Normalfall wird nicht der Patient dem Arzt alle Informationen über sich geben und ihm sagen, was er tun soll, sondern umgekehrt wird der Arzt den Patienten nach allen Informationen fragen, die er braucht, um über Diagnose und Therapie zu entscheiden. Der Patient ist regelmäßig nicht der Entscheider, sondern im Gegenteil, er bekommt gesagt, was er tun muss, um seine Krankheit zu bekämpfen (Hammel 2009, S. 632; Hajen/Paetow/Schumacher 2006, S. 65). Tendenzen gehen sicherlich in Richtung der gezielten Informationsbereitstellung für die Patienten. Leistungen und Prozesse sollen transparent gemacht werden. So stellt der britische National Health Service seit Mitte 2009 spezielle für die Bürger verständlich aufbereitete Informationen kostenlos im Internet, aber auch in Schriftform zur Verfügung. Die Informationen sind qualitätsgesichert und beruhen auf dem neuesten medizinischen Wissen. Grundsätzlich kann ein Zusammenhang angenommen werden zwischen einer guten Information von Patienten und dem Behandlungsergebnis. Gerade bei chronisch kranken Menschen ist dies weitgehend unstrittig (Lauterbach 2009, S. 115; Hammel 2009, S. 632).

Auch bei Gesundheitsgütern ist adverse Selektion grundsätzlich denkbar. Möglicherweise sind Patienten kaum bereit, hohe Arzthonorare und teure Medikamente zu bezahlen, wenn sie deren Qualität nicht sicher kennen und einschätzen können. Anzeichen dafür gibt es, aber gleichzeitig spielen zahlreiche gegenwirkende Faktoren eine Rolle, sodass adverse Selektion für Gesundheitsgüter im Allgemeinen nicht nachweisbar ist. Zu diesen Faktoren gehören ein generelles Vertrauen auf ein hohes Qualitätsniveau bei den medizinischen Leistungserbringern und die Gleichsetzung von hohen Kosten mit hoher Qualität bzw. hohem Nutzen

(Hajen/Paetow/Schumacher 2006, S. 73). Ebenfalls als Folge asymmetrischer Informationsverteilung und vorwiegend als ein Problem der Versicherungsmärkte wird der sogenannte „Moral Hazard“ diskutiert, was mit „Moralischem Risiko“ nur unbefriedigend zu übersetzen ist. Der Grundtenor dieses Ansatzes ist, dass Versicherte Leistungen konsumieren, die sie eigentlich gar nicht benötigen. Dieser in der gesundheitspolitischen Diskussion oft verwendet Begriff muss stark kritisch gesehen werden, da es bisher nahezu keine Belege dafür gibt, dass es tatsächlich zu einem über den gerechtfertigten Bedarf hinausgehenden Konsum kommt (Reiners 2009, S. 95).

Grundsätzlich zu hinterfragen ist nun, inwieweit die positiven Elemente des Marktes für das Gesundheitswesen genutzt werden können, d. h. auf welche Parameter der Wettbewerb ausgerichtet sein müsste. Momentan kann man feststellen, dass sich die Diskussion über mehr Markt und Wettbewerb zwischen zwei Polen bewegt, nämlich der strengen staatlichen Regulierung und der Schaffung eines freien Marktes im Gesundheitswesen. Kreative Ansätze zwischen den Polen finden sich bisher wenig, auch solche nicht, die konkret auf die Bedingungen des Gesundheitswesens eingehen. Wie oben gezeigt, ist die staatliche Regulierung des Gesundheitswesens schwieriger als in anderen Branchen. Die Leistungen der Anbieter in den unterschiedlichen Versorgungssektoren lassen sich nur schlecht einordnen und kategorisieren, da sie in den meisten Fällen zu heterogen und daher quasi nicht vergleichbar sind. Hinzu kommt noch, dass die Leistungen oft den Kriterien einer exakten Wissenschaft nicht entsprechen (Cassel 2003, S. 9).

Die vergangenen staatlichen Regulierungsversuche haben sich in der Vergangenheit als äußerst mühsam erwiesen – oft mit Blick auf zeitlich und administrativ schwer zu überprüfende Einzelfälle. Oft fehlen klare Parameter zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit, mit denen Preise bestimmt oder ermittelt werden könnten, inwieweit die Leistung bedarfsgerecht ist oder nicht. Den Leistungserbringern ist es in der Vergangenheit oft gelungen, aufwändig erarbeitete Regeln in recht schneller Zeit wieder zu umgehen oder durch andere Leistungen Verluste in gewissen Bereichen wieder zu kompensieren. Die Einschränkungen der Patienten als Konsumenten wurden oben beschrieben. Grundsätzlich stellt sich daher die Frage, ob ein wettbewerblich geprägter Reformansatz überhaupt für das Gesundheitswesen geeignet ist. Für solch einen Ansatz müssten gewisse Voraussetzungen erfüllt sein, z. B. müssten die Bürger in die Lage versetzt werden Ärzte und Krankenhäuser, die eine qualitativ gute Medizin weniger behandlungsintensiv und damit kostengünstiger erbringen als andere Anbieter, überhaupt identifizieren zu können (Hammel 2009, S. 633). Bei Umsetzung dieser Option könnten dann auch Krankenkassen in einer bestimmten Region nur noch mit besonders qualifizierten Krankenhäusern und Ärzten Verträge schließen (Busse 2009, S. 609; Cassel/Wilke 2001, S. 346). Diese mögliche Auswahl von medizinischen Anbietern würde einen Wettbewerbsdruck erzeugen und es ermöglichen, Kostenersparnisse an die Versicherten weiterzugeben (Fischer 2009, S. 635). Als negative Entwicklungen von Wettbewerb und Markt im Gesundheitswesen konnte man beobachten, dass, insbesondere im amerikanischen Gesundheitswesen, auf den falschen Ebenen und bezüglich der falschen Sachverhalte Wettbewerb stattfindet. Leicht stößt man

dabei auch an ethische Grenzen (Vilmar 2009, S. 621). Wettbewerbsvorteile für einen Beteiligten mussten zwangsläufig zu Nachteilen für die anderen führen. Kosten wurden auf andere Personen, aber auch auf andere Versorgungsbereiche verlagert, Einkaufsmacht angesammelt und Leistungen eingeschränkt. Der Nutzen für die Patienten war eher gering. Stattdessen wurden neben anderen Effekten die Qualität verringert, Ineffizienzen geschaffen, Überkapazitäten produziert und die Verwaltungskosten unnötig in die Höhe getrieben (Porter/Olmsted Teisberg 2004, S. 65; Olmsted Teisberg/Porter/Brown 1994, S. 131). Kernproblem hier ist ebenfalls die Ziellosigkeit der politischen Entscheidungsträger bei der Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen auf der Makro-Ebene (Maarse/Normand 2009, S. 103). Die Leistungserbringer müssten in einem solchen System für effektives und effizientes Verhalten belohnt werden, also im Allgemeinen für die Erreichung vorgegebener Ziele. Daher stellt sich grundsätzlich die Frage, wie solch ein System aussehen könnte und wie Markt und Wettbewerb die Ziele des Systems unterstützen könnten.

2.6 Wettbewerb mit Blick auf die Qualität der Leistungen: ein neuer Steuerungsansatz

Im Fokus eines Wettbewerbs mit Blick auf die Patienten muss ein Wettbewerb bezogen auf den Nutzen (value) für den Patienten stehen. Der Blick darf dabei nicht an Grenzen der einzelnen Versorgungssektoren enden, sondern muss die gesamte Wertschöpfungskette der Krankenbehandlung umfassen. Dabei geht es um die Prozesse in der Leistungserstellung. Auch wenn ein solcher Wettbewerb derzeit nicht im vordergründigen Interesse der Beteiligten liegt, müssen Anreize geschaffen werden, die das System in diese Richtung steuern. Es geht dabei nicht um einfache Korrekturen, sondern um durchgreifende Änderungen im System, mit weitgehenden Auswirkungen auf die Mechanismen von Allokation und Setzung von Zielen durch geeignete Anreizsysteme. Als eine Konsequenz müssen die bestehenden Strukturen zur Disposition gestellt werden (Huber/Langbein 2004, S. 173). Die „minimalinvasiven Eingriffe“ durch die Gesundheitsreformen der letzten Jahre haben nahezu keine Wirkung gezeigt. Leistungserbringer müssen bezogen auf ihre Outcomes und orientiert an der Wertschöpfungskette vergleichbar werden. Für das Gesundheitswesen würde das eine Abschaffung der Versorgungssektoren mit deren isolierten Budgets bedeuten. Einen gehaltvollen Vorschlag zur Neuausrichtung der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen unterbreiten Porter und Teisberg (Olmsted Teisberg 2008, S. 20; Porter/Olmsted Teisberg 2006, S. 3; Olmsted Teisberg/Porter/Brown 1994, S. 131). Sie argumentieren, dass Wettbewerb auf den Nutzen für die Patienten und die Ergebnisse ausgerichtet werden müsse.

Ein ergebnisorientierter Wettbewerb sei das einzig vorstellbare Gegenmittel gegen die Ineffizienz und die in Deutschland und Österreich, im Unterschied zu den USA, noch nicht einmal bekannt gewordenen Qualitätsprobleme des Gesundheitswesens. Das Messen von Ergebnissen sei, mehr als jede andere gesundheitspolitische Strategie, der beste Weg, zum Nutzen aller Systembeteiligten eine suboptimale

Krankenversorgung zu vermeiden (Spear 2005, S. 70; Gaucher/Coffey 2000, S. 25). Dabei geht es um Wettbewerb um die besten Ergebnisse in der Patientenversorgung sowie in der Arbeit der Organisation selbst. Gute Ergebnisse können nur in gut gelenkten Organisationen erzielt werden. Dafür nötig ist allerdings eine konsequente und kontinuierliche Messung der relevanten Ergebnisse der Behandlung. Für Deutschland und Österreich stellt dieser Ansatz einen kompletten Paradigmenwechsel dar, da bisher auf Ergebnismessung wenig bis gar kein Wert gelegt wird (Huber/Langbein 2004, S. 77, Offermanns 2008, S. 144). Die eingeführten Fallpauschalen haben zwar eine Tendenz zur Standardisierung von Leistungen ausgelöst, jedoch primär unter Kosten- und nicht unter Qualitätsaspekten (vgl. Kap. 4). Nach wie vor werden die Prozesse nicht prospektiv mit Blick auf die Ergebnisse der Krankenbehandlung geplant und ständig verbessert, sondern das Augenmerk auf die eindimensionale Senkung der Kosten gelegt. Die neue Perspektive der Ergebnis- und Nutzerorientierung bringt eine kontinuierliche Steigerung der Effizienz und Effektivität der Wertschöpfungskette hervor (Porter/Olmsted Teisberg 2004, S. 65).

Der alleinige Nachweis der Konformität mit Leitlinien und Evidence Based Medicine reicht dafür nicht aus. Die Umsetzung dieser beiden Steuerungsinstrumente in ergebnisbezogene Klinische Pfade kann die Qualität steigern und gleichzeitig die Kosten senken. Optimalerweise kommt es so zu einer Rationalisierung. Rationierung könnte, bezogen auf das Gesamtsystem aber auch für die einzelne Organisation, vermieden werden, unterstützt durch eine Priorisierung durch Ziele in der Gesundheitsversorgung, die einen normativen und strategischen Rahmen bilden können. Zur Realisierung des Ansatzes bedarf es in den Krankenhäusern einer vernetzten, die ganze Behandlungskette umfassende Sicht eines Krankheitsbildes, von der Kontrolle und Prävention über die Diagnose, Behandlung und Rehabilitation bis hin zum Monitoring bei chronisch kranken Menschen. Ohne die Fokussierung auf den ganzen Behandlungszyklus besteht der Anreiz, Kosten zwischen den einzelnen Behandlungssektoren zu verlagern, um damit einen möglichst guten, aber künstlich erhöhten Nutzen für bestimmte Behandlungsabschnitte ausweisen zu können (Porter/Olmsted Teisberg 2006, S. 397).

Je stärker Reformen auf einseitige Kostensenkung fokussieren und nicht auch die Leistungsprozesse selbst einbeziehen, desto stärker blähen sich die Kosten auf, dies ist einer der Widersprüche der Gesundheitsversorgung. Das Paradox erklärt sich daher, dass ein schlechter Gesundheitszustand zwangsläufig teurer ist als ein guter Gesundheitszustand. Führen Maßnahmen zur Senkung der Kosten zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands von Patienten, erhöhen sich in der Folge die Gesamtkosten. Ein viel wirksamerer Ansatz besteht darin, mit einer Verbesserung der Behandlungsqualität die Kosten zu senken. Zur Umsetzung des nutzenorientierten Wettbewerbs dienen sechs Punkte als wesentliche Orientierung. Zu beachten ist, dass diese Punkte auch die Erreichung der Ziele des Gesamtsystems aus Abb. 2.6 unterstützen (Olmsted Teisberg 2008, S. 35):

Der erste Grundsatz unterstreicht, dass das Ziel der Patientenbehandlung der tatsächliche Nutzenzuwachs für den Patienten sein muss und nicht lediglich die Senkung der Kosten der Behandlung aus einer reiner ökonomischen Rationalität

heraus. Die Gesundheitsversorgung muss für den Patienten Nutzen schaffen. Dieser wird durch die Qualität der medizinischen Behandlung und ihrer Kosten berechnet (Wertschöpfung = Medical Oucome + Service Outcome / Cost Outcome). Die Kostenreduktion allein kann also offensichtlich nicht das Ziel sein. Trotzdem dreht sich die Gesundheitsdiskussion fast ausschließlich um die Kostenfrage. Steht diese Frage aber im Mittelpunkt, so werden die Ausgaben häufig nur zwischen den Betroffenen und den Leistungserbringern verlagert. Durch falsche Anreize werden die Nachteile einer fragmentierten und mangelhaft organisierten Gesundheitsversorgung und einer fehlenden Fokussierung auf die Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität multipliziert (Olmsted Teisberg 2008, S. 36). Die „5 Million Lives Campaign“ etwa nennt zwölf Prozessänderungen, mit denen Fehlerquoten gesenkt und Behandlungs- bzw. Prozedurenprotokolle neuen medizinischen Erkenntnissen (evidence based) angepasst werden können (Institute for Healthcare Improvement 2010). Dabei wird auf das Problem der hohen Fehlerquoten im amerikanischen Gesundheitssystem aufgesetzt. Diese Änderungsvorschläge erfordern weder modernste Technik noch große finanzielle Investitionen, unterstützen aber zum Beispiel die Senkung von Fehlmedikationen oder Infektionen. Nötig sind Schulung, Aufmerksamkeit und Motivation. Die umgesetzten Veränderungen verbessern nicht nur die Sicherheit, sondern senken infolge einer Reduktion der medizinischen Fehler und Komplikationen auch die Gesundheitskosten (Porter/Olmsted Teisberg 2007, S. 1110; Porter/Olmsted Teisberg 2006, S. 98). Wie im Verlauf des Kapitels gezeigt, ist die Ausgangslage für Österreich und Deutschland ähnlich. Zumindest existieren keine aussagekräftigen Daten, welche Befunde wie für die USA widerlegen könnten (Hoffmann/Rohe 2010, S. 92).

Das zweite in die Gesundheitsversorgung aufzunehmende Paradigma ist, dass sich der Wettbewerb am medizinischen Ergebnis orientieren muss (Porter/Olmsted Teisberg 2006, S. 101). Der Weg zu einem gesteigerten Patientennutzen geht nur über einen Wettbewerb um die besten Behandlungsresultate. Dafür müssen aber die relevanten Behandlungsergebnisse erst einmal konsequent gemessen werden. Bisher haben die Behandlungsteams kein oder nur recht wenig Feedback auf ihr Tun, obwohl dies dringend angezeigt wäre (Weaver/Rosen/DiazGranados/Lazzara/Lyons/Salas/Knych/McKeever/Adler/Barker/King 2010, S. 133). Aus dem Selbstverständnis der ärztlichen Profession heraus gehen die Ärzte davon aus, dass die Qualität per se gut sein muss, wenn sie tätig werden. Belege brauche man dafür nicht (Offermanns 2008, S. 146; Hildebrand 2001, S. 26). Werden die Ergebnisse aber gemessen, eröffnen sich nicht nur für Ärzte Innovationschancen, sondern auch für Lieferanten, Krankenversicherer und Patienten. Ergebnismessungen müssen verschiedene Dimensionen umfassen. Eine Beschränkung auf Mortalität oder Behandlungsfehler reicht nicht aus. Vielmehr sind auch Parameter wie die Verbesserung der Funktionsfähigkeit, die Zeit bis zur Wiederaufnahme der Arbeit, später auftretende Komplikationen oder die Schmerzintensität zu berücksichtigen (Offermanns 2008, S. 147). Die Behandlungsergebnisse müssen allerdings risikobereinigt werden, um Fehlanreize zu verhindern (BQS 2008, S. 190). Ein Beispiel dafür wäre, wenn chronisch kranke Menschen nicht mehr operiert würden, weil die Operateure Angst um ihre Outcome-Daten haben. Die Schwere des jeweiligen Falles muss

also mitberücksichtigt werden. Ein Eingriff bei einer jungen Person muss anders gewichtet werden als die gleiche Operation bei einer multimorbiden alten Person. Im Zentrum der Frage muss jeweils stehen, was für den Patienten und das Gesamtsystem die beste Lösung ist. Als Konsequenz daraus müssen über den gesamten Behandlungsverlauf Ergebnismessungen vorgenommen werden (Olmsted Teisberg 2008, S. 38; Porter/Olmsted Teisberg 2006, S. 130; Porter/Olmsted Teisberg 2006, S. 347). Abgeleitet aus Punkt zwei kann der dritte Grundsatz nur sein, den Behandlungserfolg über den gesamten Behandlungszyklus im Wettbewerb stehen zu lassen. Dabei reicht es nicht aus, eine Konformität der Prozesse mit externen Vorgaben sicher zu stellen. Zielführend kann nur sein, die Prozesse auf die geplanten Behandlungsergebnisse auszurichten. Die Ergebnisse müssen sich auf den Gesamtnutzen für den Patienten beziehen und nicht auf ein spezifisches Krankheitsbild (Porter/Olmsted Teisberg 2007, S. 1106). Für die Ärzte bedeutet das eine große Umstellung. Fragt man Ärzte nach ihrem Betätigungsfeld, so beziehen sich die meisten auf ihr spezielles Sachgebiet und nicht auf die Krankheiten und Beschwerden ihrer Patienten. Die Perspektive muss also, aus der durchaus berechtigten Sicht eines Spezialisten, auf das universelle Krankheitsbild der Patienten erweitert werden. Im Blickfeld muss also immer der Behandlungsablauf aus Patientensicht stehen, was zwangsläufig einen Wechsel der Perspektiven bedeutet (Olmsted Teisberg 2008, S. 38).

Daran schließt sich der vierte Punkt an. Die konsequente Steigerung der Qualität führt zu sinkenden Kosten. Im Gegensatz zu anderen Wirtschaftszweigen führt eine Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsversorgung aus mehreren Gründen zu niedrigeren Kosten. Einige dieser Gründe liegen auf der Hand. Weniger Fehler und weniger Mehrfachbehandlungen verursachen weniger Kosten. Eine schnellere Genesung ist günstiger als eine lange Rekonvaleszenz. Ebenso ist eine geringere Anzahl von invasiven Behandlungen positiv für eine schnelle Genesung. Ebenso anzustreben ist eine kürzere Langzeitpflege und weniger Behinderungen nach Behandlung, Therapie und Pflege senken Kosten. Die konsequente Förderung von Prävention ist effektiv und effizient im Gegensatz zu unnützer Therapie. Für die Gesundheit von chronisch Kranken förderlich ist das Disease Management, im Gegensatz zu einer unkoordinierten und wenig wirksamen Behandlung. (Porter/Olmsted Teisberg 2006, S. 107; Olmsted Teisberg 2008, S. 48). Der fünfte Grundsatz beschreibt einen wesentlichen Punkt, nämlich die Orientierung an Erfahrung, Patientenzahlen und Lerneffekten auf Diagnoseebene. Eine höhere Anzahl an Operationen erhöht die Wahrscheinlichkeit eines guten Behandlungserfolges. Dabei können auch innerhalb eines Krankenhauses die Ergebnisse stark variieren, bezogen auf die einzelnen Fachrichtungen. Die Auswertung der Ergebnisse führt dann zu Fortschritten beim Outcome, wenn die Ärzte bereit sind, daraus zu lernen und die Prozesse auf die gewünschten Ergebnisse auszurichten (Lauterbach 2009, S. 21; Porter/Olmsted Teisberg 2007, S. 1106).

Abschließend kann festgehalten werden, dass ein Wettbewerb auf lokaler Ebene nicht ausreichend ist, da ein Krankenhaus vor Ort häufig als Monopolist agiert. Gerade bei hoher Spezialisierung ist dies oft der Fall. Ausnahmen findet man nur

in bevölkerungsreichen Ballungsgebieten, wo mehrere große Krankenhäuser ähnliche Leistungsspektren anbieten. Oft sind die Strukturen auch historisch bedingt und auf einzelne Felder verteilt, sodass per se nicht unbedingt Anreize gesetzt sind, die eigenen Leistungen zu hinterfragen mit Blick auf Konkurrenz durch Wettbewerber. Der sechste Grundsatz ist daher, sich regional, national und international mit anderen Wettbewerbern zu vergleichen. Eine lokale Orientierung macht im Kontext eines nutzenorientierten Ergebniswettbewerbs Sinn, wenn nach dem höchstmöglichen Nutzen für die ansässige Bevölkerung gestrebt wird. Aussagekräftig sind Ergebnisvergleiche erst auf regionaler, nationaler oder sogar internationaler Ebene. Ärzte und ihre Teams müssen ihre risikobereinigten Ergebnisse mit den weltweit besten Leistungserbringern vergleichen können und nicht nur mit den benachbarten Kollegen. Das Wissen in der Medizin sowie der technologische Fortschritt haben eine geringe Halbwertszeit. Medizinisches Wissen und Best Practices können daher in der heutigen Zeit, da sonst eine hohe Variabilität bei der Ergebnis-Qualität droht, keine lokale Angelegenheit sein. Besonders wenn in einer Region nur ein Krankenhaus Leistungen anbietet, treibt erst der Vergleich mit weiter entfernten Leistungserbringern die Optimierung von Behandlungen und Prozessen voran, gespiegelt an der evidenzbasierten Medizin (Porter/Olmsted Teisberg 2006, S. 117; Olmsted Teisberg 2008, S. 53; Olmsted Teisberg/Porter/Brown 1994, S. 141).

Die sich nun anschließende Frage ist, welche Steuerungsinstrumente für den von Porter und Olmsted Teisberg postulierten nutzenorientierten Wettbewerb eingesetzt werden können, d. h., wie kann Einfluss auf Meso- und Mikro-Ebene genommen werden? Um die Diskussion entsprechend zu strukturieren, bietet sich eine Orientierung an den eingeführten unterschiedlichen Managementebenen an. Bisher war es stets schwierig, einen Überblick über die wichtigsten Steuerungsansätze innerhalb einzelner Gesundheitssysteme zu erlangen. Schon die Frage der Gliederungskriterien für die Steuerungsansätze lässt sich kaum widerspruchsfrei lösen. In den nächsten Kapiteln werden Steuerungsinstrumente auf den verschiedenen Systemebenen präsentiert, welche die vorgestellten Ansätze in der Umsetzung unterstützen (Makro-, Meso- und Mikroebene) (Ulrich 2001, S. 51; Offermanns 2007b, S. 151) (vgl. Abb. 2.6).

2.7 Zusammenfassung und Überleitung

Die Ausführungen haben gezeigt, dass es schwer ist, eine klare Abgrenzung zwischen den Bereichen rationale Allokation, Rationierung und Rationalisierung zu erreichen. Rationale Allokation wird aber für alle Gesellschaftsbereiche, insbesondere für das Gesundheitswesen, immer bedeutsamer. Die drei Begriffe münden in den Begriff der Priorisierung von Leistungen, der in den nächsten Jahren sicher die politische Diskussion bestimmen wird, da die beteiligten Akteure im System implizite Formen von Rationierung nicht mehr hinnehmen werden. Die Frage nach Rationalisierung und rationaler Allokation wirft natürlich Fragen nach einer Priorisierung von Mitteln und nach dem Nutzen einzelner Leistungen auf (vgl. Abb. 2.3). Damit ist klar geworden, dass ökonomische Prinzipien, soviel Gewicht sie auch

immer haben bzw. finden werden, nicht allein zur Anwendung kommen dürfen, schon gar nicht auf der Meso-Ebene, d. h. auf der Ebene der einzelnen Gesundheitsorganisation. Für sich allein genommen ist die ökonomische Rationalität nicht in der Lage, die Finanzierungs- und Strukturprobleme im Gesundheitswesen zu lösen. Vielmehr müssen die ökonomischen Prinzipien in ein weites, politisches und soziales Konzept zur Beurteilung, Bewertung und Bestimmung der Inhalte und Zielrichtungen des Gesundheitswesens eingebettet sein. Bisher können sowohl im deutschen als auch im österreichischen Gesundheitssystem lediglich erste Ansätze von Rationierung beobachtet werden, im Gegensatz u. a. zu England, Irland und Italien, wo sich Rationierung bereits in langen Wartelisten manifestiert (Hurst/Siciliani 2003; Siciliani/Hurst 2003). Falls die Strukturen in Deutschland und Österreich nicht kritisch hinterfragt und den neuen Anforderungen und Bedürfnissen der Nutzer entsprechend angepasst werden, wird sich eine implizite und anschließend explizite Rationierung von Leistungen nicht mehr abwenden lassen (vgl. Abb. 2.5). Bisher ist das System der Krankenversicherung als Solidargemeinschaft der Versicherten und Patienten angelegt, es wird aber durch Veränderungen in der Gesellschaft und in der Umwelt zunehmend mehr zu einer Risikogemeinschaft. Zukünftig wird ein Diskurs auf gesellschaftlicher Ebene zwischen Politikern, Wissenschaftlern, aber auch vor allem mit den Bürgerinnen und Bürgern unausweichlich sein, wie viel Ethik (oder Gesundheit) sich unsere Gesellschaft noch leisten will – oder ob sich die Monetik, wie in anderen Gesellschaftsbereichen, immer stärker durchsetzen wird. Dies wäre der Schritt zur totalen „Geldgesellschaft“ (Kellermann 2007, S. 115). Finanzielle Mittel würden dann über Lebenserwartung und über die Qualität des Lebens schlechthin maßgeblich entscheiden, eine Chancengleichheit in der Gesellschaft wäre quasi nicht mehr gegeben. Zudem kann die Gesundheit aller Bevölkerungsschichten nur dann nachhaltig gesteigert werden, wenn auch in anderen gesellschaftlichen Teilsystemen stärker als bisher investiert wird, zu nennen ist insbesondere das Bildungssystem zur Verringerung der sozialen Ungleichheiten. Die bisher fast ausschließlich somatische Fixierung muss von einer ganzheitlichen Sichtweise auf das Thema Gesundheit abgelöst werden (Huber/Langbein 2004, S. 49; Lown 2004, S. 23; Le Fanu 1995, S. 6).

Entscheidend ist, dass Priorisierung ein wichtiger Bestandteil des Systems und seiner Ebenen sein muss und Diskussionen über eine Zielausrichtung fördert. Grundsätzlich ist die Frage zu beantworten, welcher Weg dorthin einzuschlagen ist und welche Steuerungsinstrumente dafür geeignet sind. Rationalisierung ist sicher immer der Rationierung vorzuziehen. Diese findet auf der Ebene der Organisation statt, sucht nach Wirtschaftlichkeitspotenzialen und schränkt die eigentliche Leistung nicht ein, sondern verbessert ihre Wertschöpfung. Kriterien zur Rationierung können, wenn überhaupt, nur auf der Makro-Ebene vorgegeben werden. Die Gefahr der Verknappung der Ressourcen könnte in der Tat dazu führen, dass Rationierung in der direkten Health Professional-Patienten-Beziehung vorgenommen werden müsste (Mikro-Ebene). Die Priorisierung kann daher einen gesellschaftlichen proaktiven Diskurs auslösen, gerade mit Blick auf Effektivität und Effizienz des Gesamtsystems mit seinen angrenzenden Politikbereichen. Da natürlich auch

andere Perspektiven wichtig sind, bietet sich eine Zieleentwicklung für das Gesundheitssystem an, welche sich genau dieser Fragestellungen annimmt. Durch die Ziele können Steuerungsimpulse von der Makro-Ebene auf die nachgeordneten Ebenen gesendet werden. Zusätzlich können auch die im ersten Teil dieses Kapitels beschriebenen Schwierigkeiten im System geeignet adressiert werden. Diese wurden ja oben explizit beschrieben. Dies bedeutet, dass man die Perspektive über die Grenzen des Gesundheitssystems in andere Politikbereiche ausdehnen muss, um tatsächliche Verbesserungen im System zu bewirken. Im folgenden Kapitel wird auf eine entsprechende Zielentwicklung eingegangen, welche die Probleme im gesamten Gesundheitssystem entsprechend adressiert. Dabei werden bewusst neue und innovative Ansätze integriert. Zu nennen sind beispielsweise die Ansätze Gesundheit in allen Politikbereichen (Health in all Policies), Gesundheitsförderung und Prävention sowie Determinantenorientierung (Social determinants of health), welche in den aktuellen wissenschaftlichen Diskussionen einen großen Stellenwert haben, jedoch in Österreich und Deutschland noch keinen Eingang in den Diskurs gefunden haben. Die Politik bemerkt jetzt jedoch mehr und mehr, dass mit einer lediglich auf den Gesundheitsbereich ausgerichteten Politik die Gesundheit der Menschen nicht positiv zu beeinflussen ist. Konstatiert werden können eine fehlende Zielausrichtung aus einer gesamtpolitischen und gesundheitspolitischen Perspektive sowie eine eindimensionale Fokussierung auf den akut-medizinisch orientierten Bereich des Gesundheitswesens.

Im nun folgenden dritten Kapitel wird ein Angebot zur Lösung der mangelnden Zielorientierung auf der Makro-Ebene unterbreitet. Wie dargelegt, herrschen im Gesundheitswesen eine weitgehende Ziellosigkeit und keine klare Ausrichtung auf den Nutzen für die Patienten als Nutzer des Systems vor. Partikularinteressen überwiegen und manifestieren den Status quo. Die bisherigen Steuerungsansätze auf der Makro-Ebene sind bisher weitgehend ohne Erfolg geblieben. Im nächsten Kapitel wird daher ein innovativer und neuer Ansatz zur Reform der Steuerung auf der Makro-Ebene vorgestellt. In experimenteller Form wird, basierend auf den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, die Entwicklung von Gesundheitszielen im österreichischen Bundesland Kärnten demonstriert. Das Projekt wurde von der dortigen Landesregierung als Forschungsprojekt finanziert. Das fünfte Kapitel fokussiert dann auf Lösungsmöglichkeiten für Krankenhaus und Patienten (Meso- und Mikro-Ebene), nachdem im vierten Kapitel Grundkonzepte zum Krankenhausmanagement eingeführt wurden, was den Kreis der nötigen Veränderungen schließt und das Steuerungskonzept abrundet.

http://www.springer.com/978-3-642-18431-4

Prozess- und Ressourcensteuerung im Gesundheitssystem
Neue Instrumente zur Steigerung von Effektivität und Effizienz in der Versorgung
Offermanns, G.
2011, IX, 286 S. 37 Abb., Hardcover
ISBN: 978-3-642-18431-4