

# Vorwort

Es kommt nicht darauf an, die Zukunft vorherzusagen, sondern auf sie vorbereitet zu sein.

PERIKLES

Es gibt keinen guten Wind für jene, die nicht wissen, wohin sie segeln wollen.

SENECA

Wie weit reichend die zu diskutierenden Fragen sind, war auch den Herausgebern zu Beginn der Arbeiten nicht klar. Erst die Auseinandersetzung mit diesem Thema aus der Sicht unterschiedlicher Professionen machte das Ausmaß deutlich. Die Zusammenstellung der Beiträge war begleitet von einer Vielzahl von Erkenntnisprozessen über die Komplexität der Fragestellungen.

Wir danken den Autoren für ihre unkonventionelle und aufschlussreiche Zusammenarbeit. Das Ergebnis sind interessante und zugleich nachdenklich stimmende Meinungen und Anregungen zu den derzeitigen organisatorischen Entwicklungen in den Krankenkassen. Mit allen Autoren gemeinsam konnte das Ziel verwirklicht werden, das organisatorische Geschehen im Gesundheitswesen und in den Kassen mit Abstand und aus vielen verschiedenen Blickrichtungen zu betrachten.

Das alles wäre nicht möglich gewesen, wenn uns die Autoren nicht in unserer Meinung zur Notwendigkeit dieses Buches unterstützt und mit ihren Ideen neue Facetten des Themas eröffnet hätten. Das vorliegende Ergebnis ist ein deutlicher Beweis für die Verbundenheit der Autoren mit dem deutschen Gesundheitswesen und ihr überaus großes Interesse daran, dass dieses System auch in Zukunft solidarisch und sozial im Interesse der Menschen funktionieren kann. Die Suche nach wirtschaftlichen und zugleich qualitätsverbessernden Lösungen liegt allen am Herzen.

Wir möchten an dieser Stelle auch unseren Ehepartnern und Kindern danken, die uns über eine lange Zeit unterstützt haben, diese Buchidee neben unserem beruflichen Alltag zu verwirklichen.

Thomas Rath und Andrea Alexander

## Geleitwort

Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen stellt für die Versorgungssysteme aller Länder eine große Herausforderung dar. Demografischer Wandel und medizinisch-technischer Fortschritt entfalten eine eigene Dynamik der Kostensteigerung, auch wenn diese in den öffentlichen Debatten meist überschätzt wird. Überall wird aber auch diskutiert, ob der gesundheitliche Nutzen für die Bevölkerung den Kosten der Versorgung entspricht, und die meisten Kommentatoren sind sich einig, dass mangelnde Effizienz der Versorgungsleistungen erheblich zu Kostensteigerungen beiträgt. Dabei spielt kaum eine Rolle, ob das Versorgungssystem staatlich nach dem Beveridge-Modell oder korporativ nach dem Bismarck-Modell organisiert ist. Auch das stark an Marktprinzipien ausgerichtete Gesundheitssystem der USA hat bis heute nicht vermocht, die Effizienz der Versorgung zu steigern und die Kostenentwicklung anhaltend zu kontrollieren.

Die Antwort auf diese Problematik sind in allen Ländern mehr oder weniger umfangreiche Reformbemühungen. Neben Änderungen an den Strukturen der Versorgung werden große Bemühungen darauf verwandt, die Entscheidungen und das Agieren der Leistungserbringer besser als bisher auf Effizienz zu überprüfen und an kostenbewusster Qualität auszurichten. Vorschläge zu neuen Entgeltsystemen mit spezifischer Wirkung auf bessere Effizienz gehören hier ebenso dazu wie die Propagierung von Leitlinien und der Prinzipien der Evidenz-basierten Medizin.

Die bisherigen Erfahrungen mit Reformbemühungen in Deutschland haben gezeigt, dass die notwendigen und möglichen Maßnahmen nicht in der wünschenswerten Konsequenz und dem notwendigen Tempo umgesetzt wurden. Das wirft die Frage nach der Verantwortlichkeit der wesentlichen Akteure auf.

Das deutsche Gesundheitssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung ist im ambulanten Sektor durch die Besonderheit der Delegation staatlicher Steuerungsfunktionen auf die gemeinsame Selbstverwaltung der Vereinigungen der Vertragsärzte und Krankenkassen geprägt, die als Körperschaften des öffentlichen Rechts agieren. Ihnen hat der Gesetzgeber seit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) schrittweise zunehmend größere Handlungsspielräume eröffnet. Auch den übrigen Leistungserbringern hat der Gesetzgeber eine starke Rolle im Rahmen der Selbstverwaltung zugewiesen.

Auch wenn mit gutem Grund an den gesetzlich geregelten Rahmenbedingungen für das Versorgungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung nach wie vor Kritik geübt werden kann, so ist doch unübersehbar, dass die Partner der Selbstverwaltung ihren nicht eben geringen Teil zu den viel beklagten Mängeln der Gesundheitsversorgung beitragen. Eine gegenseitige Blockade führt immer häufiger dazu, dass wichtige Entscheidungen für das Gesundheitssystem trotz gesetzlichen Auftrags immer weiter hin-

ausgezögert werden oder nicht auf dem Verhandlungswege ausreifen, sondern den Schiedsstellen und Sozialgerichten zugeschoben werden. Der Vorsitzende des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz, hat kürzlich in einem Interview mit der Süddeutschen Zeitung das übergroße Vertrauen der Politik in die Problemlösungskraft der Selbstverwaltung kritisiert und darauf hingewiesen, dass man ein Buch mit Gesetzen füllen könne, die von den Verbänden nicht umgesetzt wurden.

Interessenkollisionen zwischen den verschiedenen Kassenverbänden, einzelnen Krankenkassen und den Partnern der Selbstverwaltung selbst sowie eine in eingefahrenen Gleisen verharrende Mentalität und Denkweise führen dazu, dass neu eröffnete Handlungsmöglichkeiten nicht oder nur unzureichend genutzt werden. Die nahezu ausschließliche Fokussierung der gesundheitspolitischen Reformdiskussion auf die Ebene der großen Politik ist deshalb unzureichend und irreführend.

Betrachtet man die aktuelle Diskussion, dann konzentriert sich ein großer Teil der kritischen Debatte über die Problemlösungsfähigkeit der Selbstverwaltung auf die Seite der Vertragsärzte. Von einflussreichen Politikern der rot-grünen Regierungskoalition wird inzwischen aus tiefer Frustration sogar die Auflösung der Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts ins Gespräch gebracht. Auch der frühere Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer sieht in seinem heutigen Reformkonzept für die Kassenärztlichen Vereinigungen nur noch eine eingeschränkte Rolle vor.

Im Vergleich dazu geht die öffentliche Debatte mit den Gesetzlichen Krankenkassen pfleglich um. Zwar werden vermeintliche „Skandale“ von Leistungsverweigerungen gegenüber Versicherten oder aber ihre unzulässige Gewährung sowie bürokratische Kapriolen und hohe Verwaltungskosten häufig in den Medien thematisiert, aber eine kritische Kommentierung ihrer Verantwortlichkeit für die Organisation und die Abläufe der Gesundheitsversorgung ist eher selten. Im Gegenteil, in der öffentlichen Meinung wird eine aktive Einflussnahme der Krankenkassen auf Organisation und Prozesse der Versorgung zum Teil skeptisch beurteilt und vielfach wird den Krankenkassen ein mangelndes Interesse für die Belange der Patienten und eine einseitige Orientierung auf Finanzfragen unterstellt.

In dieser Gemengelage überrascht es deshalb nicht, dass viele Kommentatoren von der Selbstverwaltung insgesamt nur noch wenig erwarten und stattdessen den Markt und den Wettbewerb als Ausweg propagieren, wobei dem Patienten bzw. dem Versicherten eine weit größere Rolle und Verantwortung zukommen soll als bisher gewohnt. Solche Vorschläge sehen beharrlich darüber hinweg, dass bisherige Erfahrungen mit solchen Reformmaßnahmen in anderen Ländern weder für die Qualität der Versorgung noch für die Kostenentwicklung die Erwartungen erfüllt haben.

Trotz aller Mängel des deutschen Gesundheitssystems hat das Zusammenspiel von staatlicher Rahmensetzung und Steuerung durch die Selbstverwaltungspartner entscheidende Vorteile gegenüber zentralistisch verwalteten Systemen. Vor allem können Systementscheidungen problemnäher und konsequenter mit den Einstellungen und professionellen Normen der Leistungserbringer in Einklang gebracht werden. Wo dies nicht hinreichend gelingt - dies zeigen die Erfahrungen in allen Gesundheitssystem der Welt -, scheitern politische Reformen an der Verweigerung ärztlicher Profession. Auch ist so eher gewährleistet, dass finanzielle Begehrlichkeiten der Politik zu Lasten des Gesundheitssystems dessen Funktionsfähigkeit nicht ständig bedrohen.

Zu denken geben sollte auch die Entwicklung in Großbritannien und in Schweden, wo in den letzten Jahren ehemals zentralistische Strukturen ersetzt wurden durch regionale Entscheidungsebenen. Zunehmend stärker wird dort zudem über korporative Formen der Steuerung diskutiert, da die bisherigen Konzepte als gescheitert angesehen werden.

Es gibt demnach viele gute Gründe, die Selbstverwaltung zu bewahren. Ohne eine Neuorientierung ihrer Akteure allerdings wird das auf Dauer nicht zu erreichen sein. Den Krankenkassen kommt dabei eine zentrale Verantwortung zu. Die von ihnen in den vergangenen Jahren öffentlich gern vorgetragene Parole ihrer Wandlung vom „Payer“ zum „Player“ muss mit glaubwürdigen strukturellen und inhaltlichen Konzepten konkretisiert und überzeugend umgesetzt werden. Das wird nur gelingen, wenn das heute noch übliche „Schwarze-Peter-Spiel“ der Selbstverwaltungspartner ersetzt wird durch eine gemeinsame Verantwortung für Qualität und Kosten der Versorgung.

Dieser kultureller Wandel wird den Krankenkassen leichter fallen, wenn sie sich stärker als bisher auf ihre ureigenste Aufgabe, der Sicherstellung einer guten Versorgung ihrer Versicherten mit solidarisch erbrachten Mitteln, konzentrieren. Die zukünftigen Anforderungen können von den Krankenkassen nur dann gemeistert werden, wenn sie neue Kompetenzen aufbauen, ohne dabei die bisherigen Stärken zu vernachlässigen. Dabei müssen auch im Inneren dieser Organisationen Widerstände zu überwinden.

Die Ärzte-Zeitung zitiert in einem Bericht vom 16. Mai 2001 den Geschäftsführer Politik beim AOK-Bundesverband, Franz Knieps, mit der Aussage: „Auch bei uns gibt es starke Bremser. Die wird die Entwicklung beiseite schieben.“ Ohne eine offene kasseninterne Diskussion und entsprechende Kritik wird dies wohl noch einige Zeit eher ein frommer Wunsch denn eine realitätsfeste Prognose bleiben. Die Beiträge in diesem Buch sind ein Beitrag für die notwendige Debatte zur Sicherung der Selbstverwaltung.

Dr. med. Hermann Schulte-Sasse