

1 Patientenorientierung – leicht gefordert, schwer umgesetzt

Susanne Ozegowski und Volker E. Amelung

! Patientenorientierung ist kein Selbstläufer: **Notwendig ist ein politischer Kraftakt, um die sektoralen Versorgungsstrukturen aufzubrechen und mehr wettbewerbliche Differenzierung zwischen den Marktteilnehmern zuzulassen.**

Der Ruf nach mehr Patientenorientierung im Gesundheitswesen ist populär – dessen Umsetzung jedoch ungleich schwerer. Der mangelnde Wettbewerbsdruck auf die Akteure sowie die Silostruktur des Gesundheitswesens sind entscheidende Hindernisse, die es abzubauen gilt. Darüber hinaus bedarf es jedoch einer Debatte darüber, inwieweit individuelle Patientenpräferenzen mit einer auf die Deckung des „objektiven“ Bedarfs ausgerichteten GKV vereinbar sind.

1.1 Einleitung

Warum ein Buch zum Thema Patientenorientierung? Sollten nicht ohnehin in einem zumindest partiell wettbewerbsorientierten Gesundheitssystem alle Akteure die Orientierung am Patienten als oberste Priorität haben? Sollte dies nicht zwingend sein, um im „Markt“ bestehen zu können?

Ein Blick in andere Wirtschaftszweige zeigt, dass Unternehmen, die sich nicht am Kunden und seinen Bedürfnissen orientieren, schnell in einen Existenzkampf geraten: Ob RIM, das mit seinem Blackberry innerhalb weniger Jahre vom Weltmarktführer für Smartphones in die Bedeutungslosigkeit verschwand, oder das Traditionsunternehmen Leica, das die Entwicklung zur Digitalfotografie verpasste und fast insolvent ging. Umgekehrt schafft es ein Konzern wie Apple mit seinen Produkten nicht nur Märkte zu dominieren, sondern neue Märkte zu schaffen. Seine Kunden sind nicht bloße Käufer des Produkts, sondern leidenschaftliche Anhänger und Botschaf-

ter der Marke. Dienstleistungsunternehmen, wie Amazon und Zalando, setzen dagegen neue Standards in der Personalisierung ihres Angebots und der Servicequalität – und verdrängen damit zunehmend die alteingesessenen Unternehmen des stationären Handels.

Im Gesundheitssystem sehen wir kaum etwas von dieser Marktdynamik: Insolvenzen bei Arztpraxen, Krankenkassen oder Krankenhäusern gibt es bisher nur sehr vereinzelt – und sie bewirken keine grundsätzlichen Veränderungen der Kräfteverhältnisse im Markt.

Warum unterscheidet sich das Gesundheitswesen also so fundamental von anderen Märkten? Das Gesundheitssystem wird nach wie vor von kollektivistisch orientierten Institutionen dominiert, wie Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), dem GKV-Spitzenverband oder dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Diese agieren auf der Meso-Ebene zwischen dem Gesetzgeber (Makro-Ebene) und den individuell handelnden Personen (Mikro-Ebene), vertreten ihre eigenen Interessen und stellen damit eine Instanz dar, die in anderen Märkten so nicht existiert.

Zudem sind Unternehmen in einem wettbewerblichen Markt gezwungen, sich voneinander zu differenzieren – anhand von Faktoren, die für den Kunden relevant sind und ihm damit eine Entscheidung zwischen den Marktteilnehmern ermöglichen. Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht dagegen kaum Spielraum für Krankenkassen, Ärzte und andere Leistungserbringer, sich anhand kundenrelevanter Differenzierungsmerkmale, insbesondere dem Preis oder dem Produkt bzw. der Dienstleistung, sichtbar zu unterscheiden. Sowohl die Preise als auch das Leistungsangebot sind größtenteils festgelegt. So sind es letztlich nur einzelne Serviceelemente, die bei der Unterscheidung helfen. Eine echte Orientierung der eigenen Leistungen an den Bedürfnissen der Versicherten und Patienten – als Pendant zur Kundenorientierung – würde dagegen weit mehr umfassen.

1.2 Patientenorientierung – Begriffsbestimmung und Implikationen

Patientenorientierung heißt, den Patienten in den Mittelpunkt der Versorgung zu stellen. Die Weltgesundheitsorganisation geht noch darüber hinaus und fordert eine „personenorientierte“ Versorgung. Diese soll nicht nur „den gesundheitlichen Bedarf und die Erwartungen der Patienten“, sondern auch ihrer Gemeinschaft und der Gesellschaft insgesamt in den Mittelpunkt stellen (WHO Regional Office for Europe 2013: 4f.). Personen- bzw. patientenorientierte Versorgung erfordert demzufolge nicht nur die Verbesserung einzelner Serviceelemente, sondern eine grundsätzliche Veränderung der Versorgungsstrukturen und -prozesse.

Derzeit ist das deutsche Gesundheitssystem in Silos und Sub-Silos organisiert: Ambulanter Sektor, stationärer Sektor, Reha, Pflege – für jeden dieser Bereiche gelten andere Bestimmungen hinsichtlich Vergütung, Zulassung, Kapazitätsplanung, Leistungsspektrum und Regulierungsebene. Gleichzeitig haben sich diese Trennlinien zwischen den Silos fest in den Köpfen der Akteure eingepreßt. In der Folge entstehen erhebliche Brüche und Schnittstellen bei der Koordination und Kooperation zwischen den Leistungserbringern der unterschiedlichen Sektoren. Der Versorgungspfad des Patienten liegt dagegen quer zu den Silos des Gesundheitssystems: Für den Patienten ist es irrelevant, durch welchen Sektor die Leistung erbracht wird, wer der Kostenträger ist und wie die Vergütungsmodalitäten sind. Aus seiner Sicht stehen seine ge-

sundheitlichen Bedürfnisse und der Wunsch nach einer bestmöglichen Versorgung im Mittelpunkt. Für ihn ist es essenziell, dass alle beteiligten Leistungserbringer in Abstimmung miteinander agieren, dass keine Doppeluntersuchungen erfolgen und dass Diagnostik und Therapie aus einer Hand erbracht werden.

Dem einzelnen Leistungserbringer fehlt jedoch meist die Transparenz darüber, welche Diagnostik und Therapie bereits durch seine Kollegen erfolgt ist. Zudem gibt es in der Regel keinen Leistungserbringer, der die Verantwortung dafür hat, den Patienten durch die verschiedenen Silos zu navigieren. Dies bleibt vielfach in der Eigenverantwortung des Patienten, was insbesondere bei älteren, multimorbiden Menschen eine Überforderung darstellen kann. Echte Patientenorientierung wird sich somit erst realisieren lassen, wenn es gelingt, diese Silostruktur des Gesundheitssystems aufzubrechen.

1.3 Abbau der Silostrukturen des Gesundheitssystems: Reformbaustellen zur Stärkung der Patientenorientierung

Die Silostrukturen des Gesundheitssystems sind historisch gewachsen und durch diverse Regelungen und Institutionalisierungen fest verankert. Um diese aufzubrechen und ein System zu gestalten, das den Patienten tatsächlich in den Mittelpunkt stellt, gilt es, Veränderungen an vier zentralen Stellschrauben vorzunehmen:

1) Budgetverteilung und Vergütungsmechanismen

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung werden durch strikt nach Sektoren getrennte Budgets bestimmt. Dabei gelten unterschiedliche Mechanismen für die Festlegung der Höhe der Budgets; zudem unterscheiden sich die Verhandlungspartner, der Grad an Wettbewerb und die Budgetflexibilität. Große Unterschiede bestehen darüber hinaus bei den Mechanismen, über die die Leistungserbringer vergütet werden, und hinsichtlich derjenigen, die über die Vergütungsmechanismen und -höhe entscheiden.

Diese Ausgangssituation führt dazu, dass die Anreize zur Kooperation zwischen den Sektoren sehr gering sind. Vergütet werden Leistungen jedes einzelnen Sektors, nicht aber die Koordinationsleistung zwischen Sektoren oder das letztliche Gesundheits-Outcome. Patientenorientierung erfordert daher, dass Budgets nicht mehr sektoral determiniert werden, sondern patienten-bezogen. Ziel sollte sein, dass derjenige am besten verdient, der gleiche oder bessere Gesundheits-Outcomes mit dem geringsten Mitteleinsatz erreicht.

2) Kapazitätsplanung

Auch bei der Planung der Kapazitäten gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den Sektoren: So besteht Niederlassungsfreiheit für Zahnärzte, Apotheken, Sanitätshäuser und viele nichtärztliche Leistungserbringer. Die vertragsärztliche Versorgung unterliegt dagegen der Bedarfsplanung, der stationäre Sektor der Krankenhausplanung der Bundesländer. Eine gesamthafte Versorgungsplanung erfolgt bisher nicht. Die Folge ist, dass beispielsweise Pflegeheime in Regionen gebaut werden, in denen zwar die Immobilienkosten niedrig sind, in denen aber bereits zuvor eine Unterversorgung mit Vertragsärzten drohte. Verschiedene Lösungsansätze sind dafür denkbar: Eine Möglichkeit besteht in einer stärkeren Harmonisierung oder zumindest Koor-

dinierung der Versorgungsplanung. Eine andere Möglichkeit wäre ein stärker wettbewerblich ausgerichtetes Modell, in dem der Leistungserbringer nicht nach Mengen, sondern anhand langfristiger Gesundheits-Outcomes honoriert wird, und dadurch einen unmittelbaren Anreiz zur Vermeidung von Unter- und Überkapazitäten hat.

3) Qualitätsmessung und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Die sektorenübergreifende Qualitätssicherung steht zwar seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 im SGB V. An ihrer Umsetzung wird jedoch seit Jahren im Gemeinsamen Bundesausschuss gefeilt. Daher fokussiert sich die bisherige Qualitätsmessung vorwiegend auf den stationären Sektor und endet meist mit dem Moment, in dem der Patient das Krankenhaus verlässt. Die Konsequenz ist: Es fehlt an Transparenz darüber, ob die Versorgungsleistung langfristig erfolgreich und zum Nutzen des Patienten war. Zudem bewirkt dieses System Fehlanreize: Zum einen ist es attraktiv, Patienten, die zum Beispiel aufgrund von Komorbiditäten ein höheres Risiko gegenüber Patienten mit gleicher Hauptdiagnose haben, möglichst schnell an einen anderen Leistungserbringer weiterzuvermitteln. Zum anderen hat der Leistungserbringer vorwiegend einen Anreiz, die jeweilige Leistung in möglichst hoher (kurzfristiger) Qualität zu erbringen. Nicht hinterfragt wird jedoch, ob dies überhaupt die richtige Leistung in Bezug auf den Bedarf und die Lebensumstände des Patienten war. Demzufolge benötigen wir (auch) eine Qualitätssicherung, die nicht an den Sektorengrenzen endet, sondern langfristige, patientenrelevante Qualitätsparameter zugrunde legt. Die Zielsetzung wird durch den G-BA geteilt; die Umsetzung verzögert sich jedoch noch erheblich (G-BA 2013).

4) Institutionen/politische Interessenvertretung

Die Silostrukturen werden derzeit auch dadurch konserviert, dass jeder Sektor durch eine eigene Körperschaft vertreten wird (teilweise mit öffentlich-rechtlichem Status) und diese im Rahmen von Verhandlungen und der Normsetzung für die Interessen des jeweiligen Sektors kämpft. Die Verhandlungsbereitschaft und Kompromissfähigkeit dieser Institutionen ist auch dadurch eingeschränkt, dass deren Führungskräfte die Unterstützung der Mitglieder meist nicht durch Kooperation und Interessenausgleich mit anderen Organisationen gewinnen, sondern durch Errungenschaften zum Vorteil der eigenen Institution.

Eine einfache Lösung für diesen Konflikt gibt es nicht: Die korporatistische Organisation des deutschen Gesundheitssystems hat eine lange Tradition und lässt sich nicht beliebig anderweitig ersetzen. Ein Lösungsansatz wäre daher, die bestehenden Instrumente, wie Vergütung, Zulassung etc., so auszurichten, dass die derzeitigen Akteure einen eigenen Anreiz haben, die Patientenorientierung der Versorgungsstrukturen zu fördern. Eine weitere Handlungsoption läge darin, die sektoralen Interessenvertretungen um eine stärkere politische Patientenvertretung zu ergänzen. Patientenvertreter sind derzeit zwar im G-BA vertreten, jedoch ohne Stimmrecht. Zudem leiden die bestehenden Organisationen unter der geringen Ausstattung mit finanziellen und personellen Ressourcen, mangelnder Legitimation und immer wieder schwelenden Interessenkonflikten aufgrund der finanziellen Verbindung zu Industrieunternehmen. Zu überdenken wäre daher, ob nicht eine stärkere öffentliche Förderung der Patientenvertretung notwendig wäre, um diese zu einer starken Stimme für die Interessen der Patienten zu machen.

1.4 Patienten- vs. Bedarfsorientierung: Konfliktpotenzial im Rahmen des Sozialgesetzbuchs

Die Silostrukturen des Gesundheitssystems sind somit ein entscheidendes Hemmnis für eine stärkere Patientenorientierung des Gesundheitssystems. Darüber hinaus besteht jedoch auch ein normatives Konfliktpotenzial in der derzeitigen Verfasstheit der gesetzlichen Krankenversicherung: Im Sozialgesetzbuch V (SGB V), der Grundlage der GKV, ist der Begriff der „Patientenorientierung“ kaum von Relevanz¹. Ein zentraler Maßstab für die Leistungspflichten der GKV ist vielmehr die Orientierung am „Bedarf“ des Patienten. So sind die Krankenkassen und Leistungserbringer laut SGB V zur einer „bedarfsgerechte[n] und gleichmäßige[n] [...] Versorgung der Versicherten“ verpflichtet; diese „muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ (§ 70 Abs. 1 SGB V). Mit der Unterscheidung zwischen der Bedarfsorientierung und den Patientenbedürfnissen hat sich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) in seinem wegweisenden Gutachten von 2000/2001 intensiv auseinandergesetzt. Der Bedarf, so der SVR, setze die „objektivierende Feststellung einer Krankheit bzw. Funktionseinschränkung (Behinderung) oder deren drohenden Eintritt voraus“ (SVR 2001). Er wird „professionell (fachlich) oder wissenschaftlich bestätigt“ und ist damit keineswegs zwingend deckungsgleich mit dem subjektiven Wunsch oder Bedürfnis des einzelnen Patienten nach Versorgung (SVR 2001).

Hier offenbart sich das Spannungsgefüge zwischen *bedarfsgerechter* Versorgung und einer Versorgung, die sich rein am *Patientenwunsch* orientiert: Verlangt ein Patient eine Leistung, die zwar in seiner subjektiven Wahrnehmung notwendig ist, aber ohne dass sich dies aus fachlicher ärztlicher Sicht begründen lässt, so können Krankenkassen und Leistungserbringer diese nicht auf Kosten der GKV erbringen.

Deutlich wird auch, dass zumindest dem Bedarfsbegriff des Sachverständigenrats ein eher paternalistisches Verständnis der Arzt-Patienten-Beziehung zugrunde liegt, nach der der Arzt die wissenschaftlich fundierte Diagnose stellt und über die Therapie entscheidet (Scheibler et al. 2003). Dem entgegen steht das Konzept des „Shared Decision Making“: Demnach gibt es nicht die einzig richtige, „objektive“ ärztliche Feststellung. Stattdessen wird die Therapieentscheidung im gemeinsamen Gespräch zwischen Leistungserbringer und Patient unter Berücksichtigung der individuellen Präferenzen und Bedürfnisse des Patienten gefällt. Auch hier zeigt sich die Möglichkeit einer Diskrepanz zwischen der Orientierung am „objektiven“ Bedarf und den subjektiven Patientenbedürfnissen.

1.5 Ausblick

Der Ruf nach mehr Patientenorientierung ist alles andere als ein Novum. Kaum eine gesundheitspolitische Rede kommt ohne dieses Bekenntnis aus. Die derzeitige Bundesregierung hat sich in den Koalitionsvertrag geschrieben: „Wir werden [...] den Patienten in den Mittelpunkt stellen“ (Koalitionsvertrag: 25) und betont: „Im Zent-

1 Der Begriff der Patientenorientierung findet sich im SGB V nur an 2 Stellen wieder: im Zusammenhang mit den Patientenberatungsstellen (§ 65b SGB V) und der Einrichtung eines Beschwerdemanagements in Krankenhäusern (§ 135a SGB V).

rum unserer Gesundheitspolitik stehen die Patientinnen und Patienten“ (Koalitionsvertrag: 53). Die Herausforderung besteht jedoch in der Übersetzung dieses Anspruchs in die Praxis: Reformbemühungen der vergangenen 20 Jahre haben bereits einen wesentlichen Beitrag dazu geleistet, die Silostrukturen des Gesundheitswesens aufzubrechen. Die Integrierte Versorgung, Hausarztverträge, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung, die Disease Management Programme und viele weitere Ansätze sind darauf ausgerichtet, tradierte Strukturen zu durchbrechen, die Koordination und Kooperation zwischen den Sektoren zu fördern und Versorgungsstrukturen stärker anhand des Patientenpfades zu organisieren. Eine beeindruckende Dokumentation solcher Ansätze findet sich auch in den Beiträgen dieses Buches.

Auf einer normativen Ebene stellt sich die Frage nach der Vereinbarkeit der „Patientenorientierung“ mit dem Bedarfsansatz der GKV. Wie stark können und sollten Patientenpräferenzen in einer Krankenversicherung berücksichtigt werden, die solidarisch finanziert ist und deren finanzielle Ressourcen begrenzt sind? Wie weit gehen die Rechte des einzelnen Patienten? Aber auch: Welche Mitwirkungspflichten hat der einzelne Patient beim Erhalt seiner Gesundheit? Auch diese Fragen werden in verschiedenen Diskussionsbeiträgen dieses Buchs aufgegriffen.

Unbeantwortet bleibt die Frage, mit welchen Instrumenten die Gesundheitspolitik eine stärkere Patientenorientierung erreichen will. Setzt man eher auf eine Stärkung des Wettbewerbs und ein „Empowerment“ der Patienten, um die Patientenorientierung über Marktkräfte zu erreichen? Oder wird es gelingen, mittels Veränderungen der derzeitigen Gesetzeslage die Strukturen so zu verändern, dass die Patientenorientierung des Kollektivvertrags gestärkt wird? Offen ist auch, inwiefern die Politik das Heft des Handelns in dieser Frage in der Hand behalten kann oder ob es hochinnovativen Marktanbietern mit digitalen Produkten und Apps gelingen wird, die tradierten Strukturen zu durchbrechen und dadurch Veränderungen zu erzwingen.

Das Thema Patientenorientierung ist nicht innovativ. Jedoch sind innovative Antworten gefragt denn je, um Patientenorientierung in unserem Gesundheitssystem konsequent umzusetzen.

Literatur

- G-BA (2013) Eckpunkte zu einem gemeinsamen Verständnis und Handlungsempfehlungen zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, 04.09.2013. Online unter: <https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3536/Eckpunkte-Handlungsempfehlungen-sQS.pdf> (abgerufen am 21.10.2014)
- Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD (2013) Deutschlands Zukunft gestalten. Online unter: <https://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf> (abgerufen am 21.10.2014)
- Scheibler F, Janssen C, Pfaff H (2003) Shared Decision Making: ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. *Soz.-Präventivmed* 48, 11–24
- SVR (2001) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten vom 31.08.2001; BT-Drs. 14/6871, 17
- WHO Regional Office for Europe (2013) Strengthening people-centered health systems in the WHO European Region: a roadmap; Kopenhagen. Online unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/231692/e96929-replacement-CIHS-Roadmap-171014b.pdf?ua=1 (abgerufen am 21.10.2014)