

» Globalbudget: Thema der Gesundheitsstrukturreform – Thema für Public Health

N. Schmacke¹, K. Lauterbach²

¹ AOK-Bundesverband, Bonn

² Institut für Gesundheitsökonomie, Universität Köln

Vorbemerkungen

1. Interessengebundenheit von Positionen zur Strukturreform im Gesundheitswesen ist ein allgegenwärtiges Thema, das auch innerhalb des Fachdiskurses nur schwer in den Hintergrund gedrängt werden kann. Es kann keine rein wissenschaftlich hergeleitete Position zu Grundfragen der Gesundheitsversorgung geben, so beklagenswert auch Defizite an wissenschaftlicher Unterfütterung politischer Positionen sein mögen. Politische Entscheidungen sind notwendigerweise immer eine Kombination von wissenschaftlich begründbaren Elementen und Werte-Entscheidungen.

2. Auch Public Health als gesundheitswissenschaftliche Disziplin verliert die Unschuld, sobald es um Positionierungen im politischen Umfeld geht. Selbst kritische Forschung z.B. im Kontext von Evidence Based Medicine läuft immer Gefahr, nicht nur der Wahrheit, sondern auch konkreten Zwecken zu dienen – selbst wenn es sich im vornehmsten Fall der Fälle um Phänomene handelt, die sich hinter dem Rücken von Akteuren abspielen. Dennoch ist sowohl für die Versorgungsforschung als auch für die Public Health Forschung zu verlangen, dass sie so weit wie möglich zu evidenzbasierten gesundheitspolitischen Empfehlungen führen, also „evidence-based-policy-making“ fördern.

3. Dies hat für alle Public-Health-Institutionen Auswirkungen, die den Beteiligten im Prinzip bewusst sind, die aber bezogen auf den Outcome der Bemühungen der Public-Health-Disziplinen möglicherweise auch ein Grund sind, warum „handfeste“ Resultate so schwer zu produzieren sind. Anders ausgedrückt: Interessengebundenheit sollte kein Tabuthema sein, wenn sich die Gesundheitswissenschaften um eine langfristige Positionierung im System der gesundheitspolitischen Diskussion um die Versorgung der Bevölkerung bemühen. Davon können gesundheitspolitische Entscheidungen in ihrer Qualität profitieren und es kann eine verstärkte Ausrichtung der Versorgung auf den Erhalt der Gesundheit auch durch Interventionen jenseits der Domäne der klassischen Versorgungsstrukturen ermöglicht werden.

Thesen zum allgemeinen Kontext von Gesundheitsbudgets und Public Health

1. Das von vielen Seiten attackierte Globalbudget im Politikansatz der rot-grünen Koalition ist weniger aufregend, als

dies der Öffentlichkeit vermittelt wurde. Die Summe der sektoralen Budgets der Phase der Reform der Vorgängerregierung stellt nichts grundlegend anderes dar. Zum Problem scheint vielen Beteiligten wohl eher zu geraten, dass nunmehr Ernst gemacht werden sollte mit dem Aufbrechen der starren Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Medizin. Dies scheint weit bedeutsamer zu sein als die ebenfalls vielfältig vorgebrachte Kritik am Fehlen praktikabler Handwerkszeuge zur Operationalisierung des gesetzten Globalbudgets oder dem Entstehen neuer Bürokratien zur Kontrolle der Budgeteinhaltung, ist aber gleichzeitig Voraussetzung für die Schaffung neuer Versorgungsstrukturen.

2. Public Health als Wissenschaftsdisziplin und als sich fachlich ausweisende Instanz von Politikberatung steht in der Pflicht, im internationalen Kontext die oft sehr emotionale Debatte um Globalbudgets auf ihren realen Gehalt abzuklopfen. Dabei sollte unstrittig sein, dass das Setzen von Budgets als Mittel der Gesundheitspolitik per se nicht außergewöhnlich oder anstößig ist, wenn diese Budgets nach medizinisch und volkswirtschaftlich sinnvollen und transparenten Kriterien gesetzt werden. Auch in der Wirtschaft werden in Betrieben einzelnen Betriebszielen Budgets zugewiesen, die der Aufgabe jedoch angemessen sein müssen. Public Health ist gefordert, die Ziele des Gesundheitssystems mitzubestimmen. Dabei sollten möglichst konkrete, quantitative Ziele mit den entsprechenden zu fordernden Ressourcen benannt werden.

3. Die Glaubwürdigkeit von Public Health lebt nachgerade davon, immer wieder darauf hinzuweisen, dass es einen *einfachen* Zusammenhang zwischen Investitionen in das kurative Gesundheitswesen und der Lebenserwartung wie der Lebensqualität von Bevölkerungen nicht gibt. Vergleichsweise größere Gewinne an Lebenserwartung wären nur zu gewinnen durch eine nachhaltige Förderung der Prävention in der Bevölkerung, denkt man vor allem an die Reduktion des Tabakkonsums durch geeignete Maßnahmen. Eine Absenkung der Quote der Raucher um 10% in der Bevölkerung hätte wahrscheinlich eine stärkere Auswirkung auf die durchschnittliche Entwicklung der Lebenserwartung in der Bevölkerung als die seit der letzten Verdopplung der Ausgaben im Gesundheitssystem gemachten Gewinne durch die Verbesserung der Versorgung. Dass Gesundheitspolitik sich de facto immer wieder auf Krankenversorgungspolitik verkürzt, noch konkreter: auf Verteilungskämpfe zwischen den Kombattanten der Leistungsanbieter, wird nach wie vor nicht offen gehandelt, genauso wenig wie der geringe Einfluss einzelner Maßnahmen mit vergleichsweise hohen Zusatzkosten, derweil etablierte Verfahren mit guter Kosten-Nutzen-Relation noch nicht flä-

chendeckend praktiziert werden. Erst jüngst sind die Krankenkassen als so genannte „Player“ auf der Agenda erschienen; sie ringen in der öffentlichen Wahrnehmung einstweilen darum, nicht als schlichter Kostenbremser, sondern als Anwalt von Qualität und Wirtschaftlichkeit gesehen zu werden. Auf Seiten der Krankenkassen werden nicht zuletzt die wettbewerblichen Auswirkungen eines jeden Reformanteils geprüft und mit in die Bewertung der Empfehlung einbezogen. Noch haben die Krankenkassen sich nicht als ein der Verbesserung der Lebenserwartung ihrer Versicherten verpflichteter Protagonist genereller und wirkungsvoller Public-Health-Interventionen im öffentlichen Bewusstsein positioniert.

4. Es gehört weiter zum Selbstverständnis populationsbezogener Gesundheitswissenschaften, die vereinfachte Darstellung eines objektiven Bedarfs an medizinischen Leistungen im Gesundheitswesen zu problematisieren und die Mehrdimensionalität der Ermittlung von Ressourcen für eine jeweilige Epoche der Medizin darzulegen. Ein wesentlicher Bestandteil dieses systemkritischen wie systemischen Ansatzes ist die Erläuterung der prinzipiellen Endlichkeit von Ressourcen wie der unvermeidlichen Rivalität zwischen unterschiedlichen gesellschaftlichen Sektoren um das virtuelle gesellschaftliche Gesamtbudget wie um den je zuzuordnenden Anteil an Gesundheitsförderung, Heilung und Rehabilitation. Der Bedarf richtet sich prinzipiell nach der von der Gesellschaft noch akzeptierten Kosten-Nutzen-Relation zusätzlicher Leistungen, die in das System neu eingeführt werden. Ist eine Gesellschaft bereit, neue Leistungen mit einem minimalen Zusatznutzen und außerordentlichen Zusatzkosten pro medizinisch profitierendem Patienten zu tragen, ergibt sich ein unbegrenzter Bedarf, der nur durch das maximale volkswirtschaftlich tragbare Gesamtbudget noch begrenzt wird.

5. Prinzipiell sind sicher problemadäquatere Lösungen vorstellbar, als ein Globalbudget für das Krankenversorgungssystem politisch zu definieren nach „Ist an Ausgaben plus erwartete Zuwächse aus den direkten und indirekten Lohnzuwächsen“. Sicher ist aber auch, dass die anbieterdefinierte Festlegung von Budgets dem Anliegen von Public Health als sich rational definierender Wissenschaftsdisziplin noch stärker widerspricht. Wenn denn der Wechsel von der resignativen zur gestaltenden Gesundheitspolitik gewünscht wird, so wird es ohne Setzen von Budgets mittels einer überschaubaren Zahl von gut definierbaren und politisch transportablen Parametern nicht gehen. Public Health ist heute ebenso wenig wie andere Instanzen der Gesellschaft in der Lage, eine durch und durch rational begründete und gesellschaftlich akzeptierte Lösung für den Finanzrahmen des Gesundheitswesens anzubieten, ohne dabei normative Prinzipien vorzugeben, die in der Bevölkerung nicht uneingeschränkt geteilt werden und einer politischen Rechtfertigung und Vertretung bedürfen.

6. Die Trends zu einer resignativen Gesundheitspolitik sind angesichts des Kräfteparallelogramms im Versorgungssystem übermächtig. Hierzu zählt auch die immer häufiger anzutreffende These, dass Rationalisierungsgewinne zwar theoretisch bestehen, aber nicht praktisch zu erzielen seien. Schließt Public Health sich dieser These an, so ist Forschung zu Über-, Unter- und Fehlversorgung künftig obsolet, da lart pour lart. Demgegenüber hätte Public Health für die Einsicht zu sorgen, dass die Verschwendung von gesellschaftlichen Ressourcen (primär Krankenkassenbeiträgen, sekundär hier auch Steuereinnahmen) im Sinne nachhaltiger Gesundheitspolitik wie im

Sinne eines auf Gleichheit und Solidarität abzielenden Gesellschaftsvertrages nicht verantwortbar ist, wenn es in vielen Bereichen noch Unterversorgung oder nicht erschlossene Potenziale der Versorgungsverbesserung gibt.

7. Public Health muss sich des Weiteren daran messen lassen, welche Beiträge zur These vom Wachstumsmarkt Gesundheit geleistet werden. Hierbei geht es nicht nur um die vordergründige wie tiefsinnige Frage der Finanzierbarkeit und des Finanzierungsmodus potenziell neuer gesundheitsdienstlicher Leistungen; es geht auch um die Frage der unerwünschten Wirkungen technisch-naturwissenschaftlicher wie personalkommunikativer Dienstleistungen unter der Leitidee von Gesundheit. Die Gesundheitswissenschaften haben die Aufgaben, auch aus diesem Grunde die systematische Begrenztheit des Marktmodells für die Steuerung des Gesundheitswesens in das öffentliche Bewusstsein zu transportieren.

8. Demgegenüber ist ein ernst zu nehmendes Problem, dass in einem auf strengen Rationalisierungs- und Effizienzgeboten fußenden Gesundheitswesen (von diesem sind wir in Deutschland allerdings einstweilen noch ein gutes Stück entfernt) die Frage der Finanzierung des medizinischen Schritts möglicherweise anders gelöst werden muss, als dies bis dato geschieht. Dies setzt allerdings auch die Entwicklung einer völlig neuen Kultur des Umgangs mit dem Fortschritts-Topos voraus und verweist vor allem auf die Defizite in der Infrastruktur des Health Technology Assessments. Eine proaktive Qualitätssicherung im Gesundheitswesen kann nicht auf Investitionen in derartige Infrastruktur verzichten; hier ist die bisherige Logik der Kostenzuweisung an Staat, Selbstverwaltung und forschende Industrie nicht hilfreich. Hierin spiegelt sich auch der ewig währende Streit um Markt oder Steuerung im Gesundheitswesen. Wenn Konsens ist (die internationalen Erfahrungen lassen eigentlich keinen anderen Schluss zu), dass ein Gesundheitswesen nur als streng regulierter Markt den Erfordernissen von Qualität und Wirtschaftlichkeit gerecht werden kann, dann wird Public Health Anstrengungen unternehmen müssen, der Politik bessere Instrumente an die Hand zu geben, als Politik diese der Not und der eigenen Wahlperiodenlogik gehorchend bis heute einsetzt.

Thesen zum potenziellen Beitrag von Public Health zur Fundierung der Debatte um Gesundheitsbudgets

1. Das Konzept von Evidence Based Medicine ist ein hervorragendes Instrument, um die wissenschaftliche Unterfütterung für die Gestaltung des Gesundheitswesens zu liefern. Dabei wird allerdings die Kritik zu berücksichtigen sein, die auf solche EBM-Studien abzielt, welche nicht das konkrete Leistungsgeschehen, sondern laborartige Bedingungen medizinischer Versorgung beforschten. EBM kann zudem nicht allein auf die Biostatistik setzen, sondern wird – aber dafür steht Public Health – nur im Methodenmix umsetzbare Ergebnisse zutage fördern können. Dass sich im Medizinalltag die empirischen Sozialwissenschaften immer noch legitimieren müssen, ist in diesem Zusammenhang bemerkenswert. Es erscheint wichtig, darauf hinzuweisen, dass sich eine verkürzte und reduktionistische Interpretation des EBM-Ansatzes nicht auf deren Protagonisten (Sackett, Donabedian u.a.) berufen kann, die ausdrücklich davor gewarnt haben, den Einsatz von Wissenschaftsmethoden mit Steuerungsinstrumenten zu verwechseln.

2. Qualitätssicherung resp. Qualitätsmanagement muss zu einem Ansatz weiterentwickelt werden, der für Vertragsverhandlungen wie für das Definieren medizinischer Standards verwertbarer wird, als dies heute der Fall ist. Diese These berücksichtigt die anhaltende Debatte um externe versus interne Qualitätssicherungsansätze, weist aber mit Entschiedenheit darauf hin, dass die Definition von Endpunkten von QS-Maßnahmen und der Benchmarking-Ansatz auch im Falle vorrangiger interner QS unverzichtbar sind. Interne QS muss sicher im Alltag der Versorgung gegenüber Kontrollmaßnahmen Priorität genießen, wird aber erst lebendig, wenn sie durch externe QS-Instrumente gefordert wird. Diese Philosophie trägt letztlich nur, wenn sie auch in die Sprache der Ökonomie übersetzt werden kann. „Value for money“ ist insoweit eine Formel, die für die notwendige Aufmerksamkeit in der Steuerung sorgt, wenn sie sinnhaft in die Welt der Sozialversicherung übertragen wird.

3. So wenig, wie der Diskurs um die chronische Krankheit nach wie vor an der Basis des Versorgungssystems angekommen ist, so wenig verfügen wir über alltagstaugliche Ansätze von Versorgungsforschung, die v.a. die Systematik von Patientenkarrieren ins Blickfeld nehmen müsste. Public Health muss das Defizit im Bereich der Versorgungsforschung immer wieder auf die Tagesordnung setzen und auch im eigenen Bereich die kritische Frage zulassen, ob Excellence und Relevance im Rahmen der bisherigen Schwerpunkte der Forschungsverbünde immer in einem vernünftigen Verhältnis zueinander stehen. Diese Forderung ist ebenso anstößig wie fast unrealistisch: Universitäre Forschung muss aus dem Elfenbeinturm und Politik wie Praxis müssen akzeptieren, dass ihre Sehnsucht nach unmittelbarer Verwertbarkeit von Forschungsergebnissen die Logik des Wissenschaftsprozesses außer Kraft setzen will.

4. Public Health wird im nächsten Jahrzehnt zeigen müssen, dass Patientenorientierung im Gesundheitswesen kein ideologisches Konstrukt ist, sondern zwingendes Gebot für jede zukunftsfähige Konzeption von Gesundheitswesen: weil das Krankheitspanorama dies verlangt und weil die heutige Gesellschaft paternalistische Ansätze nicht toleriert bzw. nicht länger tolerieren sollte. Dies ist eine riesige Anforderung an methodische und wissenschaftspolitische Ansätze, da trotz der Existenz einer Vielzahl von Instrumenten aus der empirischen Sozialwissenschaft zur Ermittlung von Patientenzufriedenheit und Lebensqualität deren flächendeckender Einsatz weiter auf sich warten lässt – was teilweise auch auf Defizite in der Alltagstauglichkeit solcher Instrumente hinweist.

5. Public Health wird intensiver der Frage nachgehen müssen, wie zukunftsweisende Wege der Professionalisierung im Gesundheitswesen morgen und übermorgen aussehen könnten. Die Tatsache, dass es mit wenigen Ausnahmen in den Kernbereichen der Versorgung multiprofessionelle Betreuungsansätze nicht gibt, verweist auf die Größe dieser Aufgabe. Dabei steht zu vermuten, dass erst ökonomische Analysen den Durchbruch schaffen könnten, das Monopol der Ärzteschaft für sämtliche Steuerungsprozesse infrage zu stellen.

6. Die Budget- und Finanzierungsproblematik ist nicht von der Frage zu lösen, wie dem Anspruch von Equity und Equality in der Traditionslinie eines Gesundheitswesens bismarckscher Prägung unter veränderten gesellschaftlichen Rahmen-

bedingungen entsprochen werden kann. Dabei wird die Frage eine große Rolle spielen, ob – wie begründet auch immer dies heute schon sein mag – die Sorge Einzug hält, die Verfügbarkeit wichtiger medizinischer Leistungen sei vom Einkommen und persönlichen Absicherungsstrategien abhängig. Hier steht m.a.W. eine historische Errungenschaft auf dem Spiel, die von den Gesundheitswissenschaften als Wert in sich selbst geschätzt werden muss, die jedenfalls nicht ohne Grundsatzdiskussion alternativen Konzepten aus der Versicherungswirtschaft geopfert werden darf. Umgekehrt kommt die Frage der Finanzbasis der GKV natürlich schon mittelfristig wieder auf die Tagesordnung, auch wenn es gelingen sollte, in den nächsten Jahren die Logik der Anbieter von Versorgungsleistungen zurückzudrängen und dadurch Finanzierungsspielräume offen zu legen.

7. Last not least: Auch wenn Public Health primär Wissensgenerierung und -disseminierung bedeutet und niemals 1:1 in Politikberatung übersetzbar ist, so sollten die Ereignisse des letzten Jahres doch noch einmal gezeigt haben, wie wichtig es für eine weitsichtige Anlage von Public Health wäre, den Prozess der Politik besser zu verstehen, als dies heute der Fall ist. Wissensgenerierung und Politik sind zwei verschiedene Welten, das ist trivial. Die Wissenschaften von der Gesundheit sollten sich aber insoweit mehr darum bemühen, die Mühsal der Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis weniger distanziert als üblich zu sehen und die politikwissenschaftliche Dimension in ihrem Bezugsrahmen stärker zu gewichten. Was würde es helfen, alles über Gesundheit zu wissen, aber wenig von den Spielregeln, mit denen Gesellschaften konfrontiert sind, die sich daran machen, ganze Systeme in Bewegung zu setzen?

8. Es geht – so die Schlussfolgerung der Thesen – nicht um die Thematisierung der Unvernunft der Politik, die tatsächlich oder vermeintlich Fortschrittskonzepte verhindert, es geht viel eher um die Sisyphusaufgabe, aus komplexen Analysen der Gesundheitswissenschaften in einem hoch verrechtlichten und prekären Gelände praktikable Wege aufzuzeigen, die Qualität und Wirtschaftlichkeit gleichermaßen ins Blickfeld nehmen.

PD Dr. Norbert Schmacke

AOK-Bundesverband
Kortrijker Straße 1
53177 Bonn

E-mail: norbert.schmacke@bv.aok.de