



Prof. Dr. med. Norbert Schmacke

Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses
Hochschullehrer am Fachbereich
Human- und Gesundheitswissenschaften
Arbeits- und Koordinierungsstelle
Gesundheitsversorgungsforschung
Universität Bremen
Bibliothekstrasse 1
28359 Bremen

DOKK 7. NOVARTIS-FORUM

Berlin 27.10.2004

Gedruckte Novartis

Muddling Through – Reformen im politischen Tagesgeschäft

Stets sind wir auf der Suche nach der einen, alle Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung lösenden Reform, die am Ende alle Seiten zufrieden stellen soll: Ärzte, Patienten, Krankenkassen. Diese Reform aber gibt es nicht. Denn das alltägliche politische Geschäft und die zu komplexen Probleme im Gesundheitswesen machen eine derartige Mega-Reform schlicht unmöglich, sagt Prof. Dr. med. Norbert Schmacke, Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses und Hochschullehrer am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen.

Eine wissenschaftlich fundierte Beurteilung, ob die jüngste Reform, das GMG, als Erfolg zu bezeichnen ist, fällt schwer. Nicht aus qualitativer Sicht, sondern vielmehr aufgrund der Tatsache, dass das gerade in Kraft getretene Reformwerk bisher nur wenig Raum hatte, Wirkung zu entfalten. Dennoch soll an dieser Stelle – in Form einer vorsichtigen Zwischenbilanz – ein kurzes Fazit gezogen werden.

In der Diskussion um das Reformwerk wird immer wieder kritisch hervorgehoben, dass auch das GMG nicht die umfassende Antwort auf die besonders drängenden Probleme im Gesundheitssystem darstellt. So richtig die Analyse ist, so wenig führt diese Klage weiter: das Gesundheitswesen ist zu komplex, um mit einer großen Reform die vielfältigen Probleme lösen zu können. Das Streben nach dem „großen Wurf“ wird zudem den enormen Schwierigkeiten und Herausforderungen des politischen Geschäfts nicht gerecht. Die Realität zwingt daher zu einem Perspektivwechsel. Gesundheitsreformen sind auf der einen Seite unweigerlich durch den Prozess des „Muddling Through“ – den Prozess des „Durchwurstelns“ – geprägt. Das „Entlarven“ dieses manchmal an die Echternachsche Springprozeßion erinnernden Politikprozesses bedeutet mit anderen Worten noch nicht, dass die Politik in ihrem Reform-Bestreben gescheitert ist. Das Muddling-Through ist vielmehr die logische Folge von Hyperkomplexität des Versorgungsgeschehens und Interessenkollisionen zwischen Bundes- und Landespolitik, Industrie, Leistungserbringern und

Kostenträgern. Auf der anderen Seite kommt aber zu kurz, die Frage nach den Indikatoren zu stellen, an denen der Erfolg von Gesundheitspolitik am Ende dann doch gemessen werden kann – und soll. Sie könnten aus den nachfolgend diskutierten Politikfeldern abgeleitet werden.

Megakonsens: Senkung der Lohnnebenkosten

Das GMG steht in einer Abfolge von Reformbemühungen, sowohl die Finanzierbarkeit und Wirtschaftlichkeit wie die Strukturmängel und die Qualität der Versorgung ins Visier zu nehmen. Dabei entpuppt es sich als ein janusköpfiges Gesetz. Es ist zunächst ein Kind des Zeitgeistes. Geprägt und geleitet wird es von einem nur schwer nachvollziehbaren Megakonsens „Senkung der Lohnnebenkosten“. Dabei ist die ins Feld geführte Evidenz der negativen Auswirkungen der GKV-Beiträge auf den Faktor Arbeit nicht wirklich überzeugend. Umso erstaunlicher ist, dass sich die Senkung der Lohnnebenkosten als wesentliches Instrument zur Belebung der Wirtschaft dennoch in der deutschen Parteienlandschaft als Leitidee sozialpolitischer Reformbestrebungen herauskristallisiert hat. Ob die erreichbare mäßige Senkung der GKV-Beiträge die deutsche Wirtschaft tatsächlich aus ihrem hypostasierten Elend herauszuführen vermag, ist sehr zu bezweifeln. Die Auswirkungen (Einschränkung des Solidaritätsprinzips und Ausweitung der finanziellen Belastung der Versicherten, v.a. von Kranken) könnten sich sozialpolitisch demgegenüber als

verhängnisvoll erweisen. Da sich einstweilen Regierung und Opposition auf diese Linie verständigt haben, ist nicht absehbar, wann eine rationalere Beschäftigung mit dem Thema Lohnnebenkosten wieder möglich werden wird.

Andererseits muss das GMG in Sachen Strukturreform als „Schrittinnovation“ gesehen werden. Es beinhaltet eine ganze Reihe von vernünftigen Ansätzen, welche die immer notwendiger werdende Ausbalancierung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der medizinischen Versorgung weiter perfektioniert. Im Folgenden sollen einige „zukunftsfähige Reformfelder“ herausgenommen werden, die dies exemplarisch beleuchten.

Hausarztssystem – Integrierte Versorgung

Mit dem GMG wurde die hausarztzentrierte Versorgung im deutschen Gesundheitswesen prinzipiell weiter gestärkt und Leistungserbringern und Krankenkassen darüber hinaus in neuer Form die Möglichkeit eröffnet, Projekte der Integrierten Versorgung zu etablieren. Diese Reformziele – und das muss bei einer wissenschaftlichen Analyse zunächst im Zentrum der Betrachtung stehen – sind ohne Zweifel sinnvoll. Ein professioneller aufgestelltes Hausarztssystem sowie effiziente Ansätze in der Integrierten Versorgung sind geeignet, die Patientenversorgung zu verbessern und ökonomische Reserven für das Gesundheitswesen zu gewinnen. Der Gesetzgeber hat zudem neue finanzielle Anreize im Reformgesetz verankert. So wurde bei der Integrierten Versorgung ein Anreizsystem mit einem Finanzvolumen von jeweils 1 Prozent der Budgets ambulanter und stationärer Versorgung geschaffen. Damit wird nach den bisher weitgehend vergeblichen Bemühungen um eine sektorenübergreifende Versorgung ein erster lohnender Anreiz zur Realisierung solcher Projekte gegeben. Man sollte sich freilich keine Illusionen darüber machen, wie rasch sich angesichts der Doppelstruktur in der fachärztlichen Versorgung und der tiefen Sektorenabschottung hier spürbare Veränderungen messen lassen.

Elektronische Gesundheitskarte

Neuerungen hat das GMG auch im Bereich der modernen Informations- und Kommunikationstechnologien implementiert. Hierbei ist insbesondere die so genannte elektronische Gesundheitskarte zu nennen, mit der die medizinische Versorgung der Patienten effizienter gestaltet werden soll. Auch für

die Gesundheitskarte gilt, dass das damit verbundene Reformziel zunächst ohne Frage als sinnvoll zu erachten ist – selbst wenn man bedenkt, dass von der ersten Version bis zu einer weit in das System hineinwirkenden elektronischen Plattform zahlreiche Entwicklungsstufen nötig sein werden. Pathetisch ließe sich dieses Ziel auch als „Abschied von der Postkutschen- und Rauchzeichen-Ära“ im Gesundheitswesen bezeichnen. Denn während die Telematik in anderen gesellschaftlichen Bereichen schon weitgehend etabliert ist, wird die Einführung im Gesundheitswesen derzeit noch hinausgezögert. Die Gründe sind jedoch nur zum Teil nachvollziehbar. Verschiedene wissenschaftliche Studien zeigen seit langem mögliche Widerstände und Hindernisse auf, die es bei der Implementierung der neuen Technologien zu überwinden gilt. Neben den unabweislichen technischen und datenschutzrechtlichen Gründen geht es natürlich um den Streit um die erheblichen Investitionen, aber weit darüber hinaus um die Auslotung von Datenhoheit und Zuständigkeiten von Leistungserbringern und Kostenträgern. Genauso lange aber schildert die Wissenschaft auch Möglichkeiten und Wege zur Überwindung dieser Probleme. Dabei ist von großer Bedeutung, den Bedarf der Praxis so gut es geht in Erfahrung zu bringen. Einstweilen ist festzustellen, dass es momentan im Gesundheitswesen doch noch an der notwendigen Entschlossenheit fehlt, neue Kommunikationsmittel tatsächlich in den medizinischen Alltag zu integrieren.

Häufig wird den politisch Verantwortlichen vorgeworfen, das Vorhaben „Gesundheitskarte“ in Bürokratie zu ersticken. Doch auch hier gilt: Wer von der Politik perfekte Lösungen – insbesondere bei den enormen Anforderungen des Datenschutzes – erwartet, erkennt die Komplexität bei der Implementierung neuer Informationstechnologien. Die politisch Verantwortlichen hingegen müssen sich der Aufgabe stellen, vor allem die Betroffenen – die Ärzte und Patienten – von den Neuerungen zu überzeugen. Bleibt jedoch die Angst vor ausufernder Bürokratie, zusätzlicher Arbeitsbelastung oder unzureichendem Datenschutz bestehen, wird die Einführung der Gesundheitskarte scheitern. Deswegen gilt es jetzt, vorbildhafte Modelle zu entwickeln, anhand derer die Vorteile des elektronischen Datentransfers für alle Beteiligten deutlich werden. Die Sinnhaftigkeit verbesserter Kommunikationsabläufe sollte bald möglichst an Kernfragen wie dem Einweisungs- und Entlassungsmanagement in der stationären Versorgung oder der Senkung klinisch bedeutsamer Nebenwirkungen und Interak-

tionen in der Arzneimittelversorgung verdeutlicht werden, damit in einer breiteren Öffentlichkeit deutlich wird, dass es sich nicht um eine technische Spielerei, sondern einen echten Durchbruch in der Welt des Informationsaustauschs handelt.

G-BA und IQWiG

Nicht minder von Bedeutung für das deutsche Gesundheitswesen ist die Neukonstituierung des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Schaffung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. So kann erwartet werden, dass die wissenschaftliche Untermauerung der Beschlüsse, die der G-BA fasst, weiter vorangetrieben wird. Hier wird dem IQWiG eine wichtige, zentrale Funktion zukommen; hierbei können nicht zuletzt Synergieeffekte durch eine verbesserte Kommunikation mit vergleichbaren Institutionen im Ausland erzielt werden. Wichtig dürfte aber für die Erfolgsgeschichte des IQWiG auch sein, ob es gelingt, in Deutschland ein Netz von leistungsfähigen Institutionen zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsverfahren zu fördern. Es ergibt sich vor allem erstmals die Chance, den dringend erforderlichen Einstieg in die sektorenübergreifende Bewertung des Leistungsgeschehens zu realisieren. Gleichmaßen sind die Voraussetzungen für die Entwicklung sektorenübergreifender Indikatoren für Qualitätssicherung und -management mit diesen Neuerungen im GMG gestiegen.

An der prekären Rollenverteilung zwischen Bundespolitik einerseits und dem Gemeinsamen Bundesausschuss andererseits bei der Debatte um die Weiterentwicklung der GKV wird sich vermutlich auch in Zukunft nur wenig ändern. Darum gilt es zu hinterfragen, ob dieses – systemtheoretisch unvermeidbare – Abbild der Realität tatsächlich als „Skandal“ verurteilt werden kann. Andererseits bleibt es für die gemeinsame Selbstverwaltung eine Herausforderung der speziellen Art, dass in der Ära der auch rechtlich hoch bewerteten evidenzbasierten Medizin Politik immer auch wieder unter Druck gerät und/oder Druck erzeugt, Besitzstände in der Versorgungslandschaft zu pflegen. Insofern müssen sich bei der nur zu berechtigten Forderung nach Neutralität des IQWiG alle antragsberechtigten Seiten (BMGS, Patientenbeauftragte und G-BA) künftig daran messen lassen, wie sie die im GMG festgelegte Intention einer Stärkung der wissenschaftlichen Expertise in der Sozialversicherung im Rahmen ihrer eigenen Zuständigkeit fördern.

Zuwendung oder Zuteilung?

Abschließend wird noch einmal die These vertreten, dass mit den zeitgeist-entsprechenden Erwartungen die Reichweite gesundheitspolitischer Reformen deutlich überschätzt wird. Über Reformen im Gesundheitswesen lässt sich der „Motor“ der Wirtschaft sicher nicht – wie von vielen Politikern angedacht – zum Laufen bringen. Von einer evidenzbasierten Gesundheitsökonomie sind wir vielleicht noch weiter entfernt als von der EbM. Das GMG müsste gemessen an den Zeitgeist-Zielvorgaben jetzt bereits als gescheitert betrachtet werden – aber aus Sicht der Gesundheitswissenschaften wäre dies letztlich ein unsinniger Maßstab. Vielmehr ist das Reformwerk daraufhin zu überprüfen, inwieweit es den alten Kernzielen des Sozialgesetzbuches V, nämlich der Ausbalancierung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der medizinischen Versorgung, besser gerecht wird. Hier lässt sich feststellen, dass die Politik mit dem GMG – insbesondere im Vergleich zu den vorherigen Reformgesetzen – einen relativ mutigen Schritt gegangen ist. Die damit gesetzten Impulse aber gilt es nun mit Leben zu füllen. Offen bleibt, wie die im System verantwortlich Handelnden diese Aufgabe im medizinischen Versorgungsalltag umsetzen werden.

Leider ist eine seriöse „Politikfolgen-Forschung“ – die auch nur annähernd so wertgeschätzt würde wie die klinische Forschung – in Deutschland bisher nicht existent. Deswegen müssen Indikatoren generiert werden, anhand derer Reformbemühungen wie das GMG sachlich fundiert beurteilt werden können. Eine Politikfolgen-Forschung bietet prinzipiell die Chance, dass von einer verächtlichen Politikschelte und -betrachtung Abstand genommen und die wichtige gesundheitspolitische Debatte weiter versachlicht wird. Sie müsste parallel zur Professionalisierung des Health Technology Assessment aufgebaut werden.

Reformen in der Gesundheitspolitik sind Bestandteil eines fortlaufenden, nicht endenden Prozesses. Vielleicht sollten sich die politisch Verantwortlichen bei den Reformen von morgen – anstatt vergeblich nach der einen, alles lösenden Reform zu suchen – eine Frage noch ehrlicher als heute beantworten: Helfen die politischen Weichenstellungen, dass sich das in hohem Maße selbstreferenzielle System „Gesundheitswesen“ zu einem lernenden System weiterentwickelt? Dann nämlich würde sich die vergebliche Suche nach der „perfekten“ Reform erübrigen.