



Auszüge aus „Chancen für das deutsche Gesundheitssystem“

Hohe und weiter steigende Kosten für das Gesundheitswesen haben weltweit in vielen Ländern zu Finanzierungsproblemen geführt. Künftige demografische Verschiebungen und technologische Fortschritte in der Medizin drohen die Kosten weiter explodieren zu lassen und die Gesundheitssysteme zu destabilisieren. Für fast jede Regierung stellt sich nun die Frage, wie man ein Gesundheitssystem entwerfen kann, das ein besseres Preis-Leistungs-Verhältnis bietet.

Einige Aspekte des deutschen Gesundheitssystems können ein Vorbild für andere Länder sein: der allgemeine und einkommensunabhängige Zugang zu einem umfassenden Versicherungsschutz, die freie Wahl der Krankenversicherung, die freie Arztwahl sowie ein dichtes Netzwerk von Leistungserbringern. Dennoch gefährden schwerwiegende Mängel dieses System: steigende Kosten, nicht nachhaltige Finanzierung, stark schwankende Qualität und eine mangelhafte Koordination der Behandlungsleistungen. Es ist 15 größeren Reformen in den letzten 30 Jahren nicht gelungen, diese Probleme zu lösen.

Der einzige Weg, das deutsche Gesundheitswesen zu heilen, besteht darin, den Nutzen, den es stiftet, nachhaltig zu verbessern. Dabei wird Nutzen definiert als die Behandlungsergebnisse in Relation zu den aufgewendeten Kosten. Der *Patientennutzen* muss das übergreifende Ziel für das Gesundheitssystem und alle seine Akteure sein. Um den Patientennutzen zu verbessern, werden weitere Nachbesserungen am Versicherungssystem nicht ausreichen. Eine deutliche Steigerung des Patientennutzens erfordert weitreichende Veränderungen der Art und Weise, wie in Deutschland Leistungen erbracht, bewertet und vergütet werden. Wir brauchen eine konsequente Konzentration auf die Steigerung des Patientennutzens, um die Kosten zu senken und das deutsche System auf seinen eigentlichen Zweck auszurichten: den Patienten und nicht einseitigen Partikularinteressen zu dienen.

In „Chancen für das deutsche Gesundheitssystem“ entwerfen Michael E. Porter und Clemens Guth eine handlungsorientierte Reformagenda:

- 1. Den Patientennutzen zum zentralen Ziel aller Reformen machen.** Der Patientennutzen ist das einzige Ziel, das die Interessen aller Beteiligten vereinigen kann. Die zentrale Herausforderung für Deutschland besteht darin, ein Gesundheitssystem zu konzipieren, das den Nutzen für den Patienten dramatisch verbessert.
- 2. Die Gesundheitsversorgung in integrierten Behandlungseinheiten neu organisieren – mit der Spezialisierung auf bestimmte Krankheitsbilder oder Patientengruppen.** Die Erbringung von Behandlungsleistungen in Deutschland ist bisher nach Fachdisziplinen und Leistungsangeboten organisiert, anstatt sich am Patientennutzen zu orientieren. Diese Fragmentierung führt zu unnötigen Arztbesuchen, höheren Kosten und schwankender Behandlungsqualität. Die Gesundheitsversorgung muss sich zukünftig interdisziplinär um Krankheitsbilder (z.B. Herzinsuffizienz oder Kopfschmerzen) beziehungsweise im primärärztlichen Bereich um Patientengruppen mit identischen Bedürfnissen organisieren. Fachübergreifende



Teams in dedizierten Einrichtungen, eine einheitliche Ablaufplanung und eine Koordination der Leistungen über die gesamte Behandlungskette sollten die Norm sein.

- 3. Die Trennung zwischen ambulanter Versorgung, stationärer Versorgung und Rehabilitation sukzessive aufheben.** Deutschland muss die traditionelle Segmentierung der Gesundheitsversorgung überwinden, indem formale Zusammenschlüsse und Allianzen von stationären Integrierten Behandlungseinheiten (IPUs)^a mit ambulanten Einrichtungen forciert werden. Der Patientennutzen entsteht über die gesamte Behandlungskette nicht alleine durch Einzelleistungen oder einzelne Leistungserbringer. Integration bedarf keiner gemeinsamer Eigentümerschaft, aber ein Austausch von Informationen, abgestimmte Behandlungsleitlinien und eine gemeinsame Verantwortung für Behandlungsergebnisse und -kosten. Neue transssektorale Vergütungsformen (s.u.) können die richtigen Anreize schaffen, auch bedarf es einer veränderten Zulassungspraxis und kooperationsbereiter Leistungserbringer. Mit einer schrittweisen Aufhebung der Trennlinien sollte sich der Ort der Leistungserbringung generell in den ambulanten Bereich verlagern. Die Regierung, die Krankenversicherungen und die Leistungserbringer müssen zusammenarbeiten, um diesen Wandel zu unterstützen. Mit der jüngsten Gesetzgebung sind bereits erhebliche Möglichkeiten geschaffen worden.
- 4. Die Messung und Veröffentlichung der Behandlungsergebnisse für alle Patienten verbindlich machen.** Es gibt in Deutschland bisher wenig systematische Ergebnismessung; die bestehenden verpflichtenden Qualitätsprogramme sind primär auf Strukturen und Prozesse ausgerichtet, weniger auf Ergebnisqualität. Doch nur wenn die Behandlungsergebnisse bekannt sind, können die Ärzte die Qualität der Behandlung verbessern und die Leistungserbringer wirkliche Kostensenkungen erzielen. Außerdem ermöglicht die Veröffentlichung der Behandlungsergebnisse den Patienten die Auswahl exzellenter Leistungserbringer, und erlaubt es diesen wiederum zu wachsen. Deutschland sollte eine nationale Strategie der Ergebnismessung entwickeln und ein Programm zu einer universalen Messung und Veröffentlichung von Ergebnissen je nach Krankheitsbild initiieren.
- 5. Neue Standards für die Kostenrechnung einführen, um nicht Preise, sondern Kosten patientenbezogen und auf der Ebene der Behandlung von Krankheitsbildern zu messen.** Eine fehlerbehaftete Kostenrechnung hat zu unangemessenen Vergütungen und zu einseitigen Kostensenkungsmaßnahmen in Deutschland geführt. Kosten werden häufig mit Preisen verwechselt und der Fokus liegt oft auf der Senkung der Kosten pro Arztbesuch oder pro Verschreibung. Ein Verständnis der wahren Kosten der Gesundheitsversorgung ist essentiell für eine Verbesserung des Patientennutzens. Die Kosten sollten im Blick auf die Patienten und ihre jeweiligen Krankheitsbilder über die gesamte Behandlungskette hinweg erfasst und auf der Basis der tatsächlichen Ressourcennutzung zugeordnet werden. Deutschland sollte neue Standards der Kostenrechnung einführen. Bessere

^a Integrated Practice Unit (IPU)



Kosteninformationen werden signifikante Chancen für die Senkung der Kosten und für eine effektivere Gesundheitsversorgung aufdecken. Der einzige Weg die Kosten langfristig zu stabilisieren wird eine Verbesserung der Qualität sein.

- 6. Die Vergütung auf gebündelte Zahlungen umstellen, die die gesamte Behandlungskette abdecken.** Das deutsche Vergütungssystem belohnt Volumen anstatt von Patientennutzen und bestraft teilweise exzellente, wachsende Anbieter, während es gleichzeitig unterdurchschnittliche und ineffiziente Lizenzinhaber vor einem wirklichen Wettbewerb schützt. Die Vergütung muss dort ansetzen wo der Nutzen für Patienten gestiftet wird, sprich für die Behandlung eines Krankheitsbildes über die gesamte Behandlungskette. Die Vergütung sollte als risiko-adjustierten Pauschalen für die gesamte ambulante und stationäre Behandlungskette eines Krankheitsbildes erfolgen, nicht aber als Zahlungen für einzelne Arztbesuche, Behandlungsepisoden oder Einzelleistungen. Mit dem Übergang zu pauschalierten Zahlungen für Krankheitsbilder könnte die heutige arbiträre Budgetierung abgeschafft und die Integration der Versorgung gefördert werden. Wie das erfolgreiche Beispiel der DRG Einführung zeigt, ist die Weiterentwicklung der Vergütung keine Utopie. Es sollten Ambulante- und Rehabilitative-DRGs entwickelt werden, aus einer Kombination ergeben sich transsektorale DRGs. Für chronische Krankheiten geben Episodenpauschalen für einzelne chronische Krankheitsbilder und im hausärztlichen Bereich Primär- und Präventivversorgungspauschalen die richtigen Anreize. Für die gesetzliche und private Krankenversicherung sollte der gleiche universelle Vergütungskatalog gelten.
- 7. Die Konsolidierung der Leistungsanbieter und ihrer Leistungsspektren fördern.** Es gibt zu viele Anbieter in Deutschland, die sich an der Behandlung zu vieler Krankheitsbilder versuchen. Diese Situation ist gekennzeichnet durch breite, undifferenzierte Leistungsspektren mit unzureichendem Volumen und unzureichender Erfahrung bei den einzelnen Leistungen. Den deutschen Leistungserbringern mangelt es oft an der kritischen Zahl von Patienten je Krankheitsbild, die nötig wäre um profunde Erfahrung, dezidierte Teams und maßgeschneiderte Einrichtungen aufzubauen und eine integrierte Versorgung anzubieten. Die Anbieter und ihre Leistungsspektren müssen konsolidiert werden, um Volumina zu konzentrieren, eine multidisziplinäre Versorgung zu ermöglichen, den Patientennutzen zu erhöhen und eine größere Effizienz zu erzielen. Die Patienten sollten ermutigt werden, längere Wege in Kauf zu nehmen, um bei den besten Anbietern der jeweiligen Region behandelt zu werden (exzellente Versorgung anstatt wohnortnahe Versorgung).
- 8. Gleiche Wettbewerbsbedingungen für private und gesetzliche Krankenversicherungen schaffen.** Private und gesetzliche Krankenversicherungen sind in einen Nullsummen-Wettbewerb verwickelt, in dem die Wettbewerbsvorteile der privaten Versicherungen zu einem signifikanten Umfang auf einer Risikoselektion beruhen und nicht auf einer effektiveren Versorgung. Dadurch wird das Solidaritätsprinzip als das Herz des deutschen Systems in Frage gestellt. Der Wettbewerb zwischen den privaten und gesetzlichen Versicherungen sollte statt auf eine Risikoselektion darauf ausgerichtet sein, eine bessere Gesundheit für die

jeweiligen Mitglieder zu erzielen. Die privaten Versicherungen sollten dazu verpflichtet werden, sich genauso wie die gesetzlichen Versicherungen am Risikostrukturausgleich zu beteiligen, während die Vergütungen für gesetzliche und private Versicherungen für gleiche Leistungen gleiche Preise annehmen sollte. Bei einem fairen Wettbewerb zwischen GKV und PKV sollte es machbar sein, den privaten Versicherungsmarkt für Vollversicherungen für alle Bürger zu öffnen.

9. Die Krankenversicherungen zu Gesundheitsmanagement-Organisationen umbauen, die um die Maximierung der Gesundheit ihrer Mitglieder konkurrieren.

Die deutschen Krankenversicherungen konzentrieren sich primär darauf, die kurzfristigen Kosten zu minimieren, um über niedrige Beiträge anstatt über die Förderung der Gesundheit ihrer Mitglieder zu konkurrieren. Sie sollten ihre Rolle neu definieren und zu Gesundheitsmanagement-Organisationen werden, die sich um die Maximierung der Gesundheit ihrer Mitglieder bemühen. Sie können den Patientennutzen steigern, indem sie Behandlungsergebnisse sammeln, Gesundheits- und Krankheitsmanagement-Angebote für jedes Mitglied anbieten und ihren Mitgliedern bei Auswahl exzellenter Anbieter für ihre jeweiligen Krankheitsbilder helfen. Grundlage für die freie Wahl von Leistungserbringern sollte ein Kollektivvertragssystem sein, die Rolle von Selektivverträgen sollte sich auf Piloten und einzelne Krankheitsbilder beschränken.

10. Patienten stärker engagieren. Gesundheit ist eine Koproduktion von Patient und Leistungserbringern. Deutsche Patienten genießen viele Freiheiten und es werden ihnen großzügige Leistungen geboten, während es im Gegenzug vergleichsweise wenig Engagement fordert. Die Patienten müssen zu aktiven Konsumenten im Gesundheitswesen werden und persönliche Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen. In einem System mit Wahlfreiheit haben sie erhebliches Potenzial die Nutzenstiftung zu verbessern, in dem sie nachweislich bessere, interdisziplinär arbeitende und fokussierte Leistungserbringer für ihr Krankheitsbild auswählen. Gleiches gilt bei der Wahl der Krankenkasse. Konsumenten müssen Krankenversicherungen auswählen die wirklichen Mehrwert stiften, nicht sich auf minimale Prämienunterschiede konzentrieren.

Der Übergang zu einem nutzenorientierten System schafft einen Erfolgskreislauf. Eine wachsende Transparenz bei der Ergebnisqualität führt zur Restrukturierung der Gesundheitsversorgung. Die Leistungserbringer werden ihre Versorgung im Blick auf Krankheitsbilder neu definieren, neue dedizierte multidisziplinäre Teams für bestimmte Krankheitsbilder organisieren und ihr Behandlungsangebot auf weniger Leistungsbereiche fokussieren. Die Patienten werden herausragende Leistungserbringer anstatt den nächstgelegenen Anbieter auswählen, so dass die besseren Leistungserbringer expandieren können. Die Versicherer werden sich aktiv für die Gesundheit ihrer Mitglieder einsetzen, indem sie die Ergebnisqualität messen, ihre Mitglieder bei der Auswahl von Leistungserbringern und Behandlungen unterstützen, sich für Disease-Management-Programme engagieren und neue Wege zu Modellen gebündelter Vergütung beschreiten. Zugleich werden sie damit die Leistungserbringer ermutigen neue Strukturen einzuführen.

Alle diese Empfehlungen sind durchführbar und nachvollziehbar. Innovative Organisationen in Deutschland und im Ausland haben bereits Schritte in diese Richtung unternommen, und zwar mit exzellenten Ergebnissen. Es ist nicht nötig auf die nächste Reformrunde zu warten. Bereits jetzt können substantielle Verbesserungen umgesetzt werden, von denen die Patienten und das System als Ganzes profitieren.

Der Wandel hin zu einem am Patientennutzen ausgerichteten Gesundheitssystem ist der einzige Weg für Deutschland, um das Versprechen des gleichberechtigten Zugangs zu einer hervorragenden Gesundheitsversorgung für Jedermann weiterhin zu erfüllen. Die Einleitung der entsprechenden Schritte wird Deutschland zu einem Reformmodell für Gesundheitssysteme in aller Welt machen.

Für den kompletten Text inkl. Abbildungen siehe "Chancen für das deutsche Gesundheitssystem, ISBN 978-3-642-25682-0 Springer Berlin" oder "Redefining German Health Care, ISBN 978-3-642-10825-9 Springer Berlin Heidelberg, 2012"

Über das Buch

In dem Buch *Redefining Health Care*, erschienen 2006 bei Harvard Business School Press, stellen die Autoren Michael E. Porter und Elizabeth Olmsted Teisberg eine neue Vision für nationale Gesundheitssysteme vor: ein System in dem jeder Akteur das Ziel einer maximalen Nutzenstiftung für Patienten verfolgt, wobei Patientennutzen (*patient value*) definiert wird als Behandlungsergebnisse je Patient relativ zu den anfallenden Kosten. Das Buch hat zusammen mit einer Reihe weiterer Veröffentlichung das neue Forschungsfeld *Value-Based Health Care* etabliert. Die Arbeiten inspirieren weltweit Leistungserbringer, Versicherungen und Regierungen. Forschungsprojekte laufen zurzeit in England, Schweden, Finnland und Japan. In *Chancen für das deutsche Gesundheitssystem* wenden Michael E. Porter und Clemens Guth die Leitlinien eines nutzenorientierten Gesundheitssystems auf Deutschland an. Die Autoren geben einen klaren Überblick zur Historie und derzeitigen Struktur des deutschen Systems und liefern konkrete Vorschläge für eine umfassende Reform (englische Version, *Redefining German Health Care*, Springer 2012).



Prof. Michael E. Porter ist ein international führender Experte für Wettbewerbsstrategie sowie die Wettbewerbsfähigkeit von Staaten und Regionen. Eines seiner Spezialgebiete ist die Anwendung von Methoden der Unternehmensstrategie auf gesellschaftliche Probleme. Als Professor an der Harvard Business School hat er mit seinen Ideen unzählige Regierungen, Unternehmen und Fachkollegen rund um die Welt beeinflusst. Seit mehr als zehn Jahren beschäftigt er sich mit der Reform des Gesundheitswesens.

Prof. Michael E. Porter studierte zunächst Luftfahrttechnik in Princeton, danach wechselte er an die Harvard Business School in Cambridge, Mass. Als George F. Baker Scholar erwarb er zunächst den M.B.A., nach erfolgter Promotion wurde er dort zum Professor für



Betriebswirtschaftslehre berufen. Als Wissenschaftler und Autor hat er im In- und Ausland zahlreiche Preise und Ehrungen erhalten. Dazu gehören sechs McKinsey Awards für den besten Harvard Business Review Artikel des Jahres, nationale Auszeichnungen in vielen Ländern sowie die höchste Auszeichnung der Academy of Management für seine Beiträge zur Managementtheorie.



Dr. Clemens Guth ist Geschäftsführer von vier Krankenhäusern und Mitglied der Geschäftsführung der Artemed Kliniken, einem privaten Betreiber von Krankenhäusern und Senioreneinrichtungen. Dr. Guth studierte Medizin am Imperial College London und war als Assistenzarzt am Universitätsklinikum Chelsea & Westminster Hospital in London tätig. Danach arbeitete als Unternehmensberater im Gesundheitssektor von McKinsey & Company. Nach seinem M.B.A an der Harvard Business School, kehrte er zurück ins Krankenhaus, nun allerdings als Manager. Er war Stipendiat der Studienstiftung des deutschen Volkes und des Deutschen Akademischen Austauschdienstes. Für seine Studien erhielt er Preise und Auszeichnungen. Dr. Guth arbeitet seit 2006 mit Professor Porter und ist Senior Institute Associate am Institute for Strategy and Competitiveness, Harvard Business School. Für seine ehrenamtliche Arbeit bei konfessionellen Krankenhausträgern wurde er mit einem Orden der Malteser ausgezeichnet.