

Die Zukunft gehört der integrierten Versorgung

Pflegeversicherung muss in Qualitätswettbewerb der Krankenkassen einbezogen werden

In keinem Bereich der Innenpolitik wird in diesem Jahr so heftig gestritten wie in der Sozialpolitik. Versicherung und Verwirrung sind erheblich. In epd sozial diskutieren Wissenschaftler und Publizisten in loser Folge über die Zukunft der sozialen Sicherungssysteme und die Vorschläge aus der Politik. Der Gesundheitsexperte der Union, Horst Seehofer (CSU), hat am Wochenende gefordert, Pflege- und Krankenversicherung zusammenzulegen, um Kosten

zu sparen und die Versorgung durchschaubarer zu machen. Die Pflegeversicherung stehe vor der Pleite, meint Seehofer. Die beiden Wirtschafts- und Gesundheitswissenschaftler Jürgen Wasem aus Greifswald und Klaus Jacobs aus Bonn analysieren für epd sozial die Probleme bei der Finanzierung der Pflege. Patienten könnten besser versorgt und Kosten gemindert werden, wenn Kranken- und Pflegeversicherung zusammengefasst würden, meinen auch sie.

Von Klaus Jacobs und Jürgen Wasem

Nach fast zehnjähriger Arbeit hat die Enquête-Kommission »Demographischer Wandel« des Deutschen Bundestages im Frühjahr 2002 ihren mehrere hundert Seiten starken Schlussbericht vorgelegt. Darin sind zentrale Abschnitte der Zukunftssicherung von gesetzlicher Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung gewidmet – also demselben Fragenkomplex, für dessen Behandlung die Bundesregierung Ende 2002 eine neue Kommission eingesetzt hat, die so genannte Rürup-Kommission. Doch auch in der Sozialpolitik kann das Rad nicht beliebig oft neu erfunden werden. Die zentralen Dimensionen der Probleme sind hinlänglich bekannt und vielfach beschrieben: alternde Bevölkerung, sich nachhaltig wandelnde Erwerbs-, Einkommens- und Familienstrukturen und anhaltender medizinisch-technischer Fortschritt sowie – im Bereich von Akut-, Reha- und Pflegeversorgung – weithin voneinander abgeschottete und unflexible Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen, die in ihrer sektoralen Ausgestaltung nur selten auf die Bedürfnisse von Versicherten und Patienten zugeschnitten sind. Auch die Enquête-Kommission hat all dies gründlich analysiert und eine Reihe von Handlungsempfehlungen ausgesprochen. Dabei erscheint der Kommission nicht zuletzt auch »eine Abstimmung oder sogar Integration von SGB V und SGB XI (also der gesetzlichen Kranken- und der Pflegeversicherung, die Red.) wünschenswert« – ein durchaus bemerkenswerter Wunsch nicht einmal zehn Jahre nach Einführung einer eigenständigen Pflegeversicherung.

Wer die Reformdiskussion im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung kennt, weiß um den zentralen Stellenwert, den dort die Forderungen nach einer Überwindung der starren Sektorengrenzen zwischen einzelnen Versorgungsbereichen einnehmen. Die für das deutsche Gesundheitswesen wiederholt festgestellten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsdefizite werden zu einem Großteil auf unzureichende Kooperation zwischen einzelnen Gesundheitsdienst-



Klaus Jacobs



Jürgen Wasem

Foto: Universität Greifswald

leisten und die Dominanz partikularer Sichtweisen und Kalküle zurückgeführt. Entsprechend gilt eine bessere »Verzahnung« der unterschiedlichen Versorgungssektoren beziehungsweise, noch konsequenter, die Überwindung der bestehenden Sektorengrenzen im Sinne einer »echten« Integration der Gesamtversorgung als zentraler Schlüssel für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Dies würde insbesondere chronisch kranken und multimorbiden Patienten zu Gute kommen, die einen simultanen Bedarf an unterschiedlichen Versorgungsleistungen aufweisen. Bei einer »echten« integrierten Versorgung könnten die Krankenkassen mit entsprechenden Leistungsanbietern – in der Regel auf der Grundlage morbiditätsbasierter Pauschalvergütungen – individuelle Versorgungsverträge über die Gesamtheit der erforderlichen Leistungen vereinbaren. Ob dann ein Patient im Einzelfall haus- oder fachärztlich, ambulant oder stationär behandelt wird, ob er Medikamente oder physiotherapeutische Leistungen erhält, in welchem Umfang vorbeugende oder rehabilitative Maßnahmen ergriffen werden – diese Entscheidungen würden von einer patientenorientierten Gesamtwarte aus im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesamtversorgung getroffen.

Die Zuständigkeit mehrerer Finanzierungsträger für die Pflege ist häufig kontraproduktiv

Wenn jedoch in der möglichst weit reichenden Integration von Versorgung und Vergütung ein zentraler Schlüssel für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit einer patientenorientierten Gesamtversorgung liegt, können Pflegeleistungen nicht »außen vor« bleiben. Der simultane Versorgungsbedarf vieler alter, multimorbider Menschen endet nicht an den Zuständigkeitsgrenzen des SGB V. Die getrennte Zuständigkeit unterschiedlicher Finanzierungsträger mit jeweils unterschiedlichen Leistungspflichten macht in vielen Fällen an den Schnittstellen abgrenzungskrochatische

► Klimmzüge erforderlich, die weder den »ungeteilten« Versorgungsbedürfnissen der betroffenen Menschen gerecht werden, noch eine hinreichende Gewähr dafür bieten, dass Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesamtversorgung – und nicht etwa nur bestimmter Teilleistungen – »stimmen«. Ein Beispiel für die derzeit erforderliche Abgrenzungsakrobatik ist die häusliche Grund- und Behandlungspflege. Die Krankenkassen zahlen diese Leistungen zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten oder zur Ergänzung der ärztlichen Behandlung, sofern es keine im Haushalt lebende Person gibt, die den Kranken im erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Handelt es sich jedoch um einen pflegebedürftigen Patienten, fällt die Finanzierungszuständigkeit für die Grundpflege in den Zuständigkeitsbereich der Pflegeversicherung, während Behandlungspflege weiterhin von der Krankenversicherung getragen wird.

Die Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit wird erschwert

Abgesehen davon, dass eine genaue Unterscheidung von Grund- und Behandlungspflege in der Praxis kaum möglich ist, bedeutet die unterschiedliche Zuständigkeit für die Grundpflege, dass diese im einen Fall als unbeschränkte Sachleistung gewährt wird, aber kein Pflegegeld für eine häusliche Pflegeperson zur Verfügung steht. Dagegen wird im anderen Fall nur ein begrenzter Zuschuss geleistet, der jedoch auch an eine häusliche Pflegeperson gezahlt werden kann. Nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz sollen die Krankenkassen von 2005 an auch die Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen übernehmen – Zuständigkeiten für einzelne Teilleistungen für kranke und pflegebedürftige Menschen werden entsprechend weiter zerstückelt und damit die Voraussetzungen für die Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesamtversorgung zwangsläufig weiter erschwert.

Ein weiteres »klassisches« Schnittstellenproblem besteht im Hinblick auf Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen, um die Entstehung von Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder hinauszuzögern. Bei Patienten, die bereits pflegebedürftig sind, geht es darum, ihren Zustand zu verbessern oder zu stabilisieren. Für die Durchführung und Finanzierung entsprechender Maßnahmen sind die Krankenkassen verantwortlich, von deren Erfolgen

würde jedoch – abgesehen von den unmittelbar betroffenen Menschen – allein die Pflegeversicherung profitieren. Bei den untereinander im harten Wettbewerb stehenden Krankenkassen bestehen deshalb alles andere als ausgeprägte Anreize, sich besonders aktiv um die Prävention und Rehabilitation von potenziell oder tatsächlich Pflegebedürftigen zu bemühen, denn dies hätte automatisch nachteilige Auswirkungen auf ihren Beitragssatz und würde unter Umständen zudem noch die »falschen« Versicherten anlocken. Auch hier zeigt sich somit: Partikulare Kalküle schaden letztlich einem möglichst sinnvollen Gesamtergebnis – von den negativen Wirkungen für die unmittelbar betroffenen Menschen ganz zu schweigen.

Die vorgeschlagene Integration von Kranken- und Pflegeversicherung bietet insoweit die Chance, die aus der Abschottung unterschiedlicher Organisations- und Finanzierungszuständigkeiten sowie -modalitäten resultierenden Ursachen für Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsdefizite einer patientenorientierten Gesamtversorgung zu beseitigen. Dabei ist die Integration keineswegs bereits selbst die Lösung aller Probleme, wohl aber ein wichtiger Schritt, um das Problemlösungspotenzial merklich zu erhöhen. Damit dieses Potenzial in der Praxis tatsächlich ausgeschöpft werden kann, sind freilich weitere Reformmaßnahmen erforderlich. Dazu zählt zum einen die Einbeziehung der Pflegeleistungen in einen weiterentwickelten Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen: Ein vergleichsweise großer Anteil von pflegebedürftigen Versicherten darf einer Kasse keinen unmittelbaren Beitragssatz- und damit Wettbewerbsnachteil beschere – in diesem Fall würde sozialpolitisch unerwünschter Risikoselektion Tür und Tor geöffnet. Vielmehr soll es sich für eine Kasse im Wettbewerb lohnen, wenn sie sich möglichst aktiv und erfolgreich um die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesamtversorgung ihrer Versicherten einsetzt. Die bereits beschlossene Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in Richtung einer direkten Morbiditätsorientierung bietet jedoch grundsätzlich eine gute Ausgangsbasis, um künftig auch das Merkmal der Pflegebedürftigkeit hinreichend differenziert berücksichtigen zu können und die Anreize für das Kassenhandeln entsprechend richtig auszurichten.

Reformen sollten den Akteuren mehr Entscheidungsfreiheit geben

Die zweite Dimension weiterhin notwendiger Reformen betrifft die deutliche Erweiterung der Freiheitsgrade der beteiligten Akteure. Dies gilt zum einen für die Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und Leistungsanbietern und zum anderen für die organisatorische Verfasstheit der Leistungsanbieter selbst. Leistungsfähige Anbieter einer patientenorientierten integrierten Versorgung – von der hausärztlichen Versorgung über die fachärztliche Versorgung mit und ohne stationäre Aufenthalte, unter Einschluss von Prävention, Reha und Pflege sowie weiteren nichtärztlichen Leistungen ►

In dieser Reihe bereits erschienen ist ein Beitrag des Bremer Politikwissenschaftlers Frank Nullmeier, in dem er sich mit der demokratischen Kultur in der deutschen Sozialreform-Debatte auseinandergesetzt hat (epd sozial Nr. 4 vom 24. Januar). Der Jenaer Sozialwissenschaftler Michael Opielka hat die Haltung und die Position der Grünen im aktuellen Streit um die Sozialpolitik analysiert (epd sozial Nr. 6 vom 7. Februar).

► in einem hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesamtversorgung konzipierten Organisationskonzept – können sich nicht innerhalb der bestehenden starren Sektorengrenzen entwickeln.

»Echte« integrierte Versorger sind von ihrer Grundkonzeption her etwas anderes als zum Beispiel Ärztenetze mit sektorübergreifender Budgetverantwortung oder Krankenhäuser, die auch ambulant tätig sind, oder Pflegeheime, die auch kurative Leistungen erbringen. Das setzt jedoch voraus, dass sektorale Hemmnisse hinsichtlich der Organisationsentwicklung möglichst umfassend abgebaut werden müssen – ob sie nun in einzelnen Bestimmungen des Berufs- oder Organisationsrechts oder etwa in unterschiedlichen Modalitäten der Investitionsfinanzierung liegen mögen.

Was die Vertragsbeziehungen zwischen Leistungsanbietern und Kassen angeht, lautet das zentrale Gebot, alle bestehenden Verpflichtungen zu gemeinsamem und einheitlichem Handeln möglichst weitgehend zu beseitigen, einschließlich der Aufhebung von Kontrahierungspflichten der Kassen mit »zugelassenen« Einrichtungen. Entsprechend den jeweiligen regionalen Gegebenheiten können sich so auf der Grundlage pauschalierter Vergütungssysteme in einem dynamischen und transparenten Vertragswettbewerb Versorgungsformen unterschiedlicher Integrationsintensität entwickeln, die an den ganzheitlichen Versorgungsbedürfnissen der Menschen orientiert sind.

Diese Perspektive mag für viele noch wie schwer verständliche Zukunftsmusik klingen – sie ist jedoch letztlich die einzige realistische Alternative zu einem wirklichen Horrorszenario: dem Festhalten an der zerstückelten Zuständigkeitsverteilung in Bezug auf die Finanzierung von mehr oder weniger willkürlich abgegrenzten Teilleistungen und deren unveränderter

Erstellung durch ineffektive und ineffiziente atomistische Angebotsformen, denn dies wird letztlich nur zum Preis einer fortgesetzten Privatisierung der wachsenden Finanzierungslasten zum Nachteil der kranken und pflegebedürftigen Menschen zu haben sein. Die Integration von Kranken- und Pflegeversicherung in einem wettbewerblichen Kassensystem mit einem wirksamen Risikostrukturausgleich könnte dagegen ein wichtiger Schritt sein, diesem Horrorszenario entgegenzuwirken.

Weitere Informationen:

● Enquête-Kommission Demographischer Wandel: Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik. Deutscher Bundestag, Ref. Öffentlichkeitsarbeit (Hrsg.): Zur Sache 3/2002.

Prof. Dr. Jürgen Wasem (43) hat seit 1999 an der Universität Greifswald den Lehrstuhl für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement inne. Er gehört zu den Wissenschaftlern, deren Ideen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) in ihre Pläne für eine Gesundheitsreform einfließen ließ. Wasem gehört zahlreichen Fachbeiräten an und wird in Bundestags-Anhörungen regelmäßig als Sachverständiger gehört.

Dr. Klaus Jacobs (45) leitet seit März 2002 gemeinsam mit Jürgen Klauber das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) in Bonn. Der Volkswirt hatte zuvor im Berliner Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) vor allem über die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung gearbeitet und war als Gutachter für das Gesundheitsministerium tätig.