

Versorgungsqualität und Qualitätssicherung – abhängig von Finanzressourcen?

– Die Sicht der Patienten und Verbraucher –

von *Christoph Kranich*

Übersicht

- | | |
|--|---|
| I. Aus wessen Sicht spreche ich? | 6. Patientenbeteiligung |
| II. Was wollen die, über die wir sprechen? | 7. Gerechtigkeit |
| 1. Leistungsfähigkeit | III. Was von alledem leistet das GKV-Versorgungsstrukturgesetz? |
| 2. Qualität | IV. Was erhoffen wir uns noch – und von wem? |
| 3. Einfachheit | V. Finale |
| 4. Transparenz | |
| 5. Finanzierbarkeit | |

Alles ist abhängig von Finanzressourcen. Aber warum geht es hier schon wieder nur ums Geld? Wir, die Patienten und ihre Vertreter, haben uns auf das GKV-Versorgungsstrukturgesetz so gefreut, weil es endlich einmal nicht wie bei fast allen bisherigen Gesundheitsreformen vorrangig um Geld und Sparen gehen sollte. Doch von dieser Hoffnung ist nicht viel übrig geblieben, das GKV-VStG schafft kaum neue Strukturen. Das hat ja auch Malu Dreyer, Ihre Ministerin, gestern betont.

I. Aus wessen Sicht spreche ich?

Viele reden zuerst vom **Kunden**. Der ist König: er hat die Krone auf, er sagt, wo es lang geht, und er beschäftigt viele Bedienstete, die ihm die Wünsche von den Lippen ablesen.

Ich spreche aber auch vom **Verbraucher** oder der Verbraucherin. Sie steht im Supermarkt vor einem Regal, das hunderte von Milch-, Joghurt- und Käsesorten enthält, und muss sich mündig und kompetent entscheiden, was sie braucht – und was sie sich leisten kann. Vielleicht ist sie nicht so gut bei Kasse wie der König Kunde. Vielleicht ist sie auch nicht groß genug gewachsen, um oben an die Regale zu kommen – wenn sie behindert ist oder gar im Rollstuhl sitzt, kommt sie möglicherweise an die Regale gar nicht heran. Und da ist niemand, der ihr hilft – kein Diener sowieso, aber auch kein Mitarbeiter des Supermarktes weit und breit.

Nun spreche ich vom **Patienten** oder der Patientin. Ihre Position ist nicht vertikal, wie die des Kunden oder der Verbraucherin, sondern horizontal. Sie liegt, wahrscheinlich ist sie an viele technische Geräte angeschlossen oder sie ist bewusstlos oder hat starke

Schmerzen – jedenfalls ist sie nicht souverän und mündig, Sie braucht Hilfe und erhält sie auch. Wenn sie im Koma liegt, müssen sogar Andere für sie entscheiden.

Zuletzt spreche ich von der **Versicherten**. Sie ist jung und gesund – und durch die Versichertenkarte noch sicherer, dass ihr, wenn sie krank wird, kompetent geholfen wird.

Den großen Unterschied zwischen der Kunden- und Patientenrolle möchte ich noch deutlicher machen:

Der Kunde erhält seine Souveränität dadurch, dass er eine Leistung oder ein Produkt **bestellt** und auch das Geld hat, dafür zu **bezahlen**. Diese Machtposition gibt der Patient ab: das Bestellen an den Arzt, dort heißt es *verordnen*, und das Bezahlen an seine Krankenversicherung, die nennt es *erstatten*. Als Privatversicherter hat er noch die Aufgabe – oder das Problem –, beides zu koordinieren: Wenn er für die Leistung, die er einkauft bzw. die der Arzt für ihn bestellt, nicht versichert ist, wird das zum Problem; und je kränker er ist, desto schwerer wird es ihm fallen, seine Versicherungsbedingungen immer im Kopf zu haben und seine Versorgung souverän zu managen. Der gesetzlich versicherte Patient hat es da besser, für ihn wird das Verordnete von der Krankenkasse als »Sachleistung« direkt bezahlt – außer er lässt sich auf eine IGel ein, eine Selbstzahlerleistung, für die er plötzlich zum Kunden wird, der selbst bestellen und selbst bezahlen muss.

In den hier dargestellten vier Rollen, die Menschen im Gesundheitswesen ausfüllen können, haben sie ganz **unterschiedliche Bedarfe und Bedürfnisse**.

- Die Versicherte will nur geringe Beiträge bezahlen und möglichst lange gesund bleiben.
- Die Patientin will eher das Gegenteil: gute und vollständige Leistungen, eine menschliche Medizin – und bald wieder gesund werden.
- Der Kunde erwartet niedrige Preise, gute Qualität und einen guten Service.
- Die Verbraucherin will außerdem Transparenz bei der Auswahl und Unterstützung bei Problemen.

Können wir uns darauf verständigen, dass ein Gesundheitssystem nicht nach den Wünschen und Bedarfen von gesunden Versicherten, Kunden oder Verbrauchern organisiert werden sollte, sondern nach dem, was *Kranke* brauchen, also **Patientinnen und Patienten**?

Natürlich wird keiner von Ihnen *nein* sagen, das wäre ja zynisch. Doch wie wenig selbstverständlich das ist, zeigt eine genau 20 Jahre alte Formulierung des damaligen Sachverständigenrates (im Kapitel Patientenrechte seines Jahresgutachtens von 1992):

»Eine spezielle Definition von Patientenrechten im Rahmen der allgemein anerkannten Menschenrechte ist erforderlich, da der Patient, der idealtypisch im Mittelpunkt des für ihn unterhaltenen Gesundheitswesens steht, sich durch sein Kranksein in einer Position der Schwäche und Abhängigkeit befindet und daher eines besonderen Schutzes bedarf.«

Besonders bemerkenswert finde ich den mittleren Teilsatz, dass der Patient »idealtypisch im Mittelpunkt des für ihn unterhaltenen Gesundheitswesens steht«. Darin liegt die vornehm formulierte, aber nicht minder deutliche Kritik daran, dass eben real nicht der Patient (und erst recht nicht die Patientin, würde ich hinzufügen), sondern Leistungserbrin-

ger und Kostenträger, also die traditionellen Akteure des Gesundheitswesens den Ton angeben und ihre Interessen häufig genug vor die des Patienten stellen.

Einen ganz ähnlichen, ja noch viel weiter gehenden Appell haben 1996 die Gesundheitsminister der 40 Staaten des Europarates verabschiedet (im Rahmen der 5. Konferenz der europäischen Gesundheitsminister in Warschau):

»Ein neues soziales Abkommen sollte sicherstellen, daß Gerechtigkeit und Patientenrechtsbelange zu einem wesentlichen Bestandteil der Gesundheitssysteme werden: ein *trilateraler Sozialpakt* zwischen Patienten, Leistungserbringern und Kostenträgern. Zu diesem Zweck sollten die Regierungen die Institutionen und Instrumente des politischen und sozialen Dialogs zwischen diesen Partnern stärken, um ihnen die *gleichen Möglichkeiten zur Mobilisierung der öffentlichen Meinung* zu geben.«

Stellen Sie sich mal vor: Patienten sollen so **stark werden**, dass sie die gleichen Möglichkeiten bekommen, die öffentliche Meinung zu mobilisieren, wie sie heute schon Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen und PKV haben! Ist das nicht Revolution?

II. Was wollen die, über die wir sprechen?

Es ist unmöglich, für alle Patientinnen und Patienten zu sprechen. Denn Jede und Jeder ist irgendwann Patient – und daher sind Patienten so vielfältig wie Menschen. Deshalb hat die Bundesregierung in ihrer Patientenbeteiligungsverordnung sieben sehr brauchbare und sachgerechte Kriterien formuliert, die Patientenorganisationen einhalten müssen, wenn sie in öffentlichen Gremien wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss mitreden wollen, und Organisationen benannt, die diesen Kriterien nachweisbar bereits genügen.

Aus der langjährigen Erfahrung in der Patientenunterstützung bei Verbraucherzentralen, Patientenstellen und Selbsthilfekontaktstellen sowie im Kontakt mit kranken Menschen und Selbsthilfegruppen behaupte ich, dass sich die weit überwiegende Mehrheit der Menschen mit Krankheitserfahrung auf die folgenden sieben **Kriterien für ein gutes Gesundheitswesen** verständigen würde.

1. Leistungsfähigkeit

Ein Gesundheitssystem muss **leistungsfähig** sein. Da hat Deutschland, gerade im Vergleich mit anderen Ländern, kein besonderes Defizit. Man könnte aber über den Abbau von Unter-, Über- und Fehlversorgung sprechen.

2. Qualität

Es muss **gute Qualität** bieten. Da besteht schon mehr Handlungsbedarf. Hier würde auch das Kriterium hingehören, dass die Versorgung am Bedarf der Patienten orientiert sein muss und nicht an den Interessen von Leistungserbringern und Kostenträgern.

Auch ein funktionierendes Qualitätsmanagement gehört an diese Stelle – das auch gut kontrolliert wird. Der Skandal um die Brustimplantate aus Industriesilikon zeigt, dass gerade bei Medizinprodukten noch vieles im Argen liegt und mehr Kontrolle – und zwar auch unangemeldete – die Sicherheit von Patienten vor kriminellen Akteuren erhöhen würde.

Auch die externe Qualitätssicherung wäre zu nennen, die zwar für Krankenhäuser schon recht weit entwickelt, aber im Bereich der niedergelassenen Ärzte noch kaum zu sehen ist, jedenfalls für Patienten.

Und schließlich sollten Rückmeldungen und Beschwerden von Patienten systematisch ernst genommen und ausgewertet werden. Von anderen Branchen kann das Gesundheitswesen da viel lernen.

3. Einfachkeit

Ein Gesundheitssystem sollte **einfach** sein. Auch Patienten wollen es verstehen können. Und wenn sie an der Gestaltung des Systems mitwirken wollen und sollen, *müssen* sie es verstehen können. Das ist keine geringe Herausforderung, denn die Komplexität des Systems ist zum Teil unvermeidbar, will man nicht unpassende Einfachheiten schaffen, etwa indem man Patienten pauschal wie Kunden behandelt. Aber viel könnte vereinfacht werden. Die Politiker könnten zum Beispiel eine wirkliche integrierte Versorgung schaffen, die die unterschiedlichen Funktionsprinzipien des ambulanten, stationären, rehabilitativen und präventiven Sektors angleicht, statt nur immer neue Sektoren zu erfinden, die zwar immerhin quer zu den bisherigen liegen und damit irgendwie verbindend wirken, aber nichts vereinfachen, sondern weitere neue Regelungen und Funktionsprinzipien erzeugen.

4. Transparenz

Das System muss **transparent** sein. Nicht nur für seine bisherigen Akteure, sondern auch für die Patientinnen und Patienten. Denn sie müssen entscheiden, welchem Arzt oder Krankenhaus sie sich mit ihren Beschwerden und Krankheiten anvertrauen oder welcher Krankenkasse oder -versicherung sie ihren Beitrag überweisen wollen.

Wer für Transparenz sorgt, sollte öffentlich tätig und kontrolliert sein und nicht privatwirtschaftlichen Gewinnerwartungen folgen.

Neben objektiven Qualitätsmessungen, wie sie bereits im Krankenhausbereich bezüglich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität weit entwickelt sind, muss auch eine vierte Dimension erhoben und veröffentlicht werden: die *Erlebnisqualität*, also die subjektiven, aber enorm wichtigen Erfahrungen der Patienten.

5. Finanzierbarkeit

Natürlich muss das Gesundheitssystem **finanzierbar** sein. Es wird Sie erstaunen, dass ich da zuerst eine menschliche Medizin fordere, ich könnte auch sagen eine biografische. Das wäre natürlich eigentlich eine eigenständige Forderung; aber sie passt auch hier, denn

viele Menschen wollen gar nicht immer die teuerste und technischste oder chemischste Medizin, sondern viel lieber eine, die ihre individuelle Situation, ihre persönlichen Wertvorstellungen und ihre kulturelle Prägung respektiert und Lebensqualität vor -quantität stellt. Eine menschlichere Medizin wäre mit Sicherheit keine teurere, sondern eher eine preiswertere Medizin.

Zur Finanzierbarkeit gehört aber noch mehr: zum Beispiel dass der Einfluss von Fremdinteressen ausgeschlossen wird, etwa der Pharmaindustrie, der Ärzte oder der Krankenkassen.

Ganz wichtig für die Finanzierbarkeit wäre auch, dass in der Bevölkerung wieder ein Bewusstsein für das Solidarsystem der GKV entsteht. Selbst die Krankenkassen haben ja durch den ihnen aufgezwungenen Wettbewerb – jedenfalls in der Öffentlichkeit – vergessen, dass sie *ein* System sind, das durch den Risikostrukturausgleich viele Unterschiede ausgleicht. Die in Patientenberatungsstellen überproportional häufig sichtbaren Probleme mit dem viel geringeren Solidarausgleich der PKV verdeutlichen, wie wichtig es für kranke Menschen ist, dass sie eine relativ umfassende Versorgung zu bezahlbaren Beiträgen bekommen. Das sollten sie aber auch frühzeitig wissen können – und nicht erst schmerzhaft erfahren, wenn ihre PKV-Beiträge im Alter unbezahlbar werden.

Ein letztes Element gehört noch zur Finanzierbarkeit unseres Gesundheitssystems: Gesundheit muss eine Querschnittsaufgabe aller Politikbereiche werden. Heute muss das Gesundheitswesen immer mehr Schäden behandeln, die auf Stress durch Arbeitslosigkeit, Niedriglöhne, Konkurrenzdruck im Arbeitsleben, Umweltverschmutzung und viele andere gesellschaftliche »Schadprozesse« zurückzuführen sind. Kein System kann aber auf Dauer die Nebenwirkungen eines Wirtschafts- und Gesellschaftssystems ausgleichen, das Menschen systematisch krank macht.

6. Patientenbeteiligung

Patienten wollen und sollten immer mehr zu **Akteuren** werden. Das beginnt auf der Ebene des Arzt-Patient-Kontaktes mit dem modernen Paradigma des *shared decision making*, der partnerschaftlichen Entscheidung von Arzt und Patient.

Die Patientenunterstützung und -beratung muss weiterentwickelt werden. Die bundesweit 21 Beratungsstellen der UPD reichen nicht aus, um von Bad Tölz bis Flensburg alle zu beraten, die das brauchen. Und die Beschränkung auf Information und Beratung springt auch zu kurz, denn viel wirksamer ist es häufig, die Ursachen, die Beratung nötig machen, an der Wurzel zu verändern. Wir nennen das »systemischen Patientenschutz«. In den Verbraucherzentralen ist diese Haltung schon lange verankert.

Die Patientenbeteiligung an »Fragen, die die Versorgung betreffen« (§ 140f SGB V) muss ausgebaut werden. Patienten sind zwar schon in vielen Gremien mit ihren Vertretern beteiligt – und die Patientenbeteiligungsverordnung der Bundesregierung hat, wie schon gesagt, dafür sehr gute Kriterien formuliert und Vorgaben gemacht. Doch diese Art von Beteiligung erfordert auch mehr Unterstützung und mehr Ressourcen, etwa Schulung und Fortbildung sowie Koordination und Vernetzung. Die gibt es nur ansatzweise auf der Bundesebene, in den Ländern fehlt sie noch ganz.

7. Gerechtigkeit

Nicht zuletzt muss ein Gesundheitssystem **gerecht** sein. Diesem Kriterium entspricht unser System überhaupt nicht: Das Nebeneinander zweier unterschiedlicher Systeme, GKV und PKV, wird von sehr vielen Menschen als sehr ungerecht empfunden. Dabei löst die PKV das Versprechen, das bessere System zu sein, allzu häufig nicht ein. Sie ist eigentlich nur für Gesunde geeignet, die es schaffen, stets die volle Übersicht zu haben über Versicherungsbedingungen, Rechnungen, Stand der bisherigen Jahresausgaben und so weiter.

Natürlich gehört zu einem guten Gesundheitssystem auch eine Versicherungspflicht für alle. Die haben wir ja seit 2007/2009. Allerdings ist noch unklar, was mit denen geschieht, die sich partout nicht versichern wollen – oder können, etwa weil ihnen das Geld dafür fehlt.

Ebenso wichtig ist, das hohe Leistungsniveau der deutschen GKV zu erhalten. Dabei müssen unsinnige und kontraproduktive Zuzahlungen gestrichen (etwa die Praxisgebühr) oder zumindest abgesenkt werden.

Die Beiträge zur Krankenversicherung sollten prozentual erhoben werden, nicht als Kopfpauschale. Denn selbst wenn die für Geringverdiener durch Steuerzuschüsse ergänzt wird, teilt sie das Volk in zwei Drittel »ordentliche« Bürger und ein Drittel Bedürftige, die sich dadurch noch stärker als Arme und Ausgestoßene empfinden. Ein Bewusstsein für Solidarität und Gemeinschaft kann sich da nicht entwickeln. Denn zur Gerechtigkeit eines Systems gehört auch, dass die Umverteilung durch das GKV-System wieder ins Bewusstsein der Bevölkerung gerückt wird. Davon war schon beim Kriterium Finanzierbarkeit die Rede.

Die PKV muss nicht abgeschafft werden. Sie kann sich auf dem Markt der Zusatzversicherungen tummeln – schließlich haben Menschen oberhalb einer Basisversicherung (die auf möglichst hohem Niveau stattfinden sollte) ein sehr ungleiches Bedürfnis nach weiterer Absicherung.

Wichtig ist für Patienten, dass die freie Arztwahl und das Prinzip »Alle Kassen« erhalten bleiben. Selektivverträge, die zu Einschränkungen dieser Rechte führen, bringen meist auch Intransparenz und Verwirrung mit sich: Wenn ich meinen Hausarzt behalten will, muss ich dann die Krankenkasse wechseln? Mein Facharzt arbeitet aber wieder mit einer anderen Kasse zusammen, und ich kann nur in einer sein. . . Das sind Fragen, mit denen sich Patienten konfrontiert sehen – ganz abgesehen davon, dass sie sich wieder zu Objekten degradiert fühlen.

III. Was von alledem leistet das GKV-Versorgungsstrukturgesetz?

Fast nichts. Es ist keine wirkliche Strukturreform, allenfalls eine weitere Schönheitsoperation am Gesundheitswesen. Natürlich sind viele der Einzelmaßnahmen sinnvoll und indirekt und teilweise unsichtbar auch für Patienten relevant. Aber der große Wurf fehlt.

Die Grundstruktur, vor allem die Komplexität und die vielen divergenten und nicht zusammenpassenden Systemkomponenten bleiben bestehen.

IV. Was erhoffen wir uns noch – und von wem?

Leider ist nur ein weiteres Gesetz in Sicht, auf das unsere Hoffnungen gerichtet werden können – und dann bleibt nur die Hoffnung auf die Zukunft, auf andere Regierungen, vielleicht auf einzelne Bundesländer. . .

Der Referentenentwurf für ein **Patientenrechtegesetz** erfüllt nicht einmal die Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz von 1996. Sie hatte schon damals verlangt, die Patientenrechte übersichtlich zusammenzustellen – dies verspricht das neue Gesetz in der Tat zu tun –, zusätzlich aber auch, sie weiterzuentwickeln. Und das leistet der Referentenentwurf so gut wie gar nicht. Nur an ganz wenigen Stellen sind kleine Schritte nach vorn auszumachen: Beispielsweise *sollen* Krankenkassen ihre Versicherten beim Verdacht auf Behandlungsfehler unterstützen, bisher *können* sie das nur. Und Krankenhäuser müssen sich künftig um die Sicherheit ihrer Patienten kümmern, indem sie Risiko- und Beschwerdemanagement-Systeme etablieren. (Warum müssen das nur Krankenhäuser?)

Weiterführende Vorschläge gibt es zuhauf, die jedoch allesamt keinen Eingang in den Gesetzentwurf gefunden haben.

Die zehn A-Länder haben einen umfangreichen Katalog wünschenswerter Ergänzungen der Patientenrechte vorgelegt:

- Sie wollen das Recht auf Zweitmeinung verankern (natürlich geht es um deren Bezahlung durch die Krankenkassen).
- Patienten sollen ein Recht auf Informationen über die Behandlungsqualität bekommen.
- Ein Patientenbrief soll den Inhalt des Arztbriefes in patientenverständlicher Sprache auch für die bereithalten, derentwegen das Gesundheitssystem gemacht wird.
- Patientenanliegen sollen stets in angemessener Frist bearbeitet werden müssen.
- Das Verkaufen von IGeLs durch Ärzte soll stärker reglementiert werden.
- Ein Härtefallfonds soll Entschädigung ermöglichen, wenn Patienten das Warten auf Entscheidung auf dem regulären Gerichtsweg nicht zumutbar ist, etwa weil sie vorher zu versterben drohen, oder wenn die Verursachung eines Schadens durch einen Behandlungsfehler zwar plausibel und sehr wahrscheinlich, aber nicht streng kausal beweisbar ist.
- Die Haftpflichtversicherungen der Ärzte sollen besser kontrollierbar werden.
- Die Unabhängigkeit von Gutachtern soll gestärkt werden.
- Und schließlich sollen die kollektiven Patientenrechte ausgebaut werden.

Von dieser langen Liste haben nur wenige Punkte die Chance, unter den gegenwärtigen Bedingungen noch Eingang in das Gesetzesvorhaben zu finden.

Noch weiter gehende Forderungen kommen von Patientenverbänden. Die Verbraucherzentrale Hamburg hat folgende »Wünsche« – vielleicht sind es fromme Wünsche, vielleicht unrealistische; aber wenn man sieht, dass viele Wünsche und Forderungen, die vor Jahrzehnten erstmals formuliert wurden, heute verwirklicht sind, könnte man meinen, es sei doch sinnvoll, zu wünschen und zu fordern:

- Patienten sollten regelhaft eine Kopie ihrer Aufklärungs- und Einwilligungserklärung erhalten.
- Sie sollten Ergänzungen zu ihren Krankenunterlagen zur Akte geben können.
- Die Anbieter sollten verpflichtet werden, bei Sprachschwierigkeiten geprüfte und kompetente Dolmetscher einzuschalten. Sinnvoll wäre es, einen landesweiten Dolmetscherdienst aufzubauen, der dies in allen vorkommenden Sprachen per Telefon übernehmen kann.
- Die Verbesserung des Gutachterwesens sollte sich über alle Zweige der Sozialversicherung hinweg erstrecken, etwa indem ein öffentlich kontrollierter und von Patientenvertretern begleiteter Gutachterdienst eingerichtet wird (ein »Medizinischer Dienst der Öffentlichkeit«, MDÖ).
- Anbieter sollten verpflichtet werden, ihre Infektionslage mit resistenten Keimen öffentlich zu machen.
- Die Patientenbeteiligung sollte weiterentwickelt werden: indem sie auf weitere Felder erstreckt wird, indem Ressourcen für Schulung, Fortbildung und Koordination zur Verfügung gestellt werden und durch ein Stimmrecht in Verfahrensfragen.
- Die Patientenbeteiligung sollte auch bei den Krankenkassen Einzug halten, denn die bisherige Selbstverwaltung baut nur auf die Versicherten, die ja ganz andere Interessen verfolgen wie die Patienten.
- Und zum Schluss sollten Patientenbeauftragte, die es bisher im Bund und in drei Bundesländern gibt, in ihrer Unabhängigkeit gestärkt werden, etwa indem sie statt bei der Regierung beim Parlament angesiedelt werden.

V. Finale

Zum Schluss möchte ich noch die Stadt, in der wir hier zu Gast sind, würdigen und einen Satz zitieren aus dem kleinen »geistlichen Domführer«, den man in der größten romanischen Kirche der Welt mitnehmen kann:

»Irdische Machtausübung ist nur von Segen, wenn sie an Gott und seinen Geboten Maß nimmt.«

Nun ist die Welt – außer vielleicht in Speyer – nicht mehr ganz so gottesfürchtig wie vor tausend Jahren, als diese Kirche gebaut wurde. Deshalb möchte ich vorschlagen, diesen Satz für unser Thema ein wenig umzuwandeln. Er würde dann heißen:

»Machtausübung im Gesundheitswesen ist nur von Segen, wenn sie an den Patientinnen und Patienten und ihren besonderen Erfordernissen Maß nimmt.«

Dies wäre die wichtigste Botschaft und zugleich die Zusammenfassung meines Vortrages.

Vielen Dank!