

Heinz Lohmann

Patient im Krankenhaus

Markenmedizin, Kundenorientierung und Versorgungsqualität

Aller Anfang ist schwer

Es war irgendwann im Herbst 1984 im Intercity zwischen Bremen und Hamburg. Die norddeutsche Tiefebene lag im Nebel. Der Blick aus dem Abteifenster vermittelte eine große Ruhe. Das war auch dringend nötig. Die Leiterin der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen einer deutschen Großstadt war auf dem Rückweg aus Bonn. Dort sollte sie an einer Gesprächsrunde zur Zukunft des Gesundheitssystems teilnehmen. Aber es war anders gekommen. Die ebenfalls eingeladenen Ärzteverbände hatten gegen die Anwesenheit von „unwissenden Laien“ schwere Bedenken vorgetragen. Deshalb hatten die Vertreter/innen der Selbsthilfegruppen letztendlich nur einen ganz kurzen Auftritt vor den versammelten Expert/innen. Und auch darauf mussten sie lange Zeit auf einer Bank vor dem Tagungsraum warten.

Selbsthilfegruppen mussten viele Jahre dafür kämpfen bis ihre Informationsblätter in Kliniken ausgelegt werden durften. Nur wenige waren von Anfang an davon überzeugt, dass das Profisystem und die Selbsthilfebewegung eng kooperieren sollten. Es gab Missverständnisse und Ablehnung auf beiden Seiten. Auch wenn viele Beteiligte von diesen schwierigen Annäherungsbemühungen längst nichts mehr wissen wollen, so war es.

Heute ist die Selbsthilfe vielerorts etabliert, auch wenn sich einige Aktivist/innen noch etwas mehr Anerkennung wünschen. Trotzdem gibt es Probleme. Die Ursachen dafür liegen vor allem in den knappen Ressourcen der öffentlichen Kassen. Die bescheidenen Mittel für die Selbsthilfeeats sind im Schwinden begriffen. Dabei hat der Selbsthilfegedanke durchaus erhebliche pekuniäre Potenziale, die allerdings aktiv erschlossen werden müssen. Dazu ist ein kühler Kopf Voraussetzung. Auch müssen Berührungsängste überwunden werden. Finanzen haben nun mal mit Geld zu tun, und das hat bekanntlich seine eigenen Gesetze.

Gesundheitssystem im Umbruch

Wer vor fünf Jahren in Hessen die Zusammenlegung der Universitätskliniken Gießen und Marburg propagiert hätte, wäre aus dem Land gejagt worden. Wer dann noch die Privatisierung dieser fusionierten Institutionen gefordert hätte, wäre „geteert und gefedert“ worden. Heute ist längst beides Realität. Kettenapotheken, Zahnklinikfilialen, Fernsehwerbung für medizinische Behandlungen und vieles mehr ist nicht nur nicht mehr wie bis vor kurzem undenkbar sondern

gilt als selbstverständlich. Kurzum: Auch die Welt der Gesundheit ist vom gesellschaftlichen Umbruch am Beginn des 21. Jahrhunderts erfasst.

„Ich denke viel an die Zukunft, weil das der Ort ist, wo ich den Rest meines Lebens verbringe.“ (Woody Allen)

Der Gesundheitssektor normalisiert sich. Was andere Branchen hinter sich haben, erleben die Unternehmen der Gesundheitswirtschaft jetzt auch. Darauf müssen sich alle Akteurinnen und Akteure neu einstellen. Da dieser Bereich des gesellschaftlichen Lebens bisher abgeschottet von der sonstigen Entwicklung war, sind die Betroffenen mit Wandel nicht vertraut. Sie reagieren häufig mit Abwehr auf den Veränderungsdruck. Sie hoffen immer noch, die überkommenen Strukturen und Prozesse auch in die Zukunft retten zu können. Da das angesichts der realen Probleme nicht gelingen kann, ist schnelle Neuorientierung von Nöten. Wer sich nicht bewegt, wird bewegt. Aktives Agieren verschafft Vorteile in einem rasanten Veränderungsszenario. Es lohnt sich Visionen und Strategien zu entwickeln, die sich den Herausforderungen der Zukunft stellen.

Moderne Medizin durch Wettbewerb

Was ist das Motto einer künftigen erfolgreichen Entwicklung des Gesundheitssystems? „Gute Medizin zu bezahlbaren Preisen für alle“! Und die gute Nachricht für die gesamte Branche ist: Die Nachfrage steigt. Die Demografie und die Innovationskraft der Medizin in postindustriellen Gesellschaften sichern diese Situation auch in den kommenden Jahren nachhaltig. Damit hebt sich die Gesundheitswirtschaft von vielen anderen Branchen positiv ab. Die Wachstumserwartungen, die von vielen Wirtschaftswissenschaftler/innen seit langem und von einer Reihe von Wirtschaftspolitikern/innen seit kurzem prognostiziert werden, sind realistisch. Dafür sorgt bereits aktuell der steigende Anteil der privat finanzierten Nachfrage an den Gesamtausgaben im Gesundheitssektor. Insbesondere auf Grund der stabilen Finanzkraft des größten Teils der Menschen in der zweiten Lebenshälfte wird auch in Zukunft diese Nachfrage weiter wachsen. Das Problem hier ist das fehlende Angebot an geeigneten Produkten und Dienstleistungen. Andere Branchen sind da inzwischen viel attraktiver. Sie haben den Markt längst entdeckt, den ältere Menschen in unserer Volkswirtschaft ausmachen. Ausgerechnet die Gesundheitswirtschaft, die sich traditionell als Wahrer der Interessen und Bedürfnisse von Senior/innen versteht, ist noch weit im Hintertreffen. Hier gilt es schnell aufzuholen und den Anschluss zu gewinnen.

Richtig ist aber auch, dass die Finanzierungsmöglichkeiten im Sozialtransfer wegen andersartiger politischer Prioritäten begrenzt sind und bleiben. Alle postindustriellen Gesellschaften positionieren sich auf dem Weltmarkt mit innovativen Produkten und Dienstleistungen. Sie forcieren daher den Forschungsbereich und versuchen, die öffentlichen Mittel in diesen Sektor umzusteuern. Die Belastung der Volkswirtschaften mit Sozialausgaben wird deshalb reduziert.

Die aufgehende Schere zwischen steigender Nachfrage nach Gesundheitsleistungen einerseits und begrenzten Mitteln aus dem Sozialtransfer erfordert politisches Handeln. Da die Einschränkung von Leistungen der staatlichen Sozialsysteme außerordentlich konfliktträchtig ist und außerdem den gesellschaftlichen Konsens bedroht, sind Politiker/innen mehr und mehr bereit, auch im Gesundheitssystem durch den Einbau von Wettbewerbselementen die Produktivität zu steigern. Das ist der Grund, dass inzwischen das Selbstkostendeckungsprinzip bei den Krankenhäusern geopfert wurde und bei der „Integrierten Versorgung“ (IV) das herkömmliche Prinzip des „einheitlichen und gemeinsamen“ Handelns aller Akteur/innen tendenziell durch ein Vertragssystem zwischen Anbieter/innen und Nachfrager/innen ersetzt wurde.

Vertrags- statt Budgetsystem

Im Wettbewerb spielt die Geschwindigkeit der Entwicklung und Umsetzung geeigneter Betriebsziele eine entscheidende Rolle. Deshalb ist es unerlässlich, die Zeichen der Zeit zu erkennen und umgehend zu einer Neuorientierung zu kommen. Der Paradigmenwechsel ist in vollem Gange. Während in der Vergangenheit Institutionen alimentiert worden sind, werden in Zukunft mehr und mehr Leistungen honoriert. Nur so lassen sich Unwirtschaftlichkeiten bekämpfen und die Produktivitätsreserven heben, die im System stecken. Die Medizin selbst rückt ins Zentrum des Geschehens. Das ist der Kern der Modernisierung.

Die wichtigste Voraussetzung für einen Leistungswettbewerb ist eine akzeptierte Definition dessen, was Gegenstand des Wettbewerbs sein soll. Deshalb war es unabdingbar, Medizin beschreibbar und damit verhandelbar zu machen. Die gesetzlichen Regelungen zur „Integrierten Versorgung“ sind geeignet, den Weg zu einem Vertragssystem zwischen Krankenkassen bzw. Gruppen von Krankenkassen auf der einen Seite und Gesundheitsanbieter/innen bzw. Gruppen von Gesundheitsanbieter/innen auf der anderen Seite frei zu machen.

Für künftige Anbieter/innen von kombinierten Gesundheitsleistungen ergeben sich in einer solchen Entwicklung große Chancen. Sie sind erstmalig in der Lage, Gesundheitsangebote in gemeinsamer Verantwortung zwischen Industrie, Service und Medizin zu entwickeln und auf den Markt zu bringen. Daraus wird sehr schnell ein Qualitätswettbewerb erwachsen, weil für Anbieter/innen entscheidende Marktvorteile darin entstehen, den gesetzlich vorgeschriebenen Mindeststrahlen zu überschreiten. Hierfür sind bestehende IV-Verträge der Beleg.

Im Interesse der Versicherer liegt es, eine Medizin, die in Verträgen exklusiv zwischen den Vertragsparteien vereinbart wird, mit Markencharakter zu versehen. Entsteht daraus doch die Chance, auf dem Versicherungsmarkt mit Markenmedizin zu werben. Eine Krankenkasse, die ein besseres Leistungsversprechen abgeben und belegen kann, darf mit Wettbewerbsvorteilen rechnen. Deshalb wird diese Entwicklung von aktiven Krankenkassen und Gesundheitsanbieter/innen im gemeinsamen Interesse befördert.

Der Weg vom Budget- zum Vertragssystem lässt sich kurz wie folgt skizzieren: Das Prinzip des „Einheitlich-und-Gemeinsam“ des bisherigen Budgetsystems wird im Wettbewerb der Gesundheitsanbieter/innen durch ein Vertragssystem schrittweise ersetzt. Die Beteiligten werden dabei in die Verantwortung für ihre gemeinsamen Kunden als Krankenversicherte und Patient/innen gezwungen. Mit der Einführung der DRG-Methodik¹ ist die zentrale Bedingung für ein Vertragssystem im Gesundheitssektor, nämlich die eindeutige Definition der Leistung, erfüllt. Sie wird in den kommenden Jahren deshalb den heutigen Rahmen der stationären Versorgung verlassen und in anderen Leistungsbereichen der Medizin zum Einsatz kommen. Das DRG-System und standardisierte Behandlungsabläufe stellen die Basis zur Entwicklung von „Lösungen für Patient/innen“ dar. Notwendig für ein funktionierendes Vertragssystem ist dann nur noch die ebenfalls aus dem DRG-Ansatz zu entwickelnde Preiskalkulation.

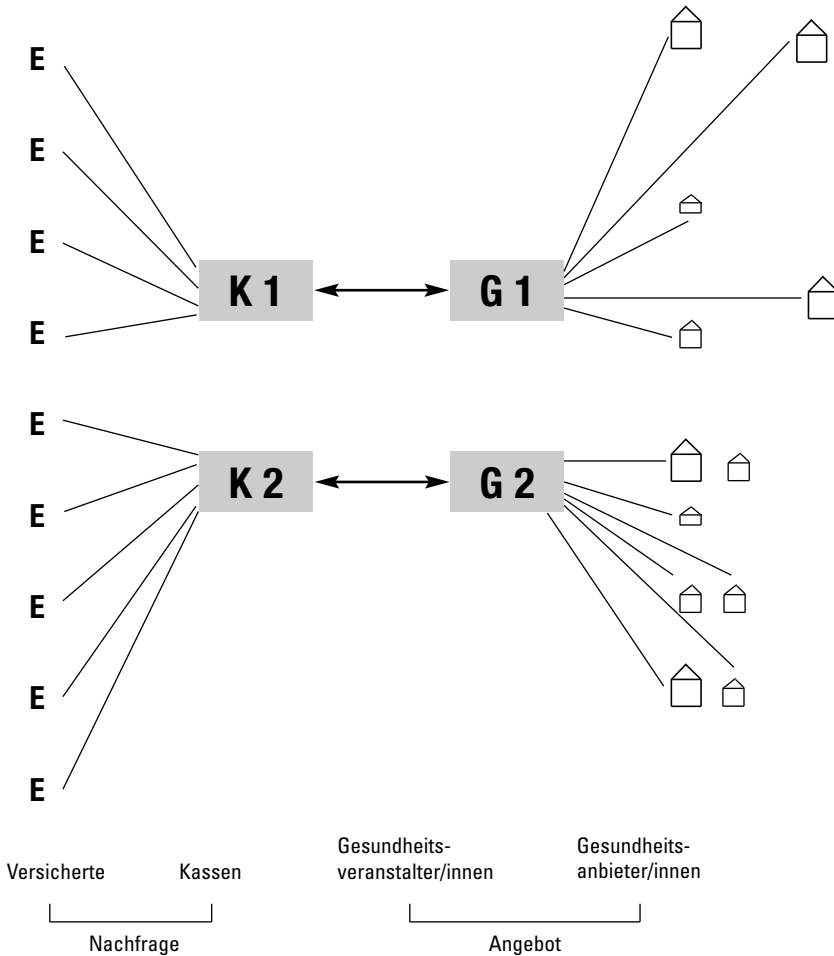
*„In Zukunft gibt es nur noch zwei Arten von Firmen: schnelle und tote.“
(David Vice, Geschäftsführer der Northern Telecom)*

Künftig wird darum in Leistungsverträgen der Inhalt der „Lösung für die Patientin / den Patienten“, also die Dienstleistungs-Produkt-Kombination und die ablauforganisatorische Durchführung festgelegt, bei Eignung der jeweils medizinischen Leistung eine Gewährleistung vereinbart, zusätzliche Unterbringungs- und Pflegeleistungen sowie etwaige weitere Verpflichtungen definiert. Außerdem werden natürlich Preise und ggf. Rabatte vertraglich bestimmt. Die Zukunft wird darin bestehen, nicht nur einzelne Leistungspakete für eine komplizierte Behandlung zu vereinbaren, sondern „Container“, die mehrere solche Leistungspakete enthalten. Auch werden nicht einzelne Krankenhäuser mit einzelnen Krankenkassen dieserart Verträge schließen, sondern Gruppen von Gesundheitsanbieter/innen mit Gruppen von Nachfragenden.

Für solche Vertriebsmodelle gibt es in anderen Branchen durchaus vergleichbare Vorbilder. Beispielsweise ist die Reisewirtschaft mit ihrem Agentursystem gut geeignet, Patin bei der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zu stehen. Auf der Nachfrageseite sind Reisebüros im Auftrage der Reisenden tätig. Sie bündeln die Einzelnachfrage und vermitteln neben Markttransparenz insbesondere auch wirtschaftliche Leistungen. Eine solche Funktion können aktive Krankenkassen in den kommenden Jahren in der Gesundheitswirtschaft mehr und mehr einnehmen. Sie sind die Nachfrageagenturen der potenziellen Patient/innen. Krankenversicherte wählen in Zukunft die Krankenversicherung aus, die die gewünschten medizinischen Lösungen mit entsprechenden Anbieter/innen kontrahiert haben.

Auf der anderen Seite können Reiseveranstalter Vorbild für Managementgesellschaften im Gesundheitssystem sein, die ihre Aufgabe darin sehen, aus einzelnen Gesundheitsleistungen komplexe Behandlungslösungen zusammenzustellen. Wie bei Pauschalreisen sind solche medizinischen Leistungspakete geeignet, die Interessen der Patient/innen nach umfassender Versorgung und Betreuung zu erfüllen.

Agenturen im Gesundheitsmarkt



© Prof. Heinz Lohmann

Gesundheitswirtschaft gestaltet Markenmedizin

Viele Jahre nur unter der Kostenproblematik diskutiert, wird die Gesundheitswirtschaft mehr und mehr als Chance für wirtschaftliches Wachstum erkannt. In Gesellschaften, in denen die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der Leistungsfähigkeit der Medizin wächst, ist eine solche Erwartung naheliegend. Hinzu

kommt, dass in den kommenden Jahren eine große private Finanzkraft zur Verfügung steht, die aus der Chance Realität werden lassen kann. Gesundheitsanbieter/innen sind aufgerufen, entsprechende Produkte und Dienstleistungen sowie Kombinationen aus beidem zu entwickeln. In weiten Bereichen, etwa in der Touristik, insbesondere bei den Gaststätten, aber auch im Wohnungsbau und bei den zentralen Gesundheitsleistungen selbst, stehen wir erst am Anfang dieser Entwicklung. Erste Untersuchungen zeigen, dass die Potenziale auf dem Markt der Gesundheitswirtschaft gewaltig sind.

Eine solche Entwicklung wird mit gesellschaftlicher Akzeptanz nur dann rechnen dürfen, wenn es gelingt, moderne Medizin auch denjenigen zugänglich zu machen, die nicht dazu in der Lage sind, die Kosten dafür selbst aufzubringen. Dieses Ziel kann nicht erreicht werden, indem ständig die Einnahmen des Gesundheitssektors erhöht werden. Vorrangig geht es darum, die Organisation der Medizin zu modernisieren. Gutes Geld in ein antiquiertes System zu stecken, kann die Probleme nicht nachhaltig lösen. Die Produktivitätsreserven können aber nur dann aktiviert werden, wenn die Kreativität aller Beteiligten herausgefordert wird. Deshalb gilt es, die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zu mehr Wettbewerb zu ermöglichen. Der Staat muss in einem solchen System eine neue Rolle einnehmen. Er hat künftig die Aufgabe, die Marktordnung zu bestimmen und den Patient/innenschutz sicherzustellen. Er muss das System deshalb umregulieren.

Wer heute den notwendigen Veränderungsprozess verlangsamt, behindert die Hebung der Produktivitätsreserven und gefährdet das Ziel, gute Medizin zu bezahlbaren Preisen zu erreichen. Deshalb sind innovative Gesundheitsanbieter/innen gefordert, initiativ zu werden und die Politik zu mehr Mut aufzufordern, die notwendigen gesetzgeberischen Schritte zu wagen. Es geht darum, nicht durch immer mehr Paragraphen die Unternehmen zu lähmen, sondern durch Gestaltungsräume die unternehmerische Kraft im Wettbewerb zu aktivieren. Markenmedizin ist dazu ein innovativer, Erfolg versprechender Ansatz.

Selbsthilfe in neuer Rolle

Viele Menschen erleben diese Veränderungsprozesse angstbesetzt. Sie fürchten eine grundlegende Änderung der Einstellung zur Medizin in unserer Gesellschaft. Nicht mehr die Gesundheit der Menschen ist aus ihrer Sicht im Zentrum des Interesses, sondern die Chancen für das eingesetzte Kapital. Humanitäre Ziele geraten hierbei in Konflikt mit ökonomischen Zielen. Kurz: Die Ökonomie dominiert künftig die Medizin, so glauben sie.

Eine Reihe von therapeutisch Tätigen sieht in Folge der Veränderungen einen Verlust an Bedeutung der eigenen Rolle. Immer wird die Befürchtung der Statusminderung in der Diskussion mit unvermeidlichen Nachteilen für die Patient/innen verbunden. Sie werden als Opfer der „Ökonomisierung“ beschrieben. Ihre Interessen werden häufig bemüht, wenn es um die Mobilisierung der öffentlichen Meinung gegen Veränderungen geht. Nicht die realen Probleme der Gegenwart werden als Ausgangspunkte für Überlegungen zu Reformen genutzt, sondern denkbare Verschlechterungen in der Zukunft als Argument

gegen den Wandel an sich. Nicht das bestehende Übel, sondern die vorgeschlagenen Lösungsansätze werden vehement bekämpft. Diese Verhaltensmuster sind nicht neu. Sie sind auch nicht auf den Gesundheitssektor begrenzt. Überall dort, wo Umbrüche Menschen verschrecken, laufen ähnliche Debatten ab.

Viele Argumente, die in anderen Branchen, bei deren Rationalisierungsprozessen auch vorgetragen worden sind, werden im Gesundheitssektor jetzt umso vehementer artikuliert. Zu allererst wird die Individualität der Behandlung ins Feld geführt. Abgeleitet wird daraus eine angebliche Singularität, die jegliche Standardisierung verbietet. Im Handel, im Fremdenverkehr und in weiteren Wirtschaftsbereichen hat es ähnliche Debatten in der Vergangenheit gegeben. Die Siegeszüge der Supermärkte und der Pauschalreisen sind dadurch nicht gestoppt worden. So wird es auch in der Medizin sein.

„Die besten Reformen, die die Welt je gesehen hat, sind jene, welche bei sich selbst anfangen.“ (George Bernhard Shaw)

Deshalb sollte auch die Selbsthilfebewegung etwaige Berührungängste schnell überwinden. Sie muss ihre Rolle zwischen Markenmedizin und Patient/inneninteresse neu definieren. Sie muss sich in einem zunehmend von Wettbewerb geprägten Gesundheitssystem der Zukunft aktiv positionieren. Diese Herausforderung gilt es ohne Scheuklappen zu meistern. Dabei haben die Vertreter/innen von Selbsthilfegruppen eine Ausgangssituation, die außerordentlich komfortabel ist. Sie sind bei ihren Aktivitäten extrem glaubwürdig, weil ihre Betroffenheit Erfahrung und Unabhängigkeit vermittelt. Dieser Hintergrund kann der Selbsthilfebewegung bei weiterem Rückgang der institutionenbezogenen Förderung im Gesundheitssystem neue Finanzquellen eröffnen. Das wird auch dringend erforderlich sein, weil mehr und mehr der Leistungsbezug auch in diesem gesellschaftlichen Bereich Einzug hält.

Wenn die öffentliche Pauschalfinanzierung schwindet, können Selbsthilfekontaktstellen ihre Vermittlungstätigkeiten bestimmten Anbieter/innen zur Verfügung stellen. Ihre Leistungen werden damit zum Bestandteil der Markenmedizin. Ein Gutschein, der Patient/innen im Rahmen eines Behandlungspaketes zur Verfügung gestellt wird, ermöglicht die kostenlose und freiwillige Inanspruchnahme der Beratungsleistung einer Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen. Die Behandlungslösung wird mit dieser Zusatzleistung aufgewertet und damit wertvoller. Sie ist zudem qualitativ hochwertiger. Die Refinanzierung der Kontakt- und Informationsstelle erfolgt durch vertragliche Teilhabe am Vertriebs Erfolg des Markenmedizinanbieters, also etwa des Gesundheitsveranstalters. Die von der Kontakt- und Informationsstelle im Rahmen einer solchen Behandlungslösung angebotenen Beratungsleistung kann sich von der allgemeinen, jedermann ohne „Gebühr“ zugänglichen Grundinformation beispielsweise durch die Intensität abheben. Es besteht bei dieser Vorgehensweise somit auch künftig ein offenes neben einem exklusiven Beratungsangebot der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen.

Anbieter/innen und auch Nachfrager/innen von Gesundheitsleistungen müssen sich auf die neue Situation eines patient/innenorientierten Wettbewerbssystems schnell und intensiv einstellen. Sie sind gezwungen, sich mit den Wünschen und Bedürfnissen von Patient/innen in bisher nicht gekannter Weise zu beschäftigen. Ihre eigenen Apparate sind auf solche Aufgaben deshalb nicht vorbereitet, weil sie bisher diese Qualitäten nicht entwickeln mussten. Deshalb suchen sowohl Anbieter/innen als auch Nachfragende, also Dienstleister/innen und Produzent/innen, als auch Krankenversicherer nach Partnern, die die gewünschten Informationen vermitteln können. Selbsthilfekontaktstellen können von den Mitgliedern der Selbsthilfegruppen Betroffenerfahrung generieren. Diese Informationen können dann zur Optimierung von Lösungen bestimmter Anbieter/innen oder auch Nachfrager/innen verwendet werden. Sie können von den Selbsthilfekontaktstellen zur Finanzierung der eigenen Arbeit herangezogen werden. Die Informationen haben nämlich einen Marktwert, der entsprechende Honorierung ermöglicht. Auch Zertifizierungsgesellschaften, die zurzeit im großen Stil auf den Gesundheitsmarkt drängen, können gleiche Angebote gemacht werden. Sie werden zur Transparenz in dieser Branche beitragen. Das wiederum erhöht die Patient/innensouveränität. Die Kontakt- und Informationsstellen können ihren Service zur Unterstützung den Selbsthilfegruppen im Gegenzug zur Informationsvermittlung kostenlos anbieten.

Da der Staat in einem Wettbewerbssystem neue Aufgaben übernehmen muss, ist auch bei den öffentlichen Stellen eine Umorientierung unerlässlich. Selbsthilfekontaktstellen können hierbei ihre Systemkompetenz auf der Grundlage der aggregierten Betroffenerfahrung in die Gestaltung der Marktordnung und den Verbraucherschutz gegen entsprechende Honorierung einbringen.

Die skizzierten Beispiele einer erweiterten Basis der Finanzierung der Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen beruhen auf dem Prinzip von Leistung und Gegenleistung. Sie sind mithin marktkonform und somit geeignet, in dem sich stark wandelnden Gesundheitssystem erfolgreich eingesetzt zu werden. Selbsthilfe ist heute gesellschaftsfähig geworden. Auf der Bank vor der Tür sitzen andere Leute. Sie sollten dort nicht ewig warten. Der Wandel erfordert von allen Beteiligten Offenheit und eine vorurteilsfreie Diskussion bei der Neuorientierung der Aufgaben. Geschäftsmodelle müssen angeglichen werden. Das gilt für Unternehmen genauso wie für die sonstigen Institutionen der Gesundheitswirtschaft – Selbsthilfe eingeschlossen.

„Die Wahrheit ist dem Menschen zumutbar.“ (Ingeborg Bachmann)

Anmerkung

1 DRG = Diagnosis Related Groups; deutsch: Diagnosebezogene Fallgruppen

Heinz Lohmann ist Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler und Professor an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg. Mit „LOHMANN konzept“ ist er als Berater in der Gesundheitswirtschaft tätig und Gesellschafter des Kongressveranstalters „WISO HANSE management GmbH“. Er ist wissenschaftlicher Leiter des Kongresses „Krankenhaus, Klinik, Rehabilita-

tion“ des Hauptstadtkongresses in Berlin, Präsident des Gesundheitswirtschaftskongresses Hamburg, Gastgeber der Fernsehreihen „Mensch und Wirtschaft“ bei HH 1 und „Perspektive Gesundheit“ bei TV Berlin sowie Autor zahlreicher Publikationen.