

„Wird sich die CDU für eine Gesundheitspolitik im Interesse der Patienten einsetzen?“

Eine Kurzanalyse der „14 Vorschläge für eine Reform der medizinischen Versorgung in Deutschland“ der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag vom 17.1.2011

von Dr. Herbert Reichelt,
Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes

Ist es der Anfang einer „kopernikanischen Wende“ der Gesundheitspolitik, was uns das 14-Punkte-Papier ankündigt? Nun, das werden erst der weitere politische Weg und die damit verbundene konkrete Ausgestaltung der unterbreiteten Reformvorschläge zeigen. Die AOK ist jedenfalls bereit, sich nachdrücklich dafür einzusetzen, dass es wirklich zu einer für die Patienten spürbaren Leistungsverbesserung kommt, ohne zusätzliche finanzielle Belastungen der Beitragszahler. Das vorgelegte Papier kann hierfür eine geeignete Grundlage sein. Die dort vorgenommene Analyse der Situation sowie viele dort skizzierte Ansätze gehen in die richtige Richtung.

Es ist gut, wenn Gesundheitspolitik nicht mehr um die Interessen gut organisierter Leistungserbringer-Lobbys kreist, sondern die Interessen der Patienten in den Mittelpunkt stellt. Seit 2008 haben niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser rund zehn Milliarden Euro mehr erhalten. Für jedes Mitglied der GKV bedeutet das, dass es dann jährlich etwa 250 Euro mehr an die Ärzte und Kliniken zahlt als noch 2008. Dem müssen jetzt die angemessenen Gegenleistungen in Gestalt von besseren Leistungen und besserem Service für die Patienten folgen. Es ist also nur konsequent, wenn CDU/CSU auch von Ärzten und Krankenhäusern eine stärkere Leistungsorientierung fordert, nicht nur von Arbeitnehmern.

I. Neue Strukturen für die Gestaltung der Versorgungsstrukturen sowie Abbau von Überversorgung

Wie die Union in ihrem Papier deutlich macht, haben wir genügend Ärzte in Deutschland, aber ihre Verteilung ist unzureichend. Ursache dieses Problems ist in erste Linie der veraltete Ansatz der Bedarfsplanung, der auf einer einfach fortgeschriebenen Vorgabe der Arzt-Einwohner-Relation beruht, die die notwendige Versorgungsrealität in den einzelnen Regionen Deutschlands längst nicht mehr abbildet.

Diese soll nun durch eine neu zu schaffende Versorgungsplanung ersetzt werden. Auf regionaler Ebene agierende Ausschüsse zur ärztlichen Versorgungsplanung sollen nach den

jeweiligen Versorgungsstufen (Primärversorgung, allgemeine fachärztliche Versorgung und spezialisierte Versorgung) mit flexibleren, sektorübergreifenden Bezügen planen. Dabei wird dem richtigem Grundgedanken gefolgt, den Patienten einen adäquaten Zugang zur Versorgung in jeder Versorgungsstufe zur Verfügung zu stellen.

Das ist grundsätzlich richtig so. Damit das Vorhaben aber in der Praxis auch funktioniert, muss sichergestellt werden, dass die für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung verantwortlichen Akteure paritätisch an den jeweiligen Entscheidungen beteiligt werden. Zusätzlich bedarf es neben der Planungsgrundlage auch geeigneter Steuerungsinstrumente, damit die neue Versorgungsplanung ihre Wirkung auch tatsächlich entfaltet und Fehlsteuerungen verhindert. Die in diesem Zusammenhang von der Union benannten Ansätze (z.B. Erweiterung der bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten zum Aufkauf von Praxen, Steuerung des Niederlassungsverhaltens durch finanzielle Anreize, zeitliche Befristung von Zulassungen) werden von der AOK befürwortet.

II. Einheitliche Rahmenbedingungen und Vergütungen an der Sektorgrenze / Kooperation von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern

Die Union schlägt die Schaffung gleicher Rahmenbedingungen für die Bereiche vor, in denen Vertragsärzte und Krankenhäuser ambulant tätig sind. Es geht hier also insbesondere um die spezialärztliche Versorgung und deren Qualitätssicherungsmaßnahmen und Vergütung. Die Zulassungsentscheidungen soll der sektorübergreifende Versorgungsausschuss treffen, gegebenenfalls kann die Sicherstellung der Versorgung auf die Kassen übertragen werden, die dann gegenüber dem Versorgungsausschuss berichtspflichtig werden.

Die große Aufgabe der Neuabgrenzung von ambulanter und stationärer Versorgung kann nur schrittweise bewältigt werden. Dabei sollte das ambulante Operieren als erste Stufe in Angriff genommen werden. Für die Vergütung hochspezialisierter Leistungen ist eine Abgrenzung zur morbiditätsorientierten Gesamtvergütung eine wichtige Voraussetzung. Die spezialärztliche Versorgung ist zudem für eine wettbewerbliche Ausgestaltung geeignet, da sie zum übrigen Versorgungsgeschehen klar abgrenzbar und messbar ist sowie in der Regel keine Notfallversorgung umfasst.

Ebenfalls fortgeführt werden sollte die Überlegung, die Kooperation von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern zu verbessern. Bis heute hat die Aufteilung der medizinischen Versorgung in verschiedene Sektoren zur Folge, dass eine kontinuierliche und abgestimmte Behandlung des Patienten nicht hinreichend gewährleistet ist. Insbesondere die Optimierung des Entlassungsmanagements ist als Ziel unstrittig. Hier wird der Patient noch immer viel zu häufig alleine gelassen. Doch die richtige Analyse der Situation und der fromme Wunsch, dass sich dieses ändern möge, reichen nicht aus. Hier muss dann auch der nächste Schritt gegangen werden, der den Kliniken Anreize oder Sanktionen bietet, das Entlassungsmanagement tatsächlich zu verbessern. Bisher ist nämlich noch immer Tatsache, dass das

Interesse des Krankenhauses an einem umfassenden Entlassungsmanagement nur eingeschränkt vorhanden ist. Als Träger der gesamten Behandlungskette sind die Krankenkassen sicherlich in der Lage, sektorübergreifend tätig zu werden. Dies setzt jedoch umfassende datenschutzrechtliche Regelungen voraus, damit die Kassen nicht im Bürokratiestau von Einzelfallanfragen und -erlaubnissen ersticken.

III. Weitere Maßnahmen zur Förderung der Attraktivität des Arztberufes

Als Beitrag zur Förderung der Attraktivität des Arztberufes wird insbesondere überlegt, einer alten Forderung der Ärzte nachzugeben und die Richtgrößenprüfung der Arznei- und Heilmittelverordnung auf den Prüfstand zu stellen. Doch die Attraktivität eines Berufsstandes zu fördern, indem man ihnen Freibriefe ihres Handelns ausstellt, kann nicht der richtige Weg sein. Überlegungen, die Richtgrößenprüfung abzuschaffen, sind nur dann akzeptabel, wenn adäquater Ersatz gefunden wird und eine Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen ist. Die Förderung der Attraktivität des Arztberufes darf nicht zu Lasten der Wirtschaftlichkeit in der Versorgung und damit zu Lasten des Portemonnaies der Beitragszahler erfolgen.

IV. Honorarreform

Die geplante Beibehaltung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wird von der AOK-Gemeinschaft unterstützt. Da aber – nicht zuletzt aufgrund der verzögerten Einführung der Kodierrichtlinien – bei einer rein diagnosebezogenen Morbiditätsbestimmung noch in einigen Jahren Verwerfungen und Fehlmessungen drohen, ist eine vorübergehende Beibehaltung eines Mix der Veränderungsdaten aus diagnose- und demographiebezogenen Faktoren unvermeidlich. Zur Berücksichtigung der regionalen Versorgungsstrukturen und der Bevölkerungsentwicklung sollten darüber hinaus die Veränderungsdaten KV-spezifisch bestimmt werden sowie generell die Weiterentwicklung der Gesamtvergütung stärker regionalisiert werden.

Das Verständnis von leistungsgerechter Vergütung als Honorierung von guter Qualität statt von großen Mengen ist ebenfalls begrüßenswert. Daher ist es auch nur konsequent, die Mengensteuerung auf arztindividueller Ebene weiterzuentwickeln, ausgerichtet an der Indikation und am Schweregrad der Erkrankung. Die Abkehr von der Pauschalierung von Leistungen – die im Übrigen lediglich im hausärztlichen Bereich konsequent umgesetzt worden ist – würde jedoch neue Risiken hinsichtlich einer angebotsinduzierten und medizinisch nicht begründeten Mengenausweitung in sich bergen und somit die eigentlich richtige Grundüberlegen wieder konterkarieren.

Um bei der Weiterentwicklung den Behandlungsbedarf des von einem Arzt versorgten Personenkreises besser widerzuspiegeln, sollte die Bemessung der Regelleistungsvolumina

nur in geringerem Maße nach Durchschnittswerten und vielmehr nach patienten- und arztbeziehungsweise praxisspezifischen Kriterien ausgerichtet werden.

V. Verbesserung der erlebten Versorgungsqualität der Patienten

Vor dem Hintergrund der ständig steigenden Ausgaben für die ärztliche Versorgung ist für einen verbesserten Service der Patienten zu sorgen. Dies betrifft insbesondere die Wartezeit auf einen Facharzttermin. Laut einer aktuellen Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erhielten noch im Jahr 2006 immerhin mehr als zwei Drittel der Patienten einen Termin innerhalb einer Woche. Nur vier Jahre später (2010) muss bereits nahezu jeder zweite mehr als eine Woche auf einen Facharzttermin warten. Eine Woche gilt als Zeitraum, der für die Mehrheit der Menschen noch akzeptabel scheint. Besonders drastisch ist die Entwicklung in den Fällen, die mehr als drei Wochen warten müssen. Waren es vor vier Jahren noch elf Prozent, hat sich der Anteil nun auf 20 Prozent fast verdoppelt.

Daher müssen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen über die Zuweisung des Sicherstellungsauftrages hinaus adäquate Instrumente an die Hand gegeben werden, um kurze Wartezeiten durchzusetzen. Das könnte zum Beispiel im Rahmen von Direktverträgen zwischen Kassen und Leistungserbringern erfolgen, wenn die Rahmenbedingungen wirtschaftlich sinnvoll gestaltet sind.

VI. Zahnärztliche Versorgung

Im Unterschied zu vielen anderen Überlegungen der Union haben die geplanten Änderungen in der vertragszahnärztlichen Vergütung keinerlei Zusatznutzen für die Patienten. Trotz der derzeitigen Honorarstruktur hat sich die Mundgesundheit in Deutschland in den letzten zehn Jahren deutlich verbessert. Die geplanten Veränderungen haben allein das Ziel, die Honorare der Zahnärzte weiter zu erhöhen. Diese Absicht wird von der AOK daher abgelehnt, denn das Ziel des nun diskutierten Versorgungsverbesserungsgesetzes sollte es ja sein, die Versorgung zu verbessern, nicht die Honorare der Zahnärzte zu erhöhen.

VII. Kollektiv und Selektiv

Die AOK teilt die Einschätzung, dass das Verhältnis von Kollektiv- und Selektivverträgen stringenter geregelt werden muss. Eine stärker wettbewerbliche Ausrichtung der Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern soll dazu beitragen, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung im Interesse der Patienten gezielt zu verbessern. Das kann jedoch nur gelingen, wenn auch Direktverträge zwischen Kassen und Leistungserbringern – auf der Grundlage systemweiter Regelungen zu Mindestqualität, Sicherstellung und Notfallversorgung – an die Stelle von Kollektivverträgen treten können. Im

Bereich der spezialärztlichen Versorgung bietet sich an, auf Grundlage der Bedarfserstellung des Versorgungsausschusses Versorgungsverträge mit hinreichender Dauer zu vergeben. Die Qualität der Leistungen sollte als vorrangiges Ziel vereinbart werden. Die AOK begrüßt deshalb ausdrücklich das Vorhaben, die Bereinigung der Kollektivvergütungen als zentrale Funktionsbedingung für Selektivverträge einfach und zeitnah zu ermöglichen.

Dagegen würden mehr gemeinsame und einheitliche Lösungen – etwa in der Integrierten Versorgung – den wettbewerblichen Ansatz nicht unterstützen. Die Bundesregierung sollte ihren eigenen Ankündigungen folgen und mehr Wettbewerb vor allem als Chance statt als Risiko begreifen. Damit mehr Wettbewerb um die beste Versorgung auch tatsächlich bei den chronisch und akut kranken Menschen ankommt, dürfen diese für die Krankenkassen keine „schlechten Risiken“ sein. Im Gegenteil muss ein besonders gutes Versorgungs- und Vertragsmanagement hohe Qualität der Versorgung sichern und zugleich wirtschaftliche Früchte tragen können. Dafür sorgt ein hinreichend umfassender Risikostrukturausgleich, der sich auch weiterhin an dem zentralen Ausgabenrisiko einer Krankenversicherung orientieren muss: dem Krankheitszustand ihrer Versicherten.