

Freiräume nutzen: Handlungsperspektiven einer Gesundheitspolitik ohne Finanzierungsnöte und mit breiter parlamentarischer Mehrheit¹

ANTJE KAPINSKY

Antje Kapinsky ist im Stabsbereich Gesundheitspolitik der Techniker Krankenkasse in Berlin tätig

Die Gesundheitspolitik befindet sich in einem saturierten Zustand. Die politischen und finanziellen Rahmenbedingungen sind dennoch günstig, um neue Reformtreiber zu implantieren. Das Thema Qualität könnte eine Reformphase prägen, in der die Versorgung im Mittelpunkt steht. Der Koalitionsvertrag legt einen Grundstein und zeigt geeignete Handlungsfelder auf. Die Pläne für eine Krankenhausreform, die Sammlung von komprimierten Qualitätsdaten sowie valide Patienteninformationen sind Beispiele dafür. Ziel der Reformen sollte der Ausbau der Qualität als Steuerungsparameter und die Neugestaltung der Vergütungssysteme sein.

1. Einleitung

Das Gesundheitswesen gehört derzeit ausnahmsweise nicht zu den Problemzonen der Politik. Deshalb hat das Thema in den Koalitionsverhandlungen keine größeren Schwierigkeiten bereitet. Um Begehrlichkeiten im Zaum zu halten, wurde ein ernüchternder Blick auf das Ende der fetten Jahre an den Beginn der Verhandlungen gestellt.² Mit den vereinbarten Änderungen im Finanzierungssystem werden die Regierungspartner den Preisaspekt im Kassenwettbewerb vorsorglich entschärfen. Hatten sich die wettbewerblichen Differenzierungen bisher auf zusätzliche, häufig von Marketingaspekten getragene Leistungen sowie auf Prämienzahlungen durch wenige Krankenkassen konzentriert,³ wird es zukünftig eine überschaubare Bandbreite der Beitragssätze geben. Große Umwäl-

zungen im Krankenkassenmarkt sind deshalb vorerst nicht zu erwarten.

Auch in der Versorgung liegen die Probleme eher in der bedarfsgerechten Sicherstellung der Versorgungsangebote und dem Abbau von Überversorgung. Manche dieser Probleme werden im Koalitionsvertrag aufgegriffen, wie die langen Wartezeiten bei bestimmten Facharztgruppen und in der ambulan-

¹ Der Beitrag gibt die persönliche Meinung der Autorin wieder.

² Süddeutsche Zeitung vom 02.11.2013: „Krankenkassen droht Milliardendefizit“. Für die Jahre 2013 und 2014 gab es im Schätzerkreis für die Ausgabe Seite keine einvernehmliche Prognose. Gleichwohl wird auch für das Jahr 2014 insgesamt erwartet, dass die Einnahmen des Gesundheitsfonds die Ausgaben übersteigen. Pressemitteilung des Bundesversicherungsamts (BVA, Schätzerkreis) vom 10.10.2013.

³ Von rund 43 Mio. Mitgliedern werden in 2013 rund 7,5 Mio. eine Prämie erhalten. Pressemitteilung des BMG vom 05.09.2013.

ten Psychotherapie. Schon seit längerem versucht die Politik, den zunehmenden Fachkräftemangel in den Medizinberufen und die absehbare Ausdünnung der Versorgungsangebote in strukturschwachen Gebieten zu bekämpfen. Instrumente zur Eindämmung von Überversorgung werden nur zaghaft genutzt, obwohl der Handlungsbedarf in manchen Versorgungsbereichen evident ist.⁴ Die ambulante ärztliche Versorgung ist durch den Verzicht auf die Praxisgebühr sogar zuzahlungsfrei gestellt worden.

Gesundheitspolitische Reformen sind seit vielen Jahren weniger von den ideologischen Grundeinstellungen der Akteure geprägt als von deren Pragmatismus bei der Bekämpfung konkreter Fehlentwicklungen. Die neue Regierung steht vor der Situation, dass die GKV voraussichtlich

Die neue Regierung steht vor der Situation, dass die GKV voraussichtlich erst zur Mitte der Legislaturperiode spürbare Defizite schreiben wird.

erst zur Mitte der Legislaturperiode spürbare Defizite schreiben wird. Es gehört jedoch zu den Grundregeln erfolgreichen Regierens, größere Reformen möglichst an den Anfang der Legislaturperiode zu legen. Der fehlende Finanzdruck zu Beginn der Wahlperiode dürfte zur Folge haben, dass die Regierungszeit dieser großen Koalition keinen Systemumbau wie seinerzeit das Wettbewerbsstärkungsgesetz hervorbringt, sondern eine endogene Weiterentwicklung des Bestehenden. Dies lässt sich bereits am Koalitionsvertrag ablesen. Man sollte das Potenzial von eher kleinteiligen und aufwendigen Modernisierungen jedoch nicht gering schätzen, weil sich mit der großen Mehrheit im Bundestag die Chance böte, breitgefächerte Widerstände zu überwinden und einen langfristigen Kulturwandel zu erreichen.

Im folgenden Beitrag wird der Reformbedarf im Lichte dieser Ausgangslage betrachtet. Teilweise sind die angesprochenen Themen im Koalitionsvertrag angelegt, teilweise könnten sie sich aus ihm entwickeln. Ausgeklammert werden die anstehenden Reformen im Bereich der Pflegeversicherung und Fragen des dualen Versicherungssystems.

2. Qualität zum Leitthema machen

In den rund zwanzig Jahren, die seit dem Gesundheitsstrukturgesetz vergangen sind, hat der Wettbewerb im deutschen Gesundheitswesen viele Strukturen verändert und ökonomische Potenziale freigesetzt. Nur ein Bereich blieb im Windschatten der großen Reformwellen: die Qualität medizinischer Leistungen. Es ist deshalb erfreulich, dass die Gesundheitspolitiker im Koalitionsvertrag besonderes Gewicht auf dieses Thema gelegt haben.

Qualität ist bisher kaum Gegenstand wettbewerblicher Suchprozesse. Sie hat jenseits der Definition und Kontrolle von ausstattungs- und prozessbezogenen Mindestanforderungen weder Einfluss auf den Preis noch ist sie ein Marktzutritts- oder Marktaustrittskriterium. Die

Suche nach der bestmöglichen Behandlung obliegt der Expertise des aufgesuchten (Erst-) Behandlers und zunehmend der individuellen Recherche des mündigen Patienten. Es gibt keine Evidenz für diesen Auswahlprozess und noch weniger gibt es Sanktionen für mangelnde Qualität, soweit

man die Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen ausklammert.

Die Politik hat versucht, Surrogate in Form von erweiterten Vertragsgestaltungsmöglichkeiten zu installieren und die Krankenkassen zum Treiber für Qualitätsverbesserungsprozesse zu machen. Vor allem die Krankenhäuser wurden zu mehr Transparenz angehalten, indem sie Qualität vielfältig nachweisen und dokumentieren müssen. Die Effekte sind jedoch weit hinter den Erwartungen zurückgeblieben. Bisher ist kein nennenswerter Steuerungseffekt durch verbesserte Patienteninformation erkennbar.⁵

Einzig im Arzneimittelsektor hat der Gesetzgeber in der vergangenen Legislaturperiode einen Quantensprung vollzogen. Mit der frühen Nutzenbewertung wird erstmals gleich bei der Markteinführung die Frage nach der Relation von Nutzen und Preis eines Arzneimittels gestellt. Das sollte als Blaupause verstanden werden für eine Reformdekade, in der die nutzenorientierte Differenzierung des Versorgungsangebots zum Leitthema gemacht wird.

Die vorhandenen Indikatoren und Instrumente zur Messung der Qualität

sind nicht ausreichend.⁶ Maßnahmen zur Qualitätssicherung galten bisher der Struktur- und Prozessqualität und nur in sehr begrenztem Umfang der Ergebnisqualität. Die externe stationäre Qualitätssicherung endet an der Pforte der Krankenhäuser, da nur einrichtungsbezogene Daten erhoben wurden. Damit geht eine begrenzte Aussagekraft einher, weil nachstationäre Komplikationen, Wiedereinweisungen (in ein anderes Krankenhaus) oder die Mortalität nach einem Eingriff oft außerhalb des Betrachtungsfeldes liegen. Die Qualität und der Nutzen einer Behandlung kann aber nur im Rahmen der Längsschnittbetrachtung einer Krankheitsepisode valide beurteilt werden. Zukünftig sollte für den weiteren Ausbau der Bewertungssysteme deshalb die sektorübergreifende Ergebnisqualität als Benchmark angestrebt werden.

Grundsätzlich ist es aus Sicht der Anbieter nachvollziehbar, dass das Kriterium der Qualität keine Eigendynamik entwickelt, wenn es kaum Sanktionen gibt. Für medizinische Dienstleistungen gilt bisher das Privileg, dass die Höhe des Honorars in der Regel unabhängig von der Wirksamkeit der Leistung ist. Auf der regionalen Ebene wird der Erhalt des örtlichen Angebots bei Bevölkerung und Politik häufig höher geschätzt als dessen qualitatives Niveau. Eine Schlechterstellung von einzelnen Leistungserbringern müsste gerichts-fest begründet werden, was mit hohen Anforderungen an die medizinischen Kriterien verbunden ist. Bereits die im Koalitionsvertrag avisierten Maßnahmen werden deshalb nur mit großen Schwierigkeiten umsetzbar sein.

Die Diskriminierung schlechter Qualität brächte jedoch große Vorteile für die Patienten und die Effizienz der Gesundheitsversorgung. Manche sehen hierin

4 Vorhandene Überkapazitäten zeigen sich exemplarisch am Vergleich des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW) mit den an Bevölkerungszahl und Fläche ähnlich ausgestatteten Niederlanden: In NRW gibt es viermal so viele Krankenhäuser. Vgl. Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbandes vom 09.10.2013 zu den Vorschlägen für eine Krankenhausreform.

5 Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), S. 28, 45ff., 68.

6 SVR-Sondergutachten 2012, S. 28f. Das Gutachten befasst sich ausführlich mit den bisher noch nicht erschlossenen Potentialen der Qualitätserhebung, -dokumentation und -verbesserung.

gar die einzige Chance für einen langfristigen Erhalt des hohen Versorgungsniveaus in Deutschland. Der politische Anreiz, das Thema Qualität jetzt zum Megathema der Gesundheitspolitik zu machen, könnte darin liegen, dass sich die Chance bietet, den Widerstand der Leistungserbringer mit einer breiten parlamentarischen Mehrheit abzuwehren. Wer, wenn nicht eine große Koalition, sollte sich auf diesen Weg machen?

Medial ließe sich diese neue Zielsetzung wegen des gestiegenen Interesses der Bevölkerung an guter, nachgewiesener Qualität leicht vermarkten. Die Gesundheitspolitiker haben das erkannt. Der ambitionierteste Teil des Koalitionsvertrages betrifft die Verbesserung der Qualität im Krankenhaus. Als Fernziel soll Qualität ein Kriterium der Krankenhausplanung werden. Außerdem wollen die Koalitionäre mehr Nutzerfreundlichkeit bei den Qualitätsberichten erreichen und mit der Schaffung eines Qualitätsinstituts eine kassenübergreifende Datensammelstelle einrichten. Aus der Formulierung des Koalitionsvertrages geht nicht ganz eindeutig hervor, ob auch die klinischen Befunde einbezogen werden sollen. Damit würden die Daten erheblich aufgewertet. Die stärkere Nutzung pseudonymisierter Routinedaten liegt nahe, da sie ohne zusätzlichen Erhebungsaufwand aussagekräftigere Bewertungen ermöglichen als bisher.

Manche Akteure versuchen bereits, den Vorteil einer systematischen, patientenbezogenen und sektorübergreifenden Aggregation von relevanten Informationen nutzbar zu machen.⁷ Mit einer gesetzlichen Grundlage für eine rechtssichere Weiterentwicklung der Qualitätsbewertungsverfahren und der Patientenberatung durch die Krankenkassen würde mehr Pluralität geschaffen. Die lange Vorlaufzeit, bis das Qualitätsinstitut arbeitsfähig ist und die Daten verwendbar sind, könnte sinnvoll mit dem vorhandenen Wissen und den Instrumenten der Krankenkassen überbrückt werden.

Die Koalition tut gut daran, die Rechtsgrundlage des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bei der Festlegung von Mindestmengen zu stärken. In der gezielten Anhebung der strukturellen und prozeduralen Qualitätsanforderungen als Abrechnungsvoraussetzung könn-

te ein wirksames Mittel zur Bereinigung des Wildwuchses in manchen Bereichen liegen. Der G-BA hat diesen Weg zuletzt bei der Frühgeborenen-Versorgung beschritten, nachdem die Anhebung der Mindestmenge vom Bundessozialgericht verworfen worden war.⁸ Auch in anderen Indikationsbereichen fallen Probleme mit zu geringen Fallzahlen auf.⁹ Durch einen qualitätsgetriebenen Konzentrationsprozess könnte eine bessere Arbeitsteilung der Krankenhäuser angestoßen werden.

Eine qualitätsbezogene Versorgungssteuerung kann nicht ohne direkte ökonomische Bezüge erreicht werden. Das selektive Kontrahieren stößt jedoch weiterhin auf politische Widerstände. Der heterogene Krankenkassenmarkt steht einer ebenso vielgestaltigen Krankenhauslandschaft gegenüber. Je nach Lage vor Ort könnte dies zu unerwünschten

Die Diskriminierung schlechter Qualität brächte große Vorteile für die Patienten und die Effizienz der Gesundheitsversorgung.

Verzerrungen und Konzentrationsprozessen führen. Kleinere Anbieter könnten dann schon allein deshalb vom Markt verschwinden, weil sie Krankenkassen mit großem Marktanteil nicht genügend Kapazitäten bieten können. Immerhin will die neue Koalition nun sehr begrenzte Testfelder zulassen, die vom G-BA bestimmt werden. Stärkere Effekte wären durch den Erlass von Zuzahlungen zu erwarten, wenn Patienten ein von der Krankenkasse empfohlenes Haus aufsuchen.¹⁰

Die Implementierung von direkten, qualitätsbezogenen Vergütungsanteilen im stationären und ambulanten Bereich bedarf weiterer Vorarbeiten.¹¹ Für eine große Koalition wäre es denkbar, diese Entwicklungsaufgabe selbst zu koordinieren und externen Sachverstand heranzuziehen. In ein Gesamtprojekt könnte auch die perspektivische Einführung einer einheitlichen Vergütungsordnung einbezogen werden, damit ein stimmiges Gesamtsystem entstehen kann.¹² Eine Grundvoraussetzung wäre es jedoch, die bereits beschlossene und dann wieder zurückgenommene Einführung von ambulanten Kodierrichtlinien nachzuholen.¹³

Im ambulanten Bereich ist das Messen von Qualität besonders schwierig. Bisher gibt es lediglich eine interne Qualitätsmessung. Geringe Fallzahlen, die Gefahr der verdeckten Risikoselektion und häufig auftretende und durch Leitlinien schwer zu erfassende Mehrfach-Erkrankungen sind Faktoren, die in einem validen Beurteilungssystem Probleme aufwerfen. Hinzu kommen nicht objektivierbare Einflussfaktoren wie die Compliance.¹⁴ Das dürfte die Akzeptanz solcher Bewertungen schmälern. In der Anfangsphase einer Qualitätsoffensive in der Vergütung wäre wohl das Hauptgewicht auf die Struktur- und Prozessqualität zu legen und weniger auf die Ergebnisqualität.

3. Große Pläne in der stationären Versorgung

Der Reformansatz des Koalitionsvertrages ist in vielen Bereichen niederschwellig

- 7 Beispielhaft zeigt das Projekt Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) das Potential der Nutzung von langfristigen, sektorübergreifenden Datenerhebungen für die Bewertung der Behandlungsqualität von Krankenhäusern.
- 8 Das Bundessozialgericht bestätigte im Dezember 2012 zwar die Sinnhaftigkeit von Mindestmengen, lehnte aber die geplante Anhebung wegen mangelnder Plausibilität ab (BSG vom 18.12.2012, AZ: B1 KR 34/12 R). Beschluss einer Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)“ durch den Gemeinsamen Bundesausschuss im Juni 2013.
- 9 In der Transplantationsmedizin gibt es auffällige Unterschreitungen von vorgegebenen Mindestmengen. Vgl. Statement des GKV-Spitzenverbandes vom 04.09.2013 zu den Ergebnissen der Prüfungs- und Überwachungskommission zur Organtransplantation.
- 10 Kurzzeitig war dieses Instrument im Jahr 2012 bereits im Rahmen der Beratungen zum Gesetz zur Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen erwogen worden. In den Positionspapieren im Vorfeld der Bundestagswahlen 2013 tauchte die Forderung erneut auf, z.B. beim AOK-Bundesverband und der Barmer GEK.
- 11 Im vergangenen Jahr ist ein Gutachten des Instituts für Qualität und Patientensicherheit (BQS) zu eher ernüchternden Ergebnissen über die Wirksamkeit von Pay-for-Performance Ansätzen gekommen. BQS: Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit 2012.
- 12 Hierzu später in diesem Beitrag.
- 13 Eingeführt mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz GKV-WSG 2007, gestrichen im Versorgungsstrukturgesetz 2012.
- 14 SVR-Sondergutachten 2012, S. 65ff.

und pragmatisch. Einzig bei der Planung und Finanzierung der stationären Versorgung hat sich die Koalition Großes vorgenommen. Der Plan, die Qualität als Preiskomponente einzuführen und die Krankenhausplanung an qualitativen Fragen auszurichten, greift ein Grundproblem der stationären Versorgung auf. Denn das Auseinanderfallen von politischer und finanzieller Verantwortung zwischen Ländern und Krankenkassen nährt eine Krankenhauslandschaft, die keine planmäßige Arbeitsteilung kennt, bei der die Qualität keine Variable des Preises ist und deren Einsparbemühungen in den vergangenen Jahren vor allem dem Personaleinsatz gegolten haben. Die Länder kommen ihrer Pflicht zur Finanzierung der Investitionen nur unzureichend nach. Die jährlichen Fördermittel der Länder für Krankenhausinvestitionen sind in den vergangenen zwanzig Jahren ausgehend von einem niedrigen Niveau von rund 3,9 Mrd. Euro auf knapp 2,7 Mrd. Euro gesunken. In dieser Zeit ist der Investitionsbedarf stetig gewachsen. Der Finanzierungsanteil der Länder an den Gesamtausgaben betrug im Jahr 2011 noch 3,6%.¹⁵ Die Wachstumsraten bei den Ausgaben für die stationäre Versorgung¹⁶ und die im internationalen Vergleich auffällige Mengenentwicklung, insbesondere im Bereich der orthopädischen Chirurgie,¹⁷ erzeugen auch auf Bundesebene Handlungsdruck.

Diese Strukturprobleme sind nur gemeinsam mit den Ländern zu lösen. Der Koalitionsvertrag sieht deshalb die Einsetzung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe vor. Die Aussichten, dass man sich dort zu einer grundlegenden Reform durchringen kann, sind allerdings nicht größer als in den vergangenen Jahren. Zwar ist längst bekannt, dass die Krankenhäuser immer stärker darauf angewiesen sind, ihre Investitionsausgaben aus den laufenden Einnahmen zu finanzieren. Vermehrt ist auch von Häusern mit gravierenden Finanzierungsproblemen zu hören.

Andererseits verdeutlicht der Umgang der Koalitionsarbeitsgruppe mit dem Thema den geringen Verhandlungsspielraum. Zunächst hatten sich die Koalitionäre auf einen Investitionsfonds zur Gewährung von Marktaustrittshilfen geeinigt. Dann wurde er streitig gestellt. Dann wurde er relativiert, indem die Notwendigkeit der Abstimmung mit der Landesplanung in den Text aufgenommen wurde. Schließlich wurde das

Vorhaben wegen des Finanzbedarfs ganz aus dem Koalitionsvertrag gestrichen. Dieser Vorgang mag nicht das endgültige Aus für die Idee bedeuten. Er zeigt aber exemplarisch, wie wenig man zu einer grundsätzlichen Kursänderung bereit ist.

4. Weitere Schritte zur Integration der Versorgungsebenen

Das gesundheitspolitische Daueranliegen der besseren intersektoralen Zusammenarbeit kommt nur schleichend in der realen Versorgung an. Und dies, obwohl medizinische Innovationen und demographische und sozioökonomische Prozesse den Veränderungsdruck weiter erhöhen. Die sogenannte Ambulantisierung der Medizin und die wachsende Bedeutung der Versorgung von alten Menschen in der Fläche sind bisher ohne adäquate politische Antwort geblieben. Dabei bieten insbesondere die Verlagerungseffekte einen Ansatzpunkt, bei der Überwindung der fragmentierten Versorgung voranzukommen.¹⁸

In der vergangenen Legislaturperiode wurde mit dem Versorgungsstrukturgesetz (VStG) und der Neugestaltung des §116b (ambulante spezialfachärztliche Versorgung, ASV) ein neuer Anlauf unternommen, Fortschritte zu erzielen. Die lange angemahnte Reform der ambulanten Bedarfsplanung ist inzwischen umgesetzt und hat mit der stärkeren Mitsprache der Länder eine neue Akzentuierung erhalten. Weiterhin werden die Sektoren jedoch getrennt voneinander beplant. Strukturkonservatismus kann deshalb weiter gepflegt werden. Weder in übertensorgten noch in unterversorgten Gebieten wird das Angebot ganzheitlich betrachtet und sinnvoll aufeinander abgestimmt. In der ambulanten Versorgung erfolgt zudem weiterhin keine realitätsnahe Erfassung der tatsächlichen Arbeitszeit der dort tätigen Ärzte. Die Behandlungszeit für Privatpatienten entzieht sich vollständig der Sicherstellungsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung.¹⁹

Die Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist seit vielen Jahren die von den Akteuren bestbewachte. Jeder Grenzübertritt wird zwischen den Territorialinteressen der Leistungserbringer und dem Kostendämpfungsbestreben der Krankenkassen zerrieben. Das Ergebnis ist ein Flickenteppich von ausnahmsweise zugelassenen Sektorenbereichen,²⁰ die Exklaven bleiben und keine

systemverändernde Dynamik entwickeln. Die Ausgestaltung der ASV nach §116b illustriert dies eindrucksvoll, indem sie eingrenzende und erschwerende Anforderungen aneinanderreicht.²¹ Zudem wird ein detaillierter Katalog der in Frage kommenden Krankheiten aufgelistet. Für den Patienten bedeutet dies, dass er erst dann Zugang erhält, wenn seine Erkrankung weit fortgeschritten ist. Hinter dem Bestreben nach einheitlichen Zugangsvoraussetzungen scheint das therapeutische Ziel aus dem Blickfeld zu geraten.

Nach der Verabschiedung des VStG hat es weitere zwei Jahre gedauert, bis für eine erste, seltene Indikation im G-BA Konkretisierungen verabschiedet wurden.²² Im Echtbetrieb wird die ASV zunächst nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet. Der Koalitionsvertrag sieht vor, zusätzliche Qualitätsnachweise von den Teilnehmern der ASV zu fordern. Konfliktpunkte sind unter anderem die Geltung von Mindestmengen, die Fachkunde der teilnehmenden Ärzte und der Einsatz von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Ein schwieriger Teil des Weges steht mit der Entwicklung von diagnosebezogenen Gebührenpositionen noch bevor.²³

15 Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE, Bundestags-Drucksache Nr. 17/14555; GKV-Spitzenverband (GKV-SV): Zukunftsmodell gesetzliche Krankenversicherung, Positionen des GKV-Spitzenverbandes für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung in der kommenden Legislaturperiode, Berlin, 27. Juni 2013, S. 18.

16 Die Ausgaben der GKV für die Krankenhausbehandlung sind zwischen 2001 und 2012 um 38% gestiegen. Quelle: Amtliche Statistik KJ1.

17 OECD: Health Data 2012 (Hüft- und Knieendoprothetik); Felder/Mennicken/Meyer: Die Mengenentwicklung in der stationären Versorgung und Erklärungsansätze, in: Krankenhausreport 2013, Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?, Stuttgart 2013, S. 95 – 107.

18 SVR-Sondergutachten S. 79ff..

19 Schönbach/Malzahn: Modernisierung der Versorgungsstrukturen in der Krankenversicherung, Gesundheits- und Sozialpolitik, 2-3/2013, S. 42-55 (43).

20 Schönbach/Malzahn, S. 48.

21 Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen, hochspezialisierte Leistungen, §116b Absatz 1.

22 Der G-BA hat am 19.12.2013 die erste Anlage zur Richtlinie der ASV beschlossen. Damit ist Tuberkulose die erste Erkrankung, für die es ein spezialfachärztliches Behandlungsangebot gibt.

23 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung: Wer kann, darf immer noch nicht, Deutsches Ärzteblatt online vom 01.11.2013, www.aerzteblatt.de.

Der Koalitionsvertrag lässt keinen Ehrgeiz der Politik zur Überwindung der Sektorengrenzen erkennen. Die wenigen Ausführungen dazu lassen nur auf kleine Fortschritte hoffen. Eine einfachere und transparentere Regelung zur Bereinigung der Gesamtvergütung würde allerdings schon helfen. Alle Varianten von Selektivverträgen hätten damit bessere Rahmen-

Der Koalitionsvertrag lässt keinen Ehrgeiz der Politik zur Überwindung der Sektorengrenzen erkennen.

bedingungen.²⁴ Auch mit der begrenzten Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung wird ein pragmatischer Schritt zur Linderung von Versorgungsproblemen in Aussicht gestellt.

Die vielfach geforderte sektorübergreifende Bedarfsplanung wird im Koalitionsvertrag nicht angesprochen. Sie bleibt dennoch auf der Agenda, stößt aber weiterhin auf das Problem, dass die Länder keine Finanzverantwortung für die ambulante Versorgung tragen. Der gordische Knoten der Sektorentrennung ist das Vergütungssystem. Das Ziel müsste es deshalb sein, insbesondere für Schnittstellen-Leistungen Schritt für Schritt eine indikationsbezogene, evidenzbasierte und über die Sektoren hinweg stimmige Vergütungsarchitektur zu entwickeln. Leider hat die große Koalition bereits jetzt eine historische Chance verstreichen lassen. Sie hätte ihr politisches Gewicht dazu nutzen können, eine Vergütungsreform auf die Agenda zu nehmen. Diese Lücke im Koalitionsvertrag dürfte sich als sehr hinderlich erweisen, falls die große Koalition doch noch Handlungsbedarf erkennen sollte.

5. Einheitliche Vergütungsordnung ins Visier nehmen

Die vertragsärztliche Gesamtvergütung ist seit dem Jahr 2000 um rund 35% gestiegen, das Bruttoinlandsprodukt um 25% und die Grundlohnsumme um 15%.²⁵ In dieser Zeit war das Thema fast immer auf der politischen Agenda. Es hat ehrgeizige Reformansätze gegeben, die nur halbherzig umgesetzt oder im nächsten Durchgang revidiert wurden.²⁶ Die finanziellen Erfolge haben auf die ärztliche Selbstverwaltung keine befriedende Wirkung gehabt. Im Gegenteil, die Kas-

senärztlichen Vereinigungen steuern auf eine Sektorenteilung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Teil zu. Im Koalitionsvertrag wird diese Entwicklung bereits aufgegriffen. Daneben gewinnen freie oder fachbezogene Ärzteverbände an politischer Bedeutung. Die praktizierenden Ärzte scheinen zwar deutlich zufriedener mit ihrer Situation zu sein, als es die Klagen ihrer Repräsentanten vermuten lassen.²⁷ Die Komplexität und Intransparenz der vertragsärztlichen Vergütung sind in der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung aber ein fruchtbarer Boden für interessengeleitete

Propaganda und dauerhaften Streit. Die Politik sollte deshalb eine Entwicklungsphase für eine neue, einheitliche und im spezialärztlichen Bereich sektorübergreifende Gebührenordnung einleiten. So könnte sie die Steuerungsfähigkeit in der Honorarpolitik wiedererlangen und wäre nicht mehr auf ständige Erhöhungsrunder angewiesen.

Die Passagen des SGB V, die die vertragsärztliche Vergütung betreffen, sind von Regulierungsrunde zu Regulierungsrunde undurchdringlicher geworden und werden auch von Insidern nicht mehr völlig durchblickt.²⁸ Die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vollzogene Abschaffung der mitgliederbezogenen Kopfpauschalen hat diesen Trend nicht aufhalten können, sondern eher beschleunigt. Das Ziel aller Beteiligten, mehr Transparenz und Berechenbarkeit zu erlangen, blieb ein frommer Wunsch. Der damals versuchte Neustart mit einer bundesweit einheitlichen GKV-Gebührenordnung mit regionalen, versorgungsbezogenen Differenzierungen ist auf halber Strecke stecken geblieben. Zwar wurde das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen übertragen und es wurde mit dem bundesweiten Orientierungswert eine Stellgröße für den Preis geschaffen. Das intendierte Ziel einer Versorgungssteuerung über Zu- und Abschläge und der Beseitigung des Wildwuchses der Honorargestaltung auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen ist jedoch im Pulverdampf innerärztlicher und regionaler Verteilungskämpfe abhandengekommen. Mit der Reform der Reform im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes hat der Gesetzgeber beigedreht und den Kassenärztlichen Vereinigungen wieder starken Einfluss auf die Honorarvertei-

lung eingeräumt. Nun gibt es mehrere Variablen bei den Honorarverhandlungen auf Bundesebene sowie eine zweite Gestaltungsebene in den Ländern. Als Bilanz bleibt ein deutlich gestiegenes Vergütungsniveau bei gleichbleibender Legendenbildung über die realen Preise einer ärztlichen Leistung.

In den östlichen Bundesländern haben die Ärzte von der Honorarreform 2009 besonders profitiert.²⁹ Bewirkt hat das wenig. Arztsitze in unattraktiven Lagen können kaum nachbesetzt werden, während der Drang in bereits überversorgte, strukturell intakte Gebiete mit einem großen Anteil an privat Versicherten unvermindert hoch ist. Neben vielen anderen Faktoren begünstigen die finanziellen Anreize des dualen Vergütungssystems³⁰ eine Land- und Stadtteilflucht des medizinischen Personals, die ökonomisch und soziokulturell rationalen Motiven folgt. Der Anteil der Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit an den Gesamteinnahmen je Arztpraxis hat sich im Zeitraum von 2003 bis 2011 von 22,2% auf

24 SVR-Sondergutachten 2012 S. 79ff.. Zur Problematik der geltenden Bereinigungsregelungen ausführlich S. 104–109.

25 GKV-Spitzenverband: Faktenblatt ärztliche Vergütung, 16.08.2013; Statistisches Bundesamt: Zahlen und Fakten; BMG: Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung; eigene Berechnung.

26 V.a. Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz- GMG 2004, GKV-WSG 2007, GKV-Finanzierungsgesetz 2011, GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2012.

27 Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat von November 2012 bis Januar 2013 eine bundesweite Ärztebefragung durchgeführt. Dabei wurde eine Rate von 86% der Ärzte und Psychotherapeuten ermittelt, denen ihre Arbeit Spaß macht. Vgl. Presseerklärung sowie Ergebnisse der Befragung, veröffentlicht am 18. März. 2013.

28 Walendzik: Kernelemente einer ambulanten ärztlichen Gebührenordnung in einem einheitlichen Krankenversicherungssystem, Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft (G+G-W) April 2013, 13. Jg., Herausgeber: Wissenschaftliches Institut des AOK-Bundesverbandes, S. 16 – 23.

29 Die Gesamtvergütungen in den fünf östlichen Ländern weisen im Vergleich der Kassenärztlichen Vereinigungen meist überdurchschnittliche Werte auf, wie auch der letzte Honorarbericht der KBV zeigt. KBV: Honorarbericht für das Dritte Quartal 2012. Zahlen und Fakten, S. 3; Bericht des Bewertungsausschusses über die Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung für das 1. bis 4. Quartal 2009, Drucksache Nr. 17/4000 des Deutschen Bundestages.

30 Jacobs: Vom dualen System zum einheitlichen Krankenversicherungsmarkt, Gesundheits- und Sozialpolitik, 2-3/2013, S. 21 – 27; Knieps: Abschied vom dualen Krankenversicherungssystem, in: Barmer GEK: Gesundheitswesen aktuell 2013, S. 64 – 82.

28,3% erhöht.³¹ Die Bemühungen von Politik und Kollektivvertragspartnern, Vertragsarztsitze mit geringem Anteil an Privatpatienten zu stützen, werden durch die Attraktivität des nicht budgetierten Privathonorars konterkariert.

Eine wirksame Versorgungssteuerung kann nur dann Erfolge erzielen, wenn die Rationalität des Vergütungssystems innerhalb und jenseits der GKV kongruent ist. Diese von der Ärzteschaft getriebene Form der Ökonomisierung der Medizin macht nicht an den Grenzen des Kassenzahnärztlichen Vereinigungshalts halt. Wenn sich also innerhalb des GKV-Systems keine Differenzierung mit Steuerungswirkung, sondern nur eine Niveauerhöhung erreichen lässt, so wäre es an der Zeit, die versorgungspolitisch kontraproduktive Wirkung der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) anzugehen und wenigstens beide Systeme zu vereinheitlichen. Viel wäre erreicht, wenn das Honorar für ärztliche Tätigkeit überall in der Republik stärker danach bestimmt würde, welche Leistung erbracht wird und nicht danach, an welchem Patienten sie erbracht wird.³² Dieser Parameter würde in der ärztlichen Niederlassungsentscheidung und bei der Verteilung der Behandlungszeit auf gesetzlich und privat Versicherte an Bedeutung verlieren.

Die Debatte über eine Vereinheitlichung der Honorare wird stark im ideologisierenden Kontext der Systemdiskussion geführt. In den Wahlprogrammen der Parteien, die eine Bürgerversicherung einführen wollen, hatte die Einheitsvergütung den Charakter eines Teilprojekts. Auch wissenschaftlich geprägte Diskussionsbeiträge erfolgen oft im Zusammenhang mit der Forderung nach einem einheitlichen Versicherungssystem. Die insbesondere bei den Parteien propagierte Zielbestimmung, die Zweiklassenmedizin abschaffen zu wollen, ist sachlich jedoch nicht schlüssig und deshalb nicht tragfähig.³³ In einer freiheitlichen und marktwirtschaftlichen Gesellschaftsordnung wird man einen Markt für Gesundheitsleistungen hinnehmen müssen, der außerhalb der staatlich administrierten Daseinsvorsorge existiert. Aus der Preisgestaltung für diese Leistungen sollte sich der Staat deshalb so weit wie möglich heraushalten.

Durch die Einführung der allgemeinen Krankenversicherungspflicht haben sich die Koordinaten des Versicherungssystems verschoben. Jeder Einwohner hat Zugang zu einer Krankenversicherung, zeitweilig sogar mit Erlass von Beitrags-

schulden.³⁴ Die Schutzfunktion der GOÄ für Selbstzahler ist damit obsolet. Es stellt sich die Frage, ob es ordnungspolitisch noch zu rechtfertigen ist, zwei mittelbar staatlich gelenkte Vergütungssysteme nebeneinander zu unterhalten, wenn dadurch nachteilige Steuerungswirkungen bei der Allokation medizinischer Leistungen erzeugt werden. Das primäre Ziel einer Vereinheitlichung der Preissysteme sollte in einer besseren Versorgungssteuerung gesehen werden und losgelöst von der Frage betrachtet werden, welches Versicherungssystem in der Zukunft tragfähiger oder gerechter ist.

Ein einheitliches Vergütungssystem könnte auch im Rahmen der dualen Krankenversicherung entwickelt und realisiert werden. Durch eine Trennung der Versicherungsfrage von der Vergütungsfrage wäre eine ergebnisoffenere Ausgangslage zu erreichen und es gäbe eine größere Chance, nicht von Beginn an in der Budgetierungsphilosophie der GKV gefangen zu bleiben. Der Blick könnte sich auf die zentrale Schwierigkeit richten, die in der GKV vorhandenen Instrumente zur Mengensteuerung so weiterzuentwickeln bzw. neu zu konstruieren, dass eine Kostenexplosion vermieden wird, gleichzeitig aber eine weitgehende Äquivalenz der erzielten Preise in GKV und PKV erreicht wird. Diese pragmatische Vorgehensweise würde einen Einstieg in das Vorhaben möglich machen, obwohl es im Koalitionsvertrag nicht erwähnt wird.

Die Einbettung des Themas in die Diskussion um die Bürgerversicherung hat in den Koalitionsverhandlungen einen Totalausfall verursacht.³⁵ Auch in Zukunft dürfte das Alles-oder-nichts-Prinzip lediglich den Status quo konservieren. Das absehbare Ende der jahrelangen gegenseitigen Blockade der Bundesärztekammer und des Verbands der privaten Krankenversicherung in der Frage einer Novelle der GOÄ könnte dazu führen, dass der politische Druck aus dem Kessel entweicht.³⁶

Die Bewertung der Auswirkungen einer Vereinheitlichung der Vergütung durch die Akteure des Gesundheitswesens ist heterogen und widersprüchlich. Sie erstreckt sich auf Fragen des Wettbewerbs zwischen GKV und PKV und der Stärkung oder Schwächung der PKV, auch durch die Einführung einer Vertragskompetenz. Als Folgewirkung wird die Anhebung oder schleichende Herabsetzung des Versorgungsniveaus prognostiziert sowie das Entstehen von Markteintritts-

barrieren für medizinische Innovationen. Die dritte Ebene der Argumente betrifft die Verdienstinteressen der Ärzteschaft und die Ablösung der Regelleistungsvolumina in der GKV. Eine Regierung, die sich an ein Reformprojekt dieser Größenordnung wagt, sollte breit aufgestellt sein. Möglicherweise geht das auch nur in einer großen Koalition. Hinzukommen sollte eine wahlperiodenübergreifende Ausdauer und strategisches Geschick, um durch intelligente Zwischenschritte am Ende die Ziellinie zu erreichen.

Bereits jetzt wird dafür plädiert, eine für das Kollektiv der Ärzteschaft einkommensneutrale Reform anzustreben.³⁷ Möglicherweise wäre sogar ein Start mit einer arztindividuellen Einkommensneutralität verfassungsrechtlich geboten. In einer mehrjährigen Konvergenzphase könnte dann eine schrittweise Umlenkung des Vergütungsvolumens erfolgen. Durch die Nivellierung des Vergütungsniveaus würde es auch nach dem Ende der Konvergenzphase zu einer Kompensation der Honorarverluste bei Privatpatienten durch höhere Kassenhonorare kommen. In die Struktur der neuen Gebührenordnung könnten die Entwicklungsschritte und Erfahrungen der vergangenen Jahre innerhalb und außerhalb des Kollektivvertrags sowie im stationären Bereich implementiert werden. Das Ergebnis könnte ein Nebeneinander von alters- und risikoadjustierten Fallpauschalen sein, die jedoch stärker mit Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität sowie einzelnen Elementen einer

31 Statistisches Bundesamt: Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten, Fachserie 2 Reihe 1.6.1 – 2011, S. 15.

32 Heinrich-Böll-Stiftung: „Wie geht es uns morgen?“, Bericht der Gesundheitspolitischen Kommission, Band 11 der Reihe Wirtschaft, 2013.

33 Gaßner/Strömer: Kann durch die Einführung der „Bürgerversicherung“ einer „Zweiklassen-Medizin“ entgegengewirkt werden? Neue Zeitschrift für Sozialrecht, Heft 15, 15. August 2013, Seite 561 – 600.

34 Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung, Juni 2013.

35 Teure Therapie, Der Tagesspiegel, 20.11.2013.

36 Am 13.11.2013 haben die Bundesärztekammer und der PKV-Verband eine Rahmenvereinbarung zur GOÄ-Novellierung beschlossen. Vgl. www.bundesaerztekammer.de.

37 Zum Beispiel Heinrich-Böll-Stiftung; Positionspapier im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung: Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung, Bonn, April 2013; Wahlprogramm der SPD und von Bündnis 90/DIE GRÜNEN.

ergebnisorientierten Vergütung verknüpft werden. Hinzukommen könnten Einzel Leistungsvergütungen und Komplexpau schalen für besonders förderungswürdige Leistungen.³⁸ Die größere Transparenz ginge mit einer reduzierten Steuerungs kompetenz der Selbstverwaltungspartner einher. Gleichzeitig würde aber die Berei nigung des kollektiven Honorarvolumens erleichtert und die Rahmenbedingungen für mehr Versorgungswettbewerb über Selektivverträge verbessert.

Das Innovationspotenzial im Rah men der Verhandlungen der Partner der Kollektivverträge scheint demgegenüber immer stärker an Grenzen zu stoßen. Die strukturelle Entwicklung der Vergütungs ordnung in der GKV mündet zwischen dem Wunsch nach Einzelleistungsbezug und der Zusammenfassung von Leistun gen in Komplexen, zwischen der Men genbegrenzung in Regelleistungsvolumen und der Herausnahme von Leistungen aus dem Budget. Der Balanceakt zwischen leistungsfreundlicher Vergütung und leistungsfeindlicher Bekämpfung einer angebotsinduzierten Nachfrageauswei tung unterliegt einer ständigen politischen Einflussnahme und häufigen gesetzlichen Eingriffen. Die Selbstverwaltung ist des halb immer weniger in der Lage, Entschei dungen von Dauer und ohne Rückgriff auf den Erweiterten Bewertungsausschuss zu treffen. Die Weiterentwicklung einer neuen Vergütungsordnung aus Elementen der vorhandenen Systeme EBM, GOÄ und DRG ist eine Mammutaufgabe, die nur mit großem Engagement und Eini gungswillen zu bewältigen ist. Deshalb ist fraglich, ob die herkömmlichen Verhand lungsstrukturen der Selbstverwaltung für diese Aufgabe geeignet wären oder das Risiko bestünde, dass die Beteiligten in unendlichen Verhandlungsschleifen zer mürbt würden.³⁹ Die Politik wäre gut beraten, Alternativen zu suchen, auf un abhängige Expertise zu setzen und die niedergelassenen Ärzte bei der Datener hebung durch eine Auswahl von Kalku lationspraxen mit einzubeziehen.

Eine kürzlich vorgelegte Studie hat sich mit der Frage des erforderlichen Finanz bedarfs einer Vereinheitlichung innerhalb einer Konvergenzphase befasst. Das GKV Vergütungsniveau wurde als Benchmark angesetzt. Dann wurden verschiedene Va rianten einer mehr oder weniger schnel len Abschaffung der PKV modelliert und zahlreiche Annahmen über das Wechsel verhalten und die Inanspruchnahme von

Leistungen getroffen. Im Falle der Öff nung eines zeitlich begrenzten Wechsel fensters zwischen PKV und GKV wurde ein Finanzbedarf von 1,6 Mrd. Euro im Einstiegsjahr und in den Folgejahren an steigende Raten von bis zu 3,1 Mrd. Euro pro Jahr ermittelt.⁴⁰ Je nach Modellspezi fikation dürften sich noch höhere Werte ergeben. Sie werden bereits jetzt häufig als Argument angeführt, um das Projekt als unfinanzierbar einzustufen. Leider wird in den Berechnungen keine Gegen rechnung zu den Opportunitätskosten der GKV aufgemacht. Langfristig dürfte sich auch das duale Vergütungssystem als un finanzierbar erweisen. Die große Koalition sollte ihre Chance erkennen und einen Konvergenzprozess in die Wege leiten.

6. Ambulante Psychotherapie reformieren

Psychotherapeutische Erkrankungen ste hen seit längerer Zeit im Fokus der öf fentlichen Aufmerksamkeit und haben deshalb auch im Koalitionsvertrag ihren Platz gefunden. Ihr Anteil am Krankheits geschehen steigt seit 15 Jahren mit pro gressiver Tendenz. Zu den Besonderheiten der psychischen Diagnosen gehört, dass sie überdurchschnittlich lange und weiterhin steigende Ausfallzeiten verursachen. Der volkswirtschaftliche Schaden ist deshalb beträchtlich. Das Statistische Bundesamt schätzt die Krankheitskosten auf knapp 29 Milliarden Euro im Jahr.⁴¹ Dieser dynamische Prozess trifft auf statische Strukturen in der ambulanten Versorgung, die fast ausschließlich auf der Einzelthe rapie durch ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten beruht. Alternative Therapieformen und mehr Engagement bei der Koordination und Evaluation der therapeutischen Abläufe könnten zur Lö sung von Versorgungsproblemen beitragen und die Effizienz verbessern.

Die Entwicklung des Krankheitsgesche hens lässt sich durch die Erhebungen der Krankenkassen eindrucksvoll plakatie ren.⁴² Die Deutsche Angestellten Kran kenkasse (DAK) hat für den Zeitraum von 1997 bis 2012 einen Anstieg der Arbeits unfähigkeitstage um 165% ermittelt,⁴³ das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) gibt für die Jahre 2001 bis 2012 eine Zunahme von 67% an.⁴⁴ Im Jahr 2012 waren psychische Erkrankungen erstmals die zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit.⁴⁵ Die durchschnittliche Falldauer bei psychischen Erkrankun

gen gibt das WiDO mit 24,9 Tagen je Fall an. Das ist mehr als doppelt so lang wie die durchschnittliche Falldauer insgesamt, die 11,8 Tage beträgt. Langzeiterkrankun gen mit einer Dauer von mehr als sechs Wochen verursachen 41,9% der Tage mit Arbeitsunfähigkeit. Es handelt sich jedoch nur um 4,3% der Fälle.⁴⁶ Epidemiologi sche Erhebungen psychischer Erkrankun gen deuten nicht auf einen signifikanten Anstieg der Prävalenz hin.⁴⁷ Die starke

38 Knieps 2013, S. 75f.; Walendzik 2013.

39 Die Heinrich-Böll-Stiftung regt eine Zu sammenlegung der vorhandenen Institute (Institut des Bewertungsausschusses (InBA) und Institut für das Entgeltsystem im Kran kenhaus (InEK)) an. Das neue, unabhängige Institut soll in dreiseitiger Trägerschaft durch Deutsche Krankenhausesellschaft, GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung tätig werden. Ebenso Walendzik 2013.

Unter der Prämisse einer Abtrennung von Fragen der zukünftigen Gestaltung des Gesundheitssystems kämen auch den für die Weiterentwicklung der GOÄ zustän digen Akteuren Bundesärztekammer und Verband der privaten Krankenversicherung Beteiligungsberechtigungen zu.

40 Wasem/Buchner/Lux/Walendzik/Weegen: Ambulante ärztliche Vergütung in einem einheitlichen Versicherungssystem. Kom pensation ärztlicher Einkommensverluste in der Konvergenz?, Nomos Verlagsgesell schaft, Baden-Baden 2013.

41 Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes auf der Basis von Zahlen aus dem Jahr 2008. Die psychischen Erkrankun gen rangieren in dieser volkswirtschaftli chen Betrachtung bereits im Jahr 2008 auf dem dritten Platz nach den Herz-Kreislau ferkrankungen und den Krankheiten des Verdauungssystems. www.destatis.de.

42 DAK-Gesundheitsreport 2013. Sind wir heute anders krank? www.dak.de; Badura/Ducki/Schröder/Klose/Meyer: Fehlzeiten Report 2013. Verdammt zum Erfolg – Die süchtige Arbeitsgesellschaft. Herausgegeben vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO), der Universität Bielefeld und der Beuth Hochschule für Technik Berlin, 2013..

43 DAK, S. 27.

44 Badura, S. 263.

45 Seit den siebziger Jahren sind die Fehlzeiten am Arbeitsplatz kontinuierlich gesunken. Nach einem Tiefstand im Jahr 2007 gibt es wieder einen leichten Anstieg zu ver zeichnen. Die GKV-Statistik KM1 weist für das Jahr 2012 allerdings wiederum einen leichten Rückgang aus. Demnach waren im Jahresdurchschnitt 2012 nach vorläufigen Zahlen 3,64% der Mitglieder mit Kranken geldanspruch arbeitsunfähig gemeldet. Quelle: www.bmg.de

46 Badura S. 263f. Zwei Drittel der Fälle von Arbeitsunfähigkeit (AU-Fälle) dauern bis zu einer Woche. Nach Ausfalltagen (AU-Tage) gerechnet, entfallen auf diese kurzen Erkrankungen aber nur 17,9 Prozent des Krankenstandes. DAK 2013, S. 11f..

47 GKV-Spitzenverband: Reform des Angebo tes an ambulanter Psychotherapie - Vor schläge der Gesetzlichen Krankenkassen, 27.11.2013, www.gkv-spitzenverband.de; Tolzin/Süßfleisch-Thurau: Psychothera peutische Richtlinienverfahren, in: ersatz kasse.magazin. Ausgabe 7/8.2013.

Zunahme der Diagnosen scheint deshalb eher auf eine verbesserte Diagnostik sowie auf eine größere mediale Wahrnehmung und gesellschaftliche Akzeptanz zurückzuführen sein.

Der Zugang zu ambulanter psychotherapeutischer Versorgung ist durch das Psychotherapeutengesetz von 1999 vereinfacht worden. Die Behandlungskapazitäten in Deutschland sind vergleichsweise üppig. Dies führt jedoch nicht zu einer Reduzierung der Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage). Das Gegenteil ist der Fall. Während die AU-Fälle im Zahlenmaterial der DAK in der Zeit von 1997 bis 2012 um Faktor 2,4 gestiegen sind, gab es, gemessen an AU-Tagen, eine Steigerung um den Faktor 2,7. Das dürfte auch an den teilweise sehr langen Wartezeiten bis zum Beginn einer ambulanten Therapie liegen. Aus einer Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ergibt sich, dass nur ein Drittel der Betroffenen eine psychotherapeutische Behandlung innerhalb einer Woche beginnen konnte. Ein Drittel musste länger als einen Monat bis zum Beginn der Therapie warten und 16% sogar länger als drei Monate (!).⁴⁸

Lange Wartezeiten sind in therapeutischer wie ökonomischer Hinsicht schädlich. Werden psychische Leiden chronisch, führt dies langfristig oft zum Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Arbeitgeber und mit zeitlicher Verzögerung auch Krankenkassen tragen die Last, mit Entgeltfortzahlung und Krankengeld auch für Zeiten einzustehen, in denen keine Therapie stattfindet. Die Politik hat das Problem im Koalitionsvertrag auf die Agenda geschrieben und eine Reihe von Maßnahmen genannt, die über die Einrichtung zusätzlicher Therapeutesitze hinausgehen. Von der bloßen Ausweitung der im europäischen Vergleich einzigartigen Versorgungssituation,⁴⁹ wie zuletzt im Rahmen der neuen Bedarfsplanung geschehen, scheint man sich keine Verbesserung zu versprechen.

Die progressiv steigenden Ausgaben der Krankenkassen für das Krankengeld⁵⁰ erhöhen den Druck, das Problem strukturell anzugehen und die Richtlinien-Psychotherapie zu überarbeiten. Bisher wurde keine evidenzbasierte Wirksamkeitsbeurteilung der drei Richtlinienverfahren vorgenommen,⁵¹ obwohl es Indizien gibt, die auf Mängel in der Effizienz und Ef-

ektivität hindeuten. Die hohe Quote der frühzeitigen Beendigung von Therapien oder die mangelnde Plausibilität der jeweils angewendeten Verfahren bzw. deren auffällige räumliche Häufung werfen zumindest Fragen auf.⁵² Der Fokus sollte deshalb stärker auf die Transparenz und Sicherung der Qualität gerichtet sein.

Die Gesundheitspolitik befindet sich in einer finanziellen Komfortzone, die Raum für Reformimpulse schafft.

Baustein einer Reform der ambulanten Psychotherapie könnte die Konzentration auf die Verhaltenstherapie sein, die nach den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) für mehrere, häufig auftretende Indikationen als das Verfahren mit den besten Ergebnissen in Relation zur aufgewendeten Zeit empfohlen wird.⁵³ Im Koalitionsvertrag wird eine Reform der Kurzzeittherapie und des Gutachterverfahrens angekündigt. Auch die Gruppentherapie findet Erwähnung. Das in der stationären Versorgung gängige Verfahren hat bisher in der ambulanten Versorgung kaum Anwendung gefunden. Investitionen in den Umbau der Versorgungsstrukturen könnten schnell durch Einsparungen beim Krankengeld refinanziert werden.

7. Wenig Impulse für den Kassenwettbewerb

Die große Koalition plant Reparaturen am Finanzierungssystem, die in den Stand vor der FDP-Regierungsbeteiligung zurückführen. Aus wettbewerbs- und ordnungspolitischer Sicht waren die Ergebnisse des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes und des GKV-Finanzierungsgesetzes enttäuschend. Obwohl der einkommensabhängige Beitragssatz offensichtlich seit längerem zu hoch ist und zu hohen Überschüssen in den Haushalten einiger Krankenkassen und beim Gesundheitsfonds geführt hat, wurde der Konstruktionsfehler nicht angetastet.⁵⁴ Aus der geplanten Stärkung des Wettbewerbs ist ein Einheitsbeitragssatz geworden, der nur durch die Prämienausschüttungen einiger Krankenkassen relativiert wird.

Mit der im Koalitionsvertrag geplanten Finanzreform wird das virtuelle Preissignal eines Euro-Zusatzbeitrags nun eingetauscht gegen reale Preisdifferenzen, die aber weniger transparent sind. Bis zur Beitragsbemessungsgrenze wird das beitragspflichtige Einkommen stärker herangezogen. Durch den vollständigen Einkommensausgleich wird das Auseinanderlaufen der Beitragssätze begrenzt. Auf das Wechselverhalten dürfte die Reform keine allzu großen Auswirkungen haben.

8. Fazit

Die Gesundheitspolitik befindet sich in einer finanziellen Komfortzone, die Raum schafft für neuartige Reformimpulse. Auf der Basis der breiten Mehrheit einer großen Koalition bieten sich gute Voraussetzungen, durch zielgerichtete und detailreiche Reformen in verschiedenen Versorgungsbereichen tiefgreifende Veränderungsprozesse in Gang zu setzen und längst angemahnte Fehlentwicklungen anzugehen. Übergeordnetes Leitthema sollte die Implementierung des Steuerungsparameters der Qualität in die Auswahlprozesse auf der Ebene des Kollektivvertrags sein. Der Koalitionsvertrag weist in die richtige Richtung. Dreh- und Angelpunkt für substanzielle Strukturveränderungen bleiben aber die inkompatiblen Vergütungssysteme. Deshalb sollte sich die große Koalition aufmachen, dieses Problem grundsätzlich anzugehen. ■

48 Vgl. Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2013. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage im April/Mai 2013 durch die Forschungsgruppe Wahlen: www.kbv.de.

49 Hecken: Aktuelle Aufgaben, Arbeit und Probleme des Gemeinsamen Bundesausschusses, Barmer GEK: Gesundheitswesen aktuell 2013, S. 50-62 (S. 52).

50 Die Ausgaben der GKV für Krankengeld sind seit dem letzten Tiefstand im Jahr 2006 von 5,71 Mrd. Euro auf 9,17 Mrd. Euro in 2012 gestiegen. Dies entspricht einer Zunahme von 60%. Ihr Anstieg wird auch auf die Zunahme von psychotherapeutischen Erkrankungen zurückgeführt. Pressemitteilung des BMG vom 05.09.2013, www.bmg.bund.de/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung.html.

51 Tolzin/Süßfleisch-Thurau 2013.

52 Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes zur ambulanten Psychotherapie; Thesen der Techniker Krankenkasse zur ambulanten Psychotherapie, www.tk.de.

53 Tolzin/Süßfleisch-Thurau 2013.

54 Jacobs/Wasem: Vier Jahre Gesundheitsfonds – ein Modell der Zukunft?, GGW 2013, Heft 1, S. 16, 20.

Literatur

Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE, Bundestags-Drucksache Nr. 17/14555

Badura/Ducki/Schröder/Klose/Meyer: Fehlzeiten-Report 2013. Verdammt zum Erfolg – Die süchtige Arbeitsgesellschaft. Herausgegeben vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO), der Universität Bielefeld und der Beuth Hochschule für Technik Berlin, 2013

Bericht des Bewertungsausschusses über die Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung für das 1. bis 4. Quartal 2009, Drucksache Nr. 17/4000 des Deutschen Bundestages

DAK-Gesundheitsreport 2013. Sind wir heute anders krank? www.dak.de

Deutsches Ärzteblatt: Wer kann, darf immer noch nicht, Ärzteblatt online vom 01.11.2013, www.aerzteblatt.de

Gaßner/Strömer: Kann durch die Einführung der „Bürgerversicherung“ einer „Zwei-Klassen-Medizin“ entgegengewirkt werden? Neue Zeitschrift für Sozialrecht, Heft 15/2013, Seite 561 – 600

GKV-Spitzenverband: Faktenblatt ärztliche Vergütung, 16.08.2013

GKV-Spitzenverband: Zukunftsmodell gesetzliche Krankenversicherung, Positionen des GKV-Spitzenverbandes für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung in der kommenden Legislaturperiode, Berlin, 27. Juni 2013

GKV-Spitzenverband: Reform des Angebotes an ambulanter Psychotherapie – Vorschläge der Gesetzlichen Krankenkassen, 27. November 2013, www.gkv-spitzenverband.de

Felder/Mennicken/Meyer: Die Mengenentwicklung in der stationären Versorgung und Erklärungsansätze, in: Krankenhausreport 2013, Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?, Stuttgart 2013, S. 95 – 107

Hecken: Aktuelle Aufgaben, Arbeit und Probleme des Gemeinsamen Bundesausschusses, Barmer GEK: Gesundheitswesen aktuell 2013, S. 50–62

Heinrich-Böll-Stiftung: „Wie geht es uns morgen?“, Bericht der Gesundheitspolitischen Kommission, Band 11 der Reihe Wirtschaft, 2013

Institut für Qualität und Patientensicherheit (BQS): Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2012.

Jacobs: Vom dualen System zum einheitlichen Krankenversicherungsmarkt, Gesundheits- und Sozialpolitik, 2-3/2013, S. 21 – 27

Jacobs/Wasem: Vier Jahre Gesundheitsfonds – ein Modell der Zukunft?, Gesundheit + Gesellschaft-Wissenschaft (GGW) 2013, Heft 1, S. 15 – 22

Kassenärztliche Bundesvereinigung: Jahresbericht zur Entwicklung des Honorarumsatzes aus vertragsärztlicher Tätigkeit und der Gesamtvergütung für das Jahr 2011

Knieps: Abschied vom dualen Krankenversicherungssystem, in: Barmer GEK: Gesundheitswesen aktuell, 2013, S. 64 – 82

Positionspapier im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung: Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung, Bonn, April 2013

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR): Sondergutachten 2012

Schönbach/Malzahn: Modernisierung der Versorgungsstrukturen in der Krankenversicherung, Gesundheits- und Sozialpolitik, 2-3/2013, S. 42–55

Statistisches Bundesamt: Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten, Fachserie 2, Reihe 1.6.1 – 2011

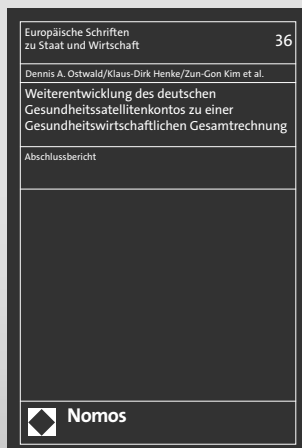
Thesen der Techniker Krankenkasse zur ambulanten Psychotherapie. www.tk.de

Tolzin/Süßfleisch-Thurau: Psychotherapeutische Richtlinienverfahren, in: ersatzkasse. magazin. Ausgabe 7./8.2013

Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2013. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage im April/Mai 2013 durch die Forschungsgruppe Wahlen

Walendzik: Kernelemente einer ambulanten ärztlichen Gebührenordnung in einem einheitlichen Krankenversicherungssystem, Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft (G+G-W), April 2013, 13. Jg., Herausgeber: Wissenschaftliches Institut des AOK-Bundesverbandes, S. 16 – 23

Wasem/Buchner/Lux/Walendzik/Weegen: Ambulante ärztliche Vergütung in einem einheitlichen Versicherungssystem. Kompensation ärztlicher Einkommensverluste in der Konvergenz?, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2013



Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssatellitenkontos zu einer Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung

Abschlussbericht. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (BMWi)

Von Dennis A. Ostwald, Dirk Heeger, Sebastian Hesse, Julian Knippel, Wolf-Dieter Perltz, Klaus-Dirk Henke, Sabine Troppens, Tobias Richter, Zun-Gon Kim und Heiko Mosetter
2014, ca. 388 S., brosch., ca. 89,– € ISBN 978-3-8487-1087-4
(Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft, Bd. 36)
Erscheint ca. Februar 2014

Das Werk stellt die Aktualisierung und Erweiterung des Gesundheitssatellitenkontos zu einer Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung dar. Als Forschungsergebnis steht eine umfangreiche Datenbasis für gesundheitswirtschaftliche Analysen zur Verfügung, die neben Fachkräfteanalysen auch die Ausstrahleffekte der Gesundheitswirtschaft quantifiziert.



Bestellen Sie jetzt telefonisch unter 07221/2104-37.
Portofreie Buch-Bestellungen unter www.nomos-shop.de/22110



Nomos