

Hartmut Reiners, Berlin

**SEKTORENÜBERGREIFENDE GESUND-
HEITSVERSORGUNG JENSEITS DES
PRINZIPS TEILE UND HERRSCHE**

VdEK-Forum

Mainz, 8.Juli 2014

Perspektiven sektorenübergreifender Versorgungsformen: Vier Thesen

1. Die Überwindung der institutionellen Trennung von ambulanter und stationärer sowie von medizinischer und pflegerischer Versorgung ist neben der Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems die zentrale Reformbaustelle der Gesundheitspolitik.
2. Dabei ist die Flexibilisierung des Vertragsrechts ein wichtiges Handlungsfeld, führt jedoch ohne einen neuen ordnungspolitischen Rahmen für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung nicht zu dem für die flächendeckende Versorgung notwendigen integrierten System.
3. Wir benötigen regional differenzierte Konzepte zur Bedarfsplanung und Organisation der Versorgung, die von den Institutionen des GKV-Systems und der Landespolitik gemeinsam entwickelt und getragen werden.
4. Gerade wegen des medizinischen Fortschritts muss die hausärztliche Versorgung systematisch gefördert werden. Das gilt insbesondere für die Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten.

Neue Versorgungsformen – ein Dauerthema von GKV-Reformen

- GRG (1988): Ermächtigung von Universitäts-Polikliniken und psychiatrischen Institutsambulanzen zur ambulanten Versorgung.
- GSG (1992): Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115b), Dauerhafte Zulassung von ehemaligen DDR-Polikliniken.
- GKV-NOG (1997): Strukturverträge zu besonderen Versorgungsformen (§73a).
- GKV-Reform 2000 (1999): Verträge zur integrierten Versorgung (§ 140 ff.).
- GMG (2003): Selektivverträge zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73 b) und integrierten Versorgung (§ 140a ff.). Zulassung von MVZ.
- GKV-WSG (2007): Hausarztzentrierte Versorgung als Muss-Leistung, Spezialfachärztliche Versorgung in Krankenhäusern (§ 116b).
- GKV-VStG (2011): Erweiterung der spezialfachärztlichen Versorgung. Neuordnung der Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung.
- GKV-FQWG (2014): Modernisierungsprogramm für Krankenhäuser.

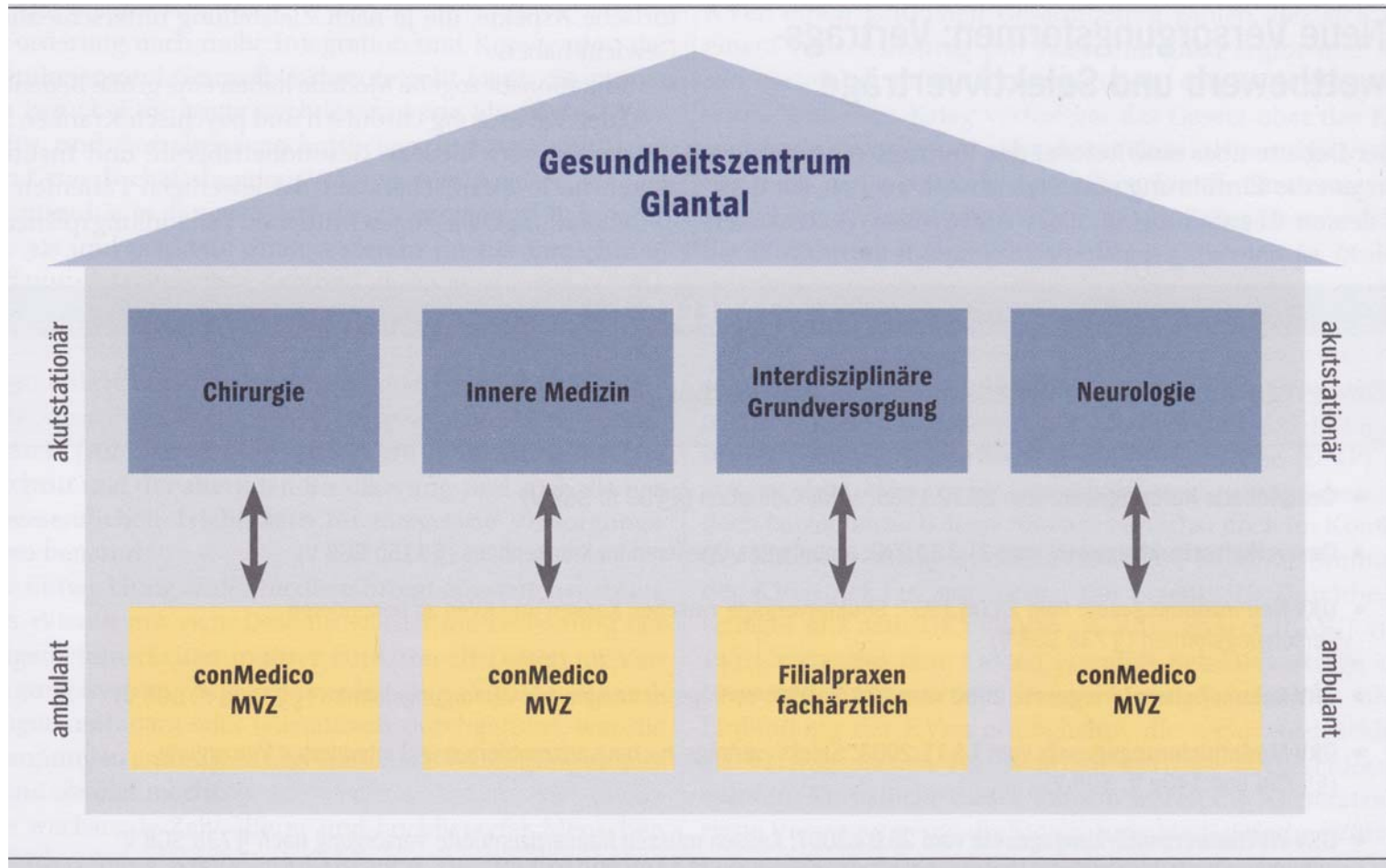
Selektivverträge: Instrument zur Förderung neuer Versorgungsformen?

- Auf absehbare Zeit wird es ein Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivverträgen geben. Zentrale Frage: Welche Versorgungsziele sollen mit Selektivverträgen angestrebt werden?
- *Indikationsbezogene Modelle*: DMP für chronisch Kranke sollten weiter ausgebaut werden, insbesondere in der Psychiatrie.
- *Populationsbezogene Modelle* (MVZ, regionale Netzwerke) haben vor allem in ländlichen Regionen wachsende Bedeutung.
- Problem 1: Populationsbezogene Selektivverträge schränken freie Arztwahl ein und eignen sich für Ballungszentren, nicht aber für ländliche Regionen.
- Problem 2: Kassenwettbewerb wird über Beiträge geführt, kaum über Versorgungsangebote. SVR-G weist im Gutachten 2012 darauf hin, zieht aber daraus keine Konsequenzen. Das GKV-FQWG verschärft diesen Trend durch die Senkung des allgemeinen Beitragssatzes.
- Fazit: Mit Selektivverträgen allein wird man die Strukturprobleme nicht lösen können, erst recht nicht in ländlichen Regionen.

Ansätze zur Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen

- Auch ohne Gesetzesänderungen können Modelle zur Sicherstellung der Versorgung vorangetrieben werden. Dazu bedarf es jedoch des Konsenses der Akteure (KV, GKV-Verbände, Land).
- Schon vor dem GKV-VStG haben sich in Brandenburg die Kassen und die KV auf eine zielgerechtere Bedarfsplanung auf Basis der Altkreise geeinigt. Die Krankenhäuser wurden in die notärztliche und Wochenendversorgung stärker einbezogen.
- Modellversuch „AGNES“ in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern zur Einbindung von Gemeindegewerkschaften in die ambulante Versorgung.
- Projekt „IGIB“ der Barmer GEK und AOK Nordost. Gemeinsam mit der KV BB wird ein fachübergreifendes Kooperationszentrum „KVRégioMed“ entwickelt (u. a. Filialnetz mit flexiblen Sprechstunden in der fachärztlichen Grundversorgung).
- Projekt Main-Kinzig-Tal der AOK Baden-Württemberg.
- MVZ-Modell Glantal am Landeskrankenhaus Rheinland-Pfalz.

Modell Gesundheitszentrum Glantal



Gesundheitspolitik: Teil der Infrastrukturpolitik

- Die Länder haben den Verfassungsauftrag zur Sicherung der allgemeinen Daseinsvorsorge, zu der auch das Gesundheitswesen gehört. Der Sicherstellungsauftrag der KV entbindet sie nicht von politischer Verantwortung.
- Gesundheitspolitik ist Infrastrukturpolitik, die sich nicht auf die Sicherung der stationären Versorgung beschränken darf. Die Frage nach der politischen Letztverantwortung für das gesamte Gesundheitswesen muss vor allem für ländliche Regionen neu gestellt werden.
- Die Landespolitik muss die Initiative ergreifen und die Bereitschaft regionaler Akteure zum Aufbau von Versorgungsnetzen fördern. Die Selbstverwaltung allein ist mit dieser Aufgabe überfordert.
- Das ist kein fiskalisches, sondern ein organisatorisches Problem und eine Frage des politischen Willens. Es stehen auch EU-Mittel bereit, u. a. aus dem Europäischen Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung ländlicher Räume (ELER) und dem Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE).

Schwerpunkte einer Reform der Versorgungsstrukturen

Wenn die Länder in der Sicherstellung der Versorgung mehr Verantwortung übernehmen sollen, muss der ordnungspolitische Rahmen des Gesundheitswesens bzw. der GKV auf drei Ebenen neu geordnet werden:

- Integrierte Bedarfsplanung: Länder machen Vorgaben für die Versorgung mit Ärzten und Krankenhäusern in den Regionen. Die Krankenkassen, Kommunen und Krankenhausträger sind in die Entscheidungen nach Landesgesetz einzubeziehen. Welche Krankenhäuser, Arztpraxen und MVZ mit welchen Kapazitäten und Aufgaben in die Versorgung eingebunden werden, wird vertraglich mit den Krankenkassen vereinbart.
- Neuordnung der Kompetenzen der Aufsichtsbehörden: Länder haben die Verantwortung für die Versorgungsverträge aller Krankenkassen, das BVA kontrolliert die Haushalte. Das erfordert regelmäßige Abstimmung.
- Monistische Krankenhausfinanzierung und Strukturförderung in ländlichen Regionen durch einen gemeinsamen Fonds von Ländern und GKV. Umwandlung kleiner Krankenhäuser in integrierte Versorgungszentren mit fachmedizinischer Versorgung.

Förderung der hausärztlichen Versorgung und der Allgemeinmedizin

- Gerade wegen des medizinischen Fortschritts wächst die Bedeutung der Allgemeinmedizin und der Hausärzte als Versorgungslotsen. Wir stehen vor einem dramatischen Mangel in der medizinischen Grundversorgung.
- Nur mit EBM-Reformen und Selektivverträgen nach § 73b lässt sich dieses Problem nicht bewältigen. Der Mangel an Hausärzten hat seine Wurzeln weniger in der schlechten Honorierung als in der Kultur des Medizinbetriebes. Daher muss die systematische Förderung der Allgemeinmedizin in der Aus- und Weiterbildung beginnen. Hier sind die Länder und die Ärztekammern gefordert.
- Nicht nur das Vertragsrecht muss flexibilisiert werden, sondern auch die Arbeitsorganisation der Versorgungseinrichtungen. Der Bedarf an Teilzeitstellen und flexiblen Arbeitszeiten für das ärztliche und pflegerische Personal wächst.
- Die medizinische Grundversorgung ist ohne den vermehrten Einsatz und die Förderung von Pflegeberufen nicht zu gewährleisten.

Fazit: Es geht nicht nur ums Geld

- Keine Frage, finanzielle Anreize spielen in der Steuerung des Gesundheitswesens eine wichtige Rolle. Allerdings ist die Reduzierung der Gesundheitspolitik auf monetäre Aspekte perspektivloser Ökonomismus. Wir brauchen eine öffentliche und vor allem ehrliche Debatte über die Möglichkeiten und Grenzen der Medizin und das Verhältnis von „Ethik und Monetik“.
- Ein solcher Paradigmenwechsel ist nicht von heute auf morgen zu realisieren und erfordert hohes politisches Stehvermögen. Die Kunst der Gesundheitspolitik besteht nicht im Entwerfen von Optimierungsmodellen, sondern in der Implantierung von „Reformviren“, die ihre Wirkung erst mittel- bis langfristig zeigen. Wer Gesundheitsreformen aus einem Guss fordert, die alle Probleme zugleich anpackt, hat keine Ahnung von diesem mühseligen Geschäft.
- Max Weber: „Die Politik bedeutet ein starkes langsames Bohren von harten Brettern mit Leidenschaft und Augenmaß zugleich.“ Diese Weisheit wird oft zitiert, aber wenig beherzigt.