

Statement

von

Ulrike Elsner

Hauptamtliche Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

anlässlich

der Neujahrs–Pressekonferenz

Ersatzkassen zur Gesundheitspolitik 2023

am 24. Januar 2023

im Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,
Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55,
10117 Berlin

(Es gilt das gesprochene Wort.)

Meine Damen und Herren,

ich möchte Ihren Blick auf die anstehenden Versorgungsthemen lenken. Wir werden in diesem Jahr nahezu 300 Milliarden Euro für die gesundheitliche Versorgung aufwenden – viel Geld und erneut fast 5 Prozent mehr als im Vorjahr. Deshalb kommt es darauf an, die Beitragsgelder der Versicherten und Arbeitgeber richtig einzusetzen und die Versorgungsstrukturen und –prozesse zu optimieren. Unser Ziel ist es, die Versorgung für die Versicherten modern und in hoher Qualität zu gestalten.

In jüngster Zeit wird gebetsmühlenartig die „Entökonomisierung des Systems“ gefordert. Doch allein mit mehr Geld verbessern wir nicht die Versorgung. Und die Versorgung muss auch bezahlbar bleiben.

Ganz oben auf der Agenda steht für uns die Krankenhausreform inklusive einer Reform der Notfallversorgung. Die Vorschläge der Krankenhauskommission bilden hierfür einen guten Ansatz. Wir unterstützen ausdrücklich den vorgeschlagenen Umbau der Krankenhausstrukturen nach Versorgungsstufen, denen dann jeweils Leistungsgruppen zugeordnet werden. Das schafft Standards und steigert die Versorgungsqualität. Da können wir in Deutschland besser werden. Zwar haben wir für ausgewählte Behandlungen Mindestmengen und Qualitätsindikatoren, doch es mangelt an der Umsetzung. So zeigte sich für 2021 für den Bereich der Knie-Endoprothesenoperationen, dass 20 Prozent der Krankenhäuser, die diese Leistung anboten, die erforderliche Mindestmenge von 50 pro Jahr nicht erreichten. Bei den sogenannten „planungsrelevanten Qualitätsindikatoren“ sind 94 Prozent der Krankenhäuser mit schlechten Ergebnissen nur gering bis mittel spezialisiert. Deshalb: Eine Krankenhausstrukturreform ist ein Beitrag für mehr Versorgungsqualität.

Eine Krankenhausreform sollte aus zwei Säulen bestehen: einer Struktur- und einer Finanzierungsreform. Idealerweise macht man sich zunächst darüber Gedanken, welche Strukturen man benötigt und gestaltet dann die notwendige Finanzierung. Bei den jetzt begonnenen Beratungen sehen wir das Risiko, dass die Bundesregierung genau umgekehrt vorgeht. Im Fokus scheint eher die auskömmliche Finanzierung der knapp 1.700 Krankenhäuser mit insgesamt mehr als 2.600 Standorten zu stehen – so, wie diese auch seit langem und fast täglich von den Krankenhausvertretern mit dem Narrativ einer drohenden Insolvenzwelle gefordert wird.

Ein Bestandteil der Reform soll eine leistungsunabhängige Vorhaltekostenfinanzierung sein. Je nach Fachgebiet sollen künftig 40 oder 60

Prozent der Erlöse aus Fallpauschalen (DRG), unabhängig von der tatsächlichen Belegung, finanziert werden. Grundsätzlich ist dieser Gedanke nicht falsch, er wird jedoch zum Problem, wenn die Vorhaltekostenfinanzierung auf den derzeitigen Strukturen von Fehl- und Überversorgung gerade in den Ballungsgebieten aufbaut. Anders ausgedrückt, bevor die Vorhaltekostenfinanzierung zum Tragen kommt, müssen zunächst bedarfsgerechte Krankenhausstrukturen geschaffen werden.

Bisher haben sich nur die Bundesländer Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen mit dem bedarfsgerechten Umbau ihrer Krankenhausstrukturen beschäftigt. Nordrhein-Westfalen wendet Leistungsgruppen an, die den Krankenhäusern zugeordnet werden, und Niedersachsen sieht bei dem novellierten Krankenhausgesetz eine regionale Versorgungsplanung nach Versorgungsstufen vor.

Die Krankenkassen waren in diesen komplexen Prozess von Beginn an eingebunden. Das fordern wir auch für die Ausgestaltung der Krankenhausstrukturreform der Bundesregierung. Wir erwarten eine Beteiligung der Gemeinsamen Selbstverwaltung – sowohl bei der Definition der Versorgungsstufen und Leistungsgruppen als auch bei den Kriterien für die Vorhaltefinanzierung. Unser Ziel ist, dass mit diesen Instrumenten bedarfsgerechte Strukturen geschaffen werden, die zu einer neuen Arbeitsteilung unter den Krankenhäusern führen, einer Arbeitsteilung, die unter Qualitätsgesichtspunkten Spezialisierung, Konzentration und Zentralisierung fördert und die Besonderheiten des ländlichen Raums berücksichtigt.

Meine Damen und Herren,

die Krankenhauskommission hat sich auch mit der so wichtigen Verknüpfung ambulanter und stationärer Strukturen beschäftigt. Gerade in ländlichen Regionen brauchen wir vielfältige Versorgungslösungen, um eine qualitativ hochwertige Grundversorgung zu organisieren. Diese Überlegungen der Krankenhauskommission entsprechen unserem Modell der „Regionalen Gesundheitszentren“ – kurz RGZ –, das wir im vergangenen Jahr entwickelt und öffentlich vorgestellt haben. Wir freuen uns, dass unsere Vorschläge zu einer „Versorgung aus einer Hand“ Resonanz finden.

Im Übrigen gehören für uns auch die Medizinischen Versorgungszentren – kurz MVZ – zu dieser vielfältigen Versorgungslandschaft dazu. Es sollte in der derzeitigen Diskussion um die Rolle von Kapitalinvestoren daher nicht in erster Linie darum gehen, wer ein MVZ besitzt, sondern, ob dort gut und versichertenorientiert behandelt wird. An dieser Stelle positionieren wir uns klar anders als zum Beispiel die Bundesärztekammer, die die Möglichkeit für Krankenhäuser, MVZ zu gründen, einschränken will. Wir als Ersatzkassen wollen da eher bei den „Spielregeln“ nachschärfen, um Fehlentwicklungen wie die Konzentration auf besonders lukrative

Leistungen zu verhindern. Dazu haben wir konkrete Vorschläge entwickelt, die sich dann auch wieder mit der Position der Bundesärztekammer decken.

Das heißt:

1. klare Regeln, die eine regionale Monopolbildung einzelner Anbieter verhindern,
2. die Sicherstellung der Unabhängigkeit der ärztlichen Leitung,
3. alle Kernleistungen des Fachgebietes müssen angeboten werden,
4. es bedarf der Transparenz zu Trägerschaft und Betreiberstrukturen bereits auf dem Praxisschild.

Meine Damen und Herren,

ein weiterer Versorgungsbereich, der derzeit stark in der Diskussion steht, ist die psychotherapeutische Versorgung. Die Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung liegt uns sehr am Herzen, was auch zahlreiche Umfragen unserer Mitgliedskassen zu diesen Themen zeigen.

Zunächst ein paar Fakten: Wir haben in Deutschland ein weltweit einzigartiges psychotherapeutisches Versorgungssystem mit direktem Zugang und ohne Zuzahlung durch die Versicherten. Wir haben über 38.000 niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der GKV, übertroffen nur von den Hausärztinnen und -ärzte. Abhängig vom Therapieverfahren werden bis zu 300 Stunden Therapie pro Patientin und Patient übernommen. Psychotherapeutinnen und -therapeuten werden übrigens zudem in der GKV meist besser vergütet als in der privaten Krankenversicherung, auch der Leistungsumfang ist in der Regel deutlich größer.

Problematisch sind jedoch zu lange Wartezeiten auf Behandlungen, aber auch die Erreichbarkeit der Psychotherapeutinnen und -therapeuten und die Vermittlung durch die Terminservicestellen. Laut einer Umfrage des GKV-Spitzenverbandes beklagen etwa 20 Prozent der Versicherten Wartezeiten von über vier Wochen. 33 Prozent der Versicherten haben sogar aufgrund der schlechten Erreichbarkeit von Therapeutinnen und Therapeuten überhaupt keine Therapie begonnen.

Die gängige Forderung zur Lösung dieser Probleme lautet, dass wir mehr Psychotherapeutinnen und -therapeuten brauchen. Wir Ersatzkassen glauben jedoch nicht, dass dies die Versorgungsprobleme lösen wird. Wir haben deshalb Vorschläge entwickelt, wie die Versorgung verbessert werden kann. Hier nur drei Punkte, weitere finden Sie in der Pressemappe:

1. Erreichbarkeit: Wir brauchen eine verbesserte Vermittlungsarbeit durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Therapeutinnen und Therapeuten sollten deshalb verpflichtet werden, die Hälfte ihrer durch abgeschlossene Therapien freiwerdenden Behandlungskapazitäten an die Terminservicestellen zu melden. Denn bei den Terminservicestellen landen meist die schwereren Fälle mit einer höheren Dringlichkeit, die häufig lange auf einen Therapieplatz warten und vergeblich auf Anrufbeantworter von Psychotherapeutinnen sprechen. Das liegt übrigens auch daran, dass viele Therapeutinnen und Therapeuten nicht telefonisch erreichbar sind, weil sie kein Praxispersonal beschäftigen, obwohl die Kosten für Praxispersonal in die Honorarkalkulation eingeflossen sind. Wir fordern daher eine stärkere Kopplung der Vergütung an tatsächlich angestelltes Praxispersonal.

2. Bedarfsplanung: Wenn Praxen nachbesetzt werden, sollten Therapieverfahren bevorzugt werden, die schnellere Therapieerfolge versprechen. Hierzu gehört die relativ neu zugelassene Systemische Therapie. Wir fordern den Gesetzgeber auf, die hierfür erforderliche Rechtsgrundlage zu schaffen.

3. Reform der Versorgungsstrukturen: Um die Inanspruchnahme von Gruppentherapie weiter zu verbessern, sollten Psychiatrische Institutsambulanzen für die Gruppentherapie ermächtigt und Therapeutinnen und Therapeuten im Rahmen der Ausbildung umfassend qualifiziert werden. Um die Bildung von Gruppen zu erleichtern, bedarf es auch einer praxisübergreifenden Terminkoordinierung für Gruppenangebote.

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie sehen, das Aufgabenbuch für 2023 ist gefüllt, gleichzeitig gibt es die Vorschläge für die Modernisierung der Versorgungsstrukturen – jetzt heißt es anfangen.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.