

19. Legislaturperiode

Gesundheits- politische Perspektiven

Im Herbst 2017 findet die Wahl zum 19. Deutschen Bundestag statt. Für die Gesundheitspolitik der kommenden Legislaturperiode tragen die Autoren in dieser Ausgabe einige zentrale Perspektiven vor. Nachdem die F.D.P vor ihrem Ausscheiden aus dem Bundestag die Klientele bedient hatte, und mit einer fulminanten Beitragssatzerhöhung zur GKV auch den eigenen politischen Komfort, konnte die Große Koalition konfliktfrei aus dem Vollen schöpfen. Sieht man von dem überfälligen Ausbau der Pflegeversicherung ab, war Vieles „nice to have“. Unverzichtbare Investitionen in einen qualitativen Umbau der Krankenhauslandschaft und die ambulanten Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum wurden dagegen vernachlässigt. Bei steigenden Zusatzbeiträgen für die Versicherten werden die erforderlichen Mittel, nun, da die lange beschworenen demographischen Herausforderungen realen Tribut fordern, schwerlich aufzubringen sein. Eine der gemeinsamen Forderungen der Beiträge dieser Ausgabe ist daher, die Gesundheitspolitik stärker gestaltend und investitionsfähig anzulegen. Dass sich dies mit einem Innovationsfonds erschöpft, bei dem der Zentralrat der verfassten Selbstverwaltung Millionenbeträge nach Aktenlage ausschüttet, ist eines der bunten Missverständnisse der abgelaufenen Legislaturperiode. Politik muss mehr aufbieten als eine Jury der Selbstverwaltung.

Über zahllose Einzelgesetze und ihre Novellen hinaus ergeben sich die Eckpfeiler deutscher Gesundheitspolitik mit der Reformgesetzgebung ausgehend vom Gesundheitsstrukturgesetz 1992. Danach tariert die Gesundheitspolitik Rahmenbedingungen und Anreize für die Akteure im Gesundheitswesen, um eine möglichst gute Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu sichern und gleichzeitig Innovationen zu fördern und auszubringen. Doch Gesundheitswirtschaft findet dann in der Gesundheitswirtschaft statt. Deren Steuerung hat der Staat in die Hände der korporativen Selbstverwaltung gelegt. Schon deren stimmiges Controlling über Verwaltungsnabelschau hinaus fehlt. Eigene (fach-) inhaltliche und personelle Kompetenzen – etwa in Gesundheitsministerien des Bundes und der Länder – sind auf ein Minimum beschränkt. Konzeptionelle und/oder planerische Kapazitäten fehlen gänzlich. So kommt etwa selbst die Krankenhausplanung der Länder über eine grundständige Buchhaltung nicht hinaus. Solange reichlich zusätzliches Geld im Gesundheitsfonds ist, lässt sich manches überdecken. Nur, zu stimmigen Reformen mit langem Atem reicht es häufig nicht.

Gehen wir die Themenfelder für die 19. Legislaturperiode durch, zeigen sich vor diesem Hintergrund charakteristische Defizite. So wirkt der Risikostrukturausgleich bisher weniger als Anreiz zur Optimierung der Versorgungsseite denn als technische Grundlage zur Einnahmoptimierung von Krankenkassen. (Betreuungs-) Strukturverträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen treiben ein „Win-Win“, bei dem der Patient am Rande steht. Wettbewerbliche Einzelverträge statt der Kollektivverträge bleiben dagegen die Ausnahme. Eine dauerhafte und kompetenzgetragene Vertragsentwicklung ist nicht zu erkennen. Demgegenüber beauftragt der Gesetzgeber nun als Schritt nach vorn für das GKV-System mit dem Innovationsfonds „... einzig und allein die tradierten Systemadministratoren (die freilich für seine Insuffizienzen seit jeher Verantwortung tragen) ... zu bestimmen, welche und wie Innovationen ins GKV-System kommen sollen“ (Hermann). Christopher Hermann fordert stattdessen ein System morbiditätsorientierter prozentualer Zuschläge im RSA für Versicherte in Einzelverträgen, um die Krankenkassen aus der „kollektiven Hängematte“ zu bewegen. Wie und von wem der bekannte Einfallstreich der Vertragspartner ausgeschaltet werden kann, Zuschläge nur „mitzunehmen“, ist offenkundig noch zu diskutieren. Lösungen im Rahmen der bisherigen Nachwächterrolle der Gesundheitspolitik werden dazu kaum zielführend sein.

Schauen wir auf die ambulante Grundversorgung. Insbesondere im ländlichen Raum wird sich der fortschreitende Bevölkerungsrückgang bei gleichzeitigem Anstieg der Lebenserwartung fortsetzen. Die ambulante Versorgungsdecke wird kurz und kürzer: Allein bis 2030 erwartet die Kassenärztliche Bundesvereinigung mehr als 10.000 Hausärzte weniger. Auch Krankenhäuser werden hier oft nicht einspringen können. Steffen Bohm et. al. beschreiben die Anforderungen an eine hausarztgetragene integrative Grundversorgung. Seit Jahrzehnten führen die Bundesmantelverträge die „integrative ärztliche Betreuung im Rahmen ergänzender medizinischer, sozialer und psychischer Hilfen für die Kranken sowie die Zusammenarbeit mit Fachärzten im Rahmen der fachärztlichen Versorgung und die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern als ‚allgemeine Aufgaben der Hausärzte‘“ an. Hinzu kommen „... die Integration komplementärer Heilberufe und flankierender Dienste“... und zahlreiche andere Aufgaben bis hin zum Qualitätsmanagement der eigenen Praxis: Für den einzelnen Arzt in einzelner Praxis blieben diese vertraglichen Anforderungen weithin „Lüftlemalerei“ (Peter Schwörer). Nun aber werden integrierte Praxen auf dem Lande „alternativlos“. Das heißt, es geht nicht mehr ohne sie und eine verbleibende Alternative durch Einzelpraxen wird häufig fehlen. Wettbewerbliche Einzelverträge scheiden von daher dort schlicht aus. Wenn ländliche Kommunen nicht zu Eigenbetrieben übergehen wollen – das Lehrgeld dazu werden sie nicht aufbringen können – braucht es für arztgetragene Einrichtungen Förderprogramme „aus einer Hand“. An eine vielstimmige Selbstverwaltung ist diese Aufgabe nicht länger zu delegieren. Die Gesundheitspolitik darf sich nicht länger verstecken.

Das gilt auch für das Katz und Maus Spiel zwischen Bund und Ländern bei der Krankenhausplanung. Das Krankenhausstrukturgesetz 2016 ermöglicht einen qualitätsorientierten Umbau der Krankenhauslandschaft. Aber einige Länder lehnen Qualitätskriterien des gemeinsamen Bundesausschusses schlicht ab. Zudem ist ein Strukturfonds mit 1 Mrd. Euro

über 3 Jahre keine ausreichende Antwort, um das anhaltende jährliche Investitionsdefizit von rund 3 Mrd. Euro annähernd auszugleichen. Ralf Heyder und Jürgen Malzahn diskutieren zahlreiche Dimensionen und Funktionen, denen sich eine Krankenhausplanung, die ihren Namen verdient, stellen muss. Immer öfter verlangt der medizinische Fortschritt für eine erfolgreiche Behandlung das Zusammenspiel verschiedenster Fachdisziplinen. Planungen von Krankenhäusern auf lokaler Ebene werden diesen Anforderungen nicht mehr gerecht. So werden heute jährlich mehr als 20.000 Herzinfarkt-Patienten in Krankenhäuser eingeliefert, die nicht über den notwendigen Linksherzkathedermessplatz verfügen. Viel zu selten findet die Behandlung von Karzinom-Patienten in hinreichend qualifizierten zertifizierten Zentren statt. Und selbst ultimative Vorgaben zu Mindestmengen komplexer OPs werden von zahlreichen Krankenhäusern sanktionslos unterschritten. Die Hoffnung ist mithin verpufft, dass sich die Krankenhauslandschaft mit einem diagnoseorientierten Fallpauschalsystem „wie von selbst“ in Richtung auf qualitativ hochwertige, für den Patienten gefahrlose Angebotsstrukturen entwickeln würde. Gesundheitspolitik muss handeln. Nicht „im Rahmen des Möglichen“, sondern die Möglichkeiten schaffend.

Dies gilt im Übrigen auch für den Einsatz von Hochrisiko-Medizinprodukten, die bisher ohne hinreichende klinische Studien und deren Bewertung als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Bernhard Egger et. al.) in die Krankenhäuser gelangen. Der Innovationsförderung und weltweit erfolgreichen Vermarktung deutscher Medizinprodukte dient Laissez Faire gerade nicht. Höhere Standards dienen nicht nur dem Patientenschutz, sondern auch der Qualität der Produkte und Stellung auf dem Weltmarkt. Hier können wir nicht nur beim Diesel von den USA lernen, die individuelle (Verbraucher-) Rechte systematisch höher bewerten. Selbstgefällige Kumpanei mit der Industrie vergiftet nur die Luft.

Die lange Geschichte ebenso gut gemeinter wie schlecht gemachter Versuche, die separierten Versorgungsbereiche „ambulant“ und „stationär“ zu verbinden, spricht Bände für die Grenzen einer interventionistischen Gesundheitspolitik, die strukturelle Tabus pflegt. Zuletzt wollte aus der Spezial(fach) ärztlichen Versorgung als intermediärer Kopfgeburt mit bürokratischem Hochsicherheitskordon nicht so recht etwas werden. Und wer im Gemeinsamen Bundesausschuss die Qualität hochhielt, geriet auf die Abschlusliste der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Nun haben sich auf der einen Seite Matthias Gruhl und auf der anderen Seite Hans-Friedrich Spies vorgenommen, die Sektoren wirkmächtig zu verzahnen. Heraus kommt bei Matthias Gruhl auf der Grundlage des FES-Gutachtens 2017 ein residualer Bereich spezialisierter fachärztlicher Leistungen (nicht fachärztliche Grundversorgung und nicht ausschließlich stationär), der sich ohne Bedarfsplanung honorarmäßig möglichst am Gesamtversorgungsbedarf des Patienten orientieren soll. Da er nicht ausführt, wie mit dem Schweregrad der dann in Rede stehenden Erkrankungen umzugehen wäre, der bei der „Krankenhauspflicht“ konzeptionell überaus störend relevant ist, und nach welchen Regeln ansonsten „zugelassene“ Leistungserbringer (kollektiv) ein- und (!) ausgeschlossen werden können, sollten die Überlegungen sicherlich weiter präzisiert werden. Die Erfahrung, dass zeigt Hans-Friedrich Spies, kennt keine veritablen Konzepte ohne praktikable ein- und ausschlie-

ßenden Rahmenbedingungen. Diese Erkenntnis verweist auf die Diskussion um die Sicherstellung der Psychotherapie.

Die Notwendigkeit einer Bedarfsplanung für die psychotherapeutische Versorgung wird von keinem der Beteiligten bestritten. Wir stellen die Sichtweisen von Krankenkassen (Thomas Uhlemann et. al.) und Therapeutenkammer (Christina Tophoven et. al.) in dieser Ausgabe direkt nebeneinander. Während die Krankenkassen auf einen hohen Versorgungsgrad bundesweit verweisen und krasse regionale Verteilungsprobleme erkennen, sucht die Kammer anhand soziodemographischer Daten (Alter, Geschlecht, Bildungsgrad und Erwerbsbeteiligung) bedarfserhöhende Faktoren über die Einwohnerzahl hinaus. Als Beleg werden Wartezeiten für Patienten angeführt, die allerdings in Erhebungen von Krankenkassen und Ärzten deutlich kürzer ausfallen. Von ihnen wird auf die Überproduktion in der Regel nichtuniversitärer, privater Ausbildungseinrichtungen verwiesen, deren Absolventen systematisch per Kostenerstattung tätig werden, deren Bereitschaft unter den Krankenkassen wiederum höchst ungleich verteilt ist. Die Fronten stehen inzwischen recht unversöhnlich gegenüber, zumal die Psychotherapeuten den Systemadministratoren im Gemeinsamen Bundesausschuss eine Blockadehaltung vorwerfen, für die bei den Ärzten (KBV) auch ökonomische Gründe angeführt werden, obgleich die Vergütung der Psychotherapeuten weithin außerbudgetär erfolgt.

Beide Seiten haben Argumente, die sich in einer „verteilenden“ Bedarfsplanung, die krasse Über- und Unterversorgung zulässt, kaum annähern lassen, solange die Politik den Wert bestehender Arzt- und Therapeuten-Sitze, der ja erst durch die öffentliche Bedarfsplanung entsteht, als privates Eigentum betrachtet, das verkauft und vererbt werden kann. So werden Über- und Unterversorgung zementiert. Frei werdende Sitze in überversorgten Bezirken sollten dagegen grundsätzlich nur bei besonderem lokalem Bedarf mit den Stimmen der Krankenkassen wiederzubesetzen sein und ansonsten unterversorgten Bezirken zugutekommen. Auch hier pflegt die Gesundheitspolitik bisher Tabus, mit denen sie sich jeder Wirksamkeit begibt. Ein „weiter so“ in der kommenden Legislaturperiode hat seinen Preis.

K.-H. Schönbach