

Gesundheitspolitische Schwerpunkte der nächsten Legislaturperiode Position der A-Länder

Die Gesundheitspolitik der nächsten Legislaturperiode richtet sich an den Kriterien „Soziale Gerechtigkeit“, „Qualität“ und „Wirtschaftlichkeit“ aus. Sie gewährleistet für alle Bürgerinnen und Bürger den freien Zugang zu allen medizinisch notwendigen Leistungen nach dem neuesten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Sie sichert finanzierbare Beiträge in der GKV.

Die Prävention wird einen höheren Stellenwert erhalten. Sie ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, an deren Umsetzung und Finanzierung viele Akteure und Institutionen zu beteiligen sind. Besondere Bedeutung hat dabei die Stärkung entsprechender kooperativer Strukturen.

Die Patientenorientierung des Gesundheitswesens soll insbesondere durch mehr Transparenz über Leistungsangebote und Qualität sowie Beratung für die Patienten und Patientinnen und den Ausbau von Beteiligungsrechten gestärkt werden.

Vorrangiges Ziel der nächsten Reform ist einerseits der Abbau von Über- und Fehlversorgung sowie andererseits der Transfer der dadurch freigesetzten Ressourcen in die Bereiche, in denen heute Unterversorgung herrscht.

Dazu muss sichergestellt werden, dass der Leistungskatalog der GKV ständig an die neuesten Erkenntnisse über den therapeutischen Nutzen und das Kosten-/Nutzenverhältnis medizinischer Verfahren angepasst wird. Daneben muss die Orientierung der Versorgung an evidenzbasierten Behandlungsleitlinien ausgebaut und die abgestimmte Zusammenarbeit der Leistungserbringer auch über die Sektoren durch entsprechende Anreize und den Abbau von Integrationshindernissen gefördert werden.

Die wichtigsten Reformmaßnahmen sind insbesondere:

- Neuordnung der Arzneimittelversorgung (insb. schrittweise Einführung von Preisverhandlungen, Zulassung Versandhandel mit Qualitätsauflagen, Verabschiedung der Positivliste)
- Stärkung der Bundesausschüsse durch Verkörperschaftlichung und Anpassung der Vorschriften zu den 4 Ausschüssen, insb. durch eine sektorübergreifende einheitliche, stringente, rechtssichere Aufgabenzuweisung und wirksame Konfliktlösungsmechanismen
- Erhöhung der Akzeptanz für die Entscheidungen des BA durch gesetzliche Verfahrensvorgaben, Ausbau der Beteiligungsrechte Dritter und der Transparenz
- fachliche Vorbereitung der Entscheidungen der Bundesausschüsse durch ein wissenschaftliches Institut mit unabhängigem Sachverstand
- Aufhebung der sektoralen Budgets zugunsten einer flexiblen über die Sektorengrenzen reichenden Budgetierung
- Neuordnung der ambulanten Vergütung (Kopf- und indikationsbezogene Fallpauschalen) bei gleichzeitiger Etablierung qualitätsorientierter Mengensteuerungsinstrumente
- Eröffnung eines fairen Wettbewerbs an den Schnittstellen zwischen Ambulantem und stationärem Sektor
- Weitere Flexibilisierung des Vertragsrechts mit dem Ziel, insbesondere integrierte Versorgungsformen zu fördern
- Verbesserung der betriebswirtschaftlichen Attraktivität integrierter Versorgungsformen durch entsprechende Rahmenbedingungen
- Beseitigung insbesondere berufsrechtlicher Hindernisse für integrierte Versorgungsformen
- Weitere Stärkung der Rolle des Hausarztes als Lotse im Gesundheitssystem

- Stärkere Beteiligung der Krankenkassen bzw. ihrer Verbände an der Definition von Inhalt, Strukturen und Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung
- Reform der Kassenärztlichen Selbstverwaltung (insb. Professionalisierung des Vorstandes und Delegation der operativen Aufgaben an den Vorstand)
- Verpflichtung der Ärzte zur regelmäßigen Darlegung ihrer ärztlichen Kompetenz und Möglichkeit zur besseren Vergütung von Ärzten, die sich regelmäßig fortbilden
- Beseitigung organisationsrechtlicher Sonderregelungen für bestimmte Kassenarten
- Verbesserung der Transparenz durch Zusammenführung der Daten in der GKV zu Steuerungszwecken (Transparenzgesetz)
- Aufbau einer Telematikinfrastruktur zur besseren Nutzung der neuen Informations- und Kommunikationstechnologien für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung im Rahmen eines Gesamtkonzeptes („nationale Strategie“), insb. für Anwendungen wie dem elektronischen Rezept, der elektronischen Gesundheitskarte und der elektronischen Patientenakte
- Anhebung der Versicherungspflichtgrenze

Erläuterung der von den A-Ländern vorgeschlagenen Reformmaßnahmen für die neue Legislaturperiode

Essenzials und Kontroversen in der bisherigen Diskussion:

1. Förderung der sektorübergreifenden integrierten Versorgung

Für die A-Länder und hier allen voran NRW ist die Förderung der integrierten Versorgung ein herausragendes Anliegen in der laufenden Legislaturperiode. Die historisch gewachsene sektorierte Struktur unseres Gesundheitswesens war in einer Zeit, in der Akuterkrankungen dominierten angemessen. Den Anforderungen an die Versorgung der heute überwiegenden chronisch Kranken und multimorbiden älteren Menschen wird sie nicht mehr gerecht. Ein erheblicher Teil der Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsmängel beruhen auf der mangelnden Abstimmung und der fehlenden Koordination an den Schnittstellen der Sektoren (z.B. stationär/ambulant und stationär/Rehabilitation). Es kommt deshalb darauf an, sektorübergreifende Strukturen zu schaffen, die sich an der notwendigen Behandlungs- und Betreuungskette für die Versicherten orientieren. Die künftige demografische Entwicklung macht diese Aufgabe noch dringlicher.

Mit den §§ 140a ff wurden bereits in der Gesundheitsreform 2000 Rechtsgrundlagen für den Aufbau von **Integrierten Versorgungsformen** geschaffen. Der Gesetzgeber wollte damit initiieren, dass ambulante und stationäre Leistungserbringer sich zu Unternehmen oder Netzen zusammenschließen und den Krankenkassen Versorgungsangebote für ihre Versicherten anbieten bei Übernahme der Budgetverantwortung für Teile der oder die gesamte Behandlungskette. Bis zum heutigen Tage werden diese Rechtsgrundlagen jedoch nicht wahrgenommen. Dafür werden im Wesentlichen 2 Gründe angeführt: Zum einen die notwendige Beteiligung der KVen am Zustandekommen der integrierten Versorgungsformen (Vorwurf der Blockade) und zum anderen die sektoralen Budgets, die es im Krankenhaus unmöglich und im vertragsärztlichen Bereich sehr schwierig machen, prospektiv Beträge für die Versicherten, die an der Integrierten Versorgung teilnehmen, aus den Budgets zu lösen und den Budgets der Integrierten Versorgung zuzuschlagen.

In dieser Legislaturperiode muss deshalb zum einen durch entsprechende Rechtsänderungen sichergestellt werden, dass Integrierte Versorgungsformen auch ohne Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge mit den Krankenkassen abschließen dürfen. Zum Zweiten ist eine intelligentere Form der Budgetierung erforderlich, die es erlaubt, dass „das Geld der Leistung folgt“.

Wenn man mit denjenigen Akteuren im Gesundheitswesen spricht, die prinzipiell an der Integrierten Versorgung interessiert sind, stellt man fest, dass es neben diesen beiden Gründen eine ganze Reihe weiterer Hindernisse gibt, die aus dem Weg geräumt werden müssen, wenn man der Integrierten Versorgung zum Durchbruch verhelfen will. Deshalb müssen auch andere, z.B. die betriebswirtschaftlichen und berufsrechtlichen Rahmenbedingungen verbessert werden.

Ein großer Teil der von den A-Ländern vorgeschlagenen Maßnahmen (siehe Anlage 1) zielt darauf, Hindernisse für die Entstehung Integrierter Versorgungsformen zu beseitigen.

2. Flexibilisierung des Vertragsrechts

In der Diskussion um das Wahlprogramm der SPD wurde die Frage der Flexibilisierung des Vertragsrechts kontrovers diskutiert. Dabei geht es um die Frage, ob der Kontrahierungszwang insbesondere im ambulanten und stationären Sektor aufgegeben und der Sicherstellungsauftrag in der ambulanten Versorgung an die Krankenkassen übertragen werden soll. Die Frage, wie die Länder ihren Sicherstellungsauftrag in der stationären Versorgung wahrnehmen können, wenn die Krankenhäuser und Krankenkassen frei kontrahieren dürfen, blieb dabei offen. Die Position der weit gehenden Aufhebung des Kontrahierungszwanges wird von der Beratergruppe des Parteivorstandes und der Friedrich-Ebert-Stiftung vertreten und fand sich auch in den ersten Entwürfen für das Regierungsprogramm der SPD.

Die A-Länder teilen diese Position nicht, weil sie der festen Überzeugung sind, dass die Krankenkassen zumindest zurzeit nicht über die Kompetenzen für die Sicherstellung der Versorgung und für einen so weit gehenden Vertragswettbewerb verfügen, wie ihn die Aufhebung des Kontrahierungszwanges automatisch herbeiführt. Es wäre mindestens über viele Jahre mit erheblichen Verwerfungen zu rechnen, die den Versicherten der GKV nicht zugemutet werden darf.

Die A-Länder wollen dagegen zunächst lediglich in begrenztem Umfang Verträge neben dem bisherigen Kollektivvertragssystem zulassen, den Kontrahierungszwang und den Sicherstellungsauftrag wollen sie allerdings nicht in Frage stellen. Die Vertragsflexibilisierung (Verträge außerhalb des Kollektivvertrages) soll zum einen gezielt dort zugelassen werden, wo es der Integration der Versorgung dient. Daneben soll zum anderen ein Vertragswettbewerb an der Grenze zwischen stationärem und Ambulanten Sektor eröffnet werden. Weitere Flexibilisierungen im nächsten Schritt werden wegen möglicher Verwerfungen und nicht absehbarer Nebenwirkungen kritisch gesehen. Stattdessen sollen die Krankenkassen stärkeren Einfluss auf Inhalt, Strukturen und Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung erhalten. Dieser Einfluss soll ihnen dadurch gesichert werden, dass bestimmte Regelungen, die entsprechenden Regelungen, die die Kassenärztlichen Vereinigungen bislang alleine trafen, Vertragsgegenstand werden. Diese Maßnahme kann wiederum nur dann greifen, wenn die KVen durch eine Reform der Selbstverwaltung der KVen handlungsfähiger gemacht werden. Die entsprechenden Maßnahmen zur Umsetzung dieser Ziele werden in dem Positionspapier der A-Länder aufgelistet (siehe Anlage 1).

3. Untergesetzliche Normsetzung bei der Konkretisierung des Leistungskatalogs und der Festlegung evidenzbasierter Behandlungsleitlinien

Es besteht auf der SPD-Seite Einigkeit, dass der Leistungskatalog der GKV künftig noch viel stringenter als in der Vergangenheit an dem wissenschaftlichen Nachweis der Wirksamkeit von diagnostischen und therapeutischen Verfahren und am Kosten-/Nutzen-Verhältnis der Leistungen auszurichten. Es besteht ebenfalls Einigkeit darüber, dass der begonnene Weg, Behandlungsleitlinien in die Versorgung zu implementieren, forciert vorangebracht werden soll. Es besteht auch Konsens, dass für die Prüfung des wissenschaftlichen Nachweises der Wirksamkeit und für die Entwicklung und Bewertung

von Behandlungsleitlinien unabhängiger wissenschaftlicher Sachverstand gebraucht wird. Offen geblieben ist jedoch – auch im Wahlprogramm – bisher die Frage, wer denn über die Aufnahme oder den Ausschluss von Leistungen und über den Einsatz von Behandlungsleitlinien in der GKV entscheidet – wie bisher die Selbstverwaltung oder der Staat (z.B. Bundesoberbehörde oder BMG).

Die Beratergruppe beim Parteivorstand tendierte eher zu staatlichen Entscheidungen und verwies darauf, dass die widerstreitenden Interessen der Selbstverwaltungspartner angemessene Entscheidungen zunehmend schwerer machten.

Die A-Länder plädieren dafür, dass die Entscheidungen über die Aufnahme bzw. den Ausschluss von Leistungen in bzw. aus dem Leistungskatalog sowie die Festlegung von Behandlungsleitlinien in der GKV weiterhin von der Selbstverwaltung getroffen werden. Dem liegt die Einschätzung und die Erfahrung zu Grunde, dass die Lobby versuchen würde, Politik und Behörden unter massiven Druck zu setzen, falls die Entscheidungen hier gefällt würden. Außerdem ist die Selbstverwaltung in der Regel sachnäher und sachkompetenter. Es hat sich außerdem im Zusammenhang mit den Disease-Management-Programmen gezeigt, dass das BMG, das hier die Behandlungsleitlinien per Rechtsverordnung erlassen muss, sich vorsätzlich buchstäblich an den Vorschlag der Selbstverwaltung gehalten hat – zum einen weil ihm die Kompetenz zur fachlichen Prüfung fehlte, zum anderen aus haftungsrechtlichen Gründen.

Wenn man für eine den Verbleib der Entscheidungen über den Leistungskatalog und die Behandlungsleitlinien bei der Selbstverwaltung plädiert, muss man aber die Probleme in der Arbeit der zuständigen Bundesausschüsse und das Misstrauen und die Kritik gegenüber diesen Gremien aufgreifen. Das wird von den A-Ländern mit den die Bundesausschüsse betreffenden Vorschlägen in ihrem Positionspapier (siehe Anlage 1) getan.