

Türme, Springer und zwei tragende Säulen des Gesundheitswesens



Dr. Axel Munte,
Vorsitzender des
Vorstands der KVB

Wer Verantwortung trägt und diese ernst nimmt, der weiß, dass sich gerade in Zeiten schier unlösbarer sozialer und wirtschaftlicher Probleme Einzelgängertum, Abgrenzung und Spaltung verheerend auswirken. Dies gilt nicht nur für die „große Politik“, sondern auch für die vergleichsweise überschaubare Ausgangslage im Spannungsfeld von Patienten, Gesundheitspolitikern, Krankenkassen, Ärztekammern, Berufsverbänden sowie Kassenzweigen (KVen) und ihren Mitgliedern, den Vertragsärzten und Psychotherapeuten. Der Welt also, in der wir uns bewegen.

Die Regeln werden dabei durch die Politik vorgegeben. Durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) sind die handelnden Figuren zwar nicht ausgetauscht, so doch durcheinander gewürfelt worden. Waren im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung die KVen bislang so etwas wie die Türme im Schach, die von gesicherter Außenposition aus die Lage überblicken und steuernd eingreifen können, so hat der Gesetzgeber mit den Regelungen zur Integrierten Versorgung (§ 140 a bis e des Sozialgesetzbuchs V) einige wendige, flexible „Springer“ ins Spiel gebracht. Diese heißen im Gesetzestext „Träger von Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung (...) anbieten“ oder kurz „Managementgesellschaften“. Diese werden jetzt laufend gegründet, so zum Beispiel von Ärzten, Ärztenetzen, Berufsverbänden, aber auch Trägern von Krankenhäusern. Sie sind – im Gegensatz zu den KVen – dazu berechtigt, Verträge zu Integrierten Versorgungsformen mit den Krankenkassen abzuschließen.

Man könnte sich beruhigt zurücklehnen, da für alle genannten Vertragspartner gerade einmal ein Prozent der Gesamtvergütung aus dem ambulanten und dem stationären Bereich bereitsteht. Doch Achtung: Experten sind sich sicher, dass die so genannte „1-Prozent-Anschubfinanzierung“ in den nächsten Jahren erheblich ausgebaut wird. Von bis zu 25 Prozent der Gesamtvergütung gehen Schätzungen aus. Dann wird es prekärer: Bei einem solchen Finanzvolumen haben die „Springer“ die Möglichkeit, ihre spezifischen Interessen durchzusetzen und die bisherige, relativ einheitliche und durch Kollektivverträge gekennzeichnete Versorgungsstruktur aufzubrechen. Wie einst David gegen Goliath gelten denjenigen, die frischen Wind in das verkrustete Gesundheitssystem bringen, erst einmal alle Sympathien.

Wie sollen nun die standhaften, tief verwurzelten und dadurch weniger flexiblen „Türme“, die KVen, reagieren? Meine Antwort mag Sie überraschen: Nach den Spielregeln im Schach – geradlinig, mit einer festen Überzeugung, ohne eine sture Abwehrhaltung und ohne Jammern nach verlorenen Besitzständen. Wir sollten durchaus darüber nachdenken, wie man in Kooperationen mit seriösen und qualifizierten Vertragspartnern der Integrierten Versorgung neue Akzente in der Betreuung unserer Patienten setzen kann. Ich halte eine Arbeitsteilung zwischen den neuen Anbietern im Gesundheitswesen und den KVen für sinnvoll und für eine Chance, ein starker Partner für Patienten, Ärzte und Psychotherapeuten zu bleiben. Als Vorstand einer KV hat man sogar die Verpflichtung, die Herausforderungen des neuen Gesetzes anzunehmen, um für seine Mitglieder eine bewertbare, qualitätsgesicherte Leistungserbringung über den Abschluss flächendeckender Verträge zu ermöglichen.

Ich sage dies als Kollege, der oft mit neuen Ideen, wie beispielsweise kooperativen Praxisstrukturen, aneckte und erst so in die Landespolitik kam. Vor Jahren habe ich in der Vertreterversammlung der Kassenzweigen Bundesvereinigung für eine engere Kooperation der Körperschaften „Krankenkassen“ und „KVen“ plädiert – ohne Erfolg. Jetzt, wo die

Ressourcen knapper werden, findet der Vorschlag plötzlich die Zustimmung von aufgeschlossenen Krankenkassen und KVen. Wir sollten dies in einer großen Allianz noch einmal offen diskutieren. Die Vorteile einer engen Kooperation: Kassen und KVen könnten mit einer gemeinsamen Stammdatenhaltung und gemeinsamen Rechenzentren nicht nur erhebliche Kosten sparen, sondern vor allem auch viele Arbeitsabläufe optimieren. Im Ansatz ist das dem neuen Vorstand der KVB mit der Implementierung einer gemeinsamen Datenstelle für die gesetzlich aufoktroierten Disease-Management-Programme (DMP) bereits gelungen.

Ich rede natürlich nicht davon, die Kassen und KVen zu verschmelzen, sondern ihnen die eigenen Identitäten und originären Aufgabstellungen zu belassen. Aber zumindest könnte man kostspielige Doppelstrukturen vermeiden. Im Ergebnis könnten auf einem gemeinsamen Fundament zwei der tragenden Säulen des deutschen Gesundheitswesens, KVen und Kassen, weiter bestehen und zu Eckpfeilern einer zukunftsfähigen, bezahlbaren Patientenversorgung werden. Das klingt vielleicht utopischer als es gemeint ist, denn die Wirklichkeit des Ressourcenmangels holt uns täglich ein. Wenn aus eigener Kraft und dem Willen zur Kooperation keine tragfähigen Säulen im Gesundheitswesen erwachsen, wird der Gesetzgeber erneut handeln. Darum sollten wir uns jetzt nicht ständig mit wohlfeilen Konzepten von „Berufs-Demagogen“ beschäftigen, die versuchen, ihren momentanen Eigennutz als Zukunftsperspektive darzustellen. Es gilt vielmehr, die verkrustete körperschaftliche KV-Struktur zu reformieren, damit diese neben den Krankenkassen weiter als tragende Säule im Gesundheitswesen von ihren Mitgliedern, deren Patienten, aber auch dem KV-kritischen Gesetzgeber anerkannt werden.