

Die integrative Versorgung – Innovative Chance oder Existenzrisiko



Dr. Klaus Ottmann,
Vizepräsident der
BLÄK

Wir stehen nun endgültig vor einem Umbruch im Gesundheitswesen. Die einen tendieren zur Sicherheit der Planwirtschaft, die anderen zur Befreiung von ordnungspolitischen Fesseln und Hinwendung zu einem wirklich freien Berufsstand. Einig sind wir uns alle allerdings in der Bewertung der Gesamtsituation, die als miserabel angesehen wird.

Der Wettbewerb wird es schon richten, so meinen es die Politiker und einige Gesundheitsökonom. Durch die Abkehr vom Kollektivvertragssystem kommt wirklich Bewegung ins System, dies muss auch zu einer Entsolidarisierung im Gesundheitssystem führen. Die Gestaltungsmöglichkeit durch die Integrationsverträge (IV) nach § 140 SGB V sind eigentlich unbegrenzt. Der Wettbewerb läuft. Bis Ende 2005 wurden in Deutschland bereits 2000 IV abgeschlossen. Eigentlich sollte es um bessere Versorgungskonzepte unserer Patienten gehen, de facto sieht es aber mehr nach einem Wettlauf um die Anschubfinanzierung aus. Noch mehr Qualität und Transparenz sind gefordert, aber in vielen IV ist nicht das enthalten, was eigentlich darauf steht.

In Bayern gibt es bis zum Ende des vergangenen Jahres 130 IV, dabei sind in 60 Prozent Krankenhäuser beteiligt. Eine patientenorientierte Überwindung der Versorgungssektoren durch diese Verträge wird gewünscht und ist auch aus ärztlicher Sicht sinnvoll. Eine wesentliche Frage ist die aktive Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) als Vertragspartner – in Bayern befürwortet – auf Bundesebene durchaus kritisch gesehen. Die gesetzlichen Krankenkassen wollen ausdrücklich eine Abkehr vom bisherigen Kollektivvertrag. Kürzlich meinte ein namhafter Gesundheitsökonom, dass die selektive Vertragsgestaltung mittelfristig zum Regelfall werden wird. Wir werden ja sehen. Dies führt selbstver-

ständiglich zur Infragestellung des Sicherstellungsauftrages der KV, der dann nicht mehr in die Wettbewerbslandschaft passt. Dies führt wiederum zur Diskussion über die Bedarfsplanung, die auch nach Meinung der Bayerischen Staatsregierung relativiert werden muss.

Klar ist, dass Gelder zu Lasten Dritter verteilt werden. Ebenso richtig ist, dass die IV mehr oder weniger auch eine Innovationsquelle sein können. Ein Problem haben wir Ärztekammern mit den Verträgen, da sektorübergreifende Pauschalen vereinbart werden können, die sich weder auf der GOÄ noch auf den EBM beruhen. Diese Vergütungsform belastet die Bedeutung der geltenden Gebührenordnungen. Insgesamt finde ich aber, dass diese patientenbegleitenden sektorübergreifenden Versorgungskonzepte zukunftsfähig sind. Dies ermöglicht erstmals eine horizontale Vernetzung aller an der Versorgung unserer Patienten entsprechend deren Weg durch das Gesundheitssystem. Die bisherige vertikale Versorgung wurde von verschiedenen sektoralen Stufen behindert, man kann fast von Abbrüchen sprechen, die jetzt gemeinsam überwunden werden können. Wir vertreten zwar als Kammer die gesamte Ärzteschaft, das widerspricht aber nicht dem Ziel einer patientenzentrierten Sichtweise dieser IV. Wir brauchen dringend sektorübergreifende Versorgungskonzepte, begleitet von einer kontinuierlichen Qualitätsbewertung. Es ist absolut unverständlich, wenn wir heute bis auf wenige Ausnahmeprojekte keine Information der an der Versorgung Beteiligten über die erreichte Ergebnisqualität haben. Um es auf den Punkt zu bringen: Was nützt eine hervorragende ausgeführte Endoprothesenoperation, wenn der Patient nach einem Jahr nicht richtig laufen kann. Ein patientenbezogener Informationsaustausch ist eine wesentliche Forderung an die Neugestaltung der Strukturen in unserem Gesundheitswesen. Selbstverständlich sind dafür auch die datenschutzbedingten Hürden patientengerecht zu lockern.

Ich halte die integrierten Strukturen, angestoßen durch die Möglichkeiten der IV, für eine positive Entwicklung. Natürlich führt dies auch zu einem ökonomisch indizierten Wettlauf, der aber keinesfalls zu Lasten der Patien-

ten ausgehen muss. Das Gesetz ist perfide. Es erhält die KVen mit ihrer Ordnungsfunktion, spaltet aber die Solidargemeinschaft der Vertragsärzte durch Einzelverträge wieder auf. Es wird dabei auch eine Selektionierung und Rosinenpickerei mit finanziellen Ködern gefördert. Das widerspricht eigentlich einem nach wie vor solidarisch finanzierten Gesundheitssystem. Hat der Gesetzgeber gewusst, dass er die zunehmende Ökonomisierung mit den IV geradezu forciert? Die Zeiten des Zurücklehns in die Geborgenheit eines Kollektivvertragssystems sind endgültig vorüber.

Qualitätsdefizite werden immer wieder in den Vordergrund der Diskussion gestellt, wobei sie nur begrenzt belegbar sind. Dennoch müssen wir gewisse Qualitätsunterschiede einzelner Leistungen in unserem System einräumen. IV könnten zu einer Leistungsselektion führen, sofern Qualitätskriterien den Verträgen zugrunde liegen. Meist ist dies derzeit aber leider nicht der Fall. Der geförderte Wettbewerb wird innerhalb der Ärzteschaft zur Verdrängung bzw. sogar zur Diskriminierung einzelner Ärzte führen. Wer weiß denn, ob es nicht irgendwann heißt, die Ärzte mit Vertrag sind die guten, die anderen die schlechten. Dann haben wir ein neues Problem, da die Diskriminierung ein Verstoß gegen unsere Berufsordnung ist.

Das sieht natürlich auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Auf der einen Seite Liberalisierung und Freiheiten der Vertragsgestaltung, auf der anderen Seite verbleiben ordnungspolitische Aufgaben bis domestizierende Torturen durch die KV. Eine wirkliche Interessensvertretung der Vertragsärzte durch ihre KV ist das schon längst nicht mehr. Wie weit sich das System bereits pervertiert hat, sieht man gut an der prompten aufsichtsrechtlichen Beratung gegen das von der Vertreterversammlung der KBV beschlossene Referendum. Nicht einmal Nachdenken über Sinn und Zweck des derzeitigen Vertragsarztsystems bzw. eine Befragung ihrer Mitglieder wird der KBV noch eingeräumt. So weit ist es schon gekommen. Die anhaltenden Proteste der Ärzteschaft sind daher legitim und notwendig.