

Pay for Performance, Qualität vor Kosten?

Mit dem Koalitionsvertrag ist sicherlich kein großer Wurf gelungen, orientiert er sich doch insgesamt zu wenig an der Patientenversorgung und damit auch wenig an der ärztlichen Realität. Dennoch enthält der Vertrag weiterführende Konzepte zur ambulanten und stationären medizinischen Versorgung – quasi als Versorgungsstrukturgesetz II.

Union und SPD haben ihre Streitpunkte auf den Feldern Gesundheit und Pflege ausgeräumt. Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung soll umgestellt werden: Die einkommensunabhängige Zusatzpauschale wird durch einen beitragsfinanzierten prozentualen Zusatzbeitrag ersetzt. Der Beitragssatz zur Pflegeversicherung steigt schrittweise um 0,5 Prozentpunkte: Ein Teil soll in bessere Leistungen, ein Teil in eine von der Bundesbank verwaltete kollektive Rücklage fließen. Mit dem Rücklagefonds ist ein Einstieg – wenn auch ein zaghafter – in eine Mischfinanzierung von Umlage und Kapitaldeckung gelungen. In einer Protokollnotiz zum Koalitionsvertrag sei zusätzlich festgelegt worden, dass Arbeitgeber und Arbeitnehmer sich langfristig gleichermaßen an der Finanzierung beteiligen müssen. Der paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu tragende Beitragssatz soll künftig 14,6 Prozent betragen. Der Wettbewerb unter den Kassen würde sich damit wieder an den unterschiedlichen Beitragssätzen orientieren. Arbeitnehmer und Rentner tragen dennoch zunächst das Beitragsrisiko allein. Sozialdemokratisch ist das zwar nicht, dafür wird gebetsmühlenartig wiederholt, dass die Patienten im Mittelpunkt stehen.

Verlierer Selbstverwaltung?

Bemerkenswert ist, dass der Koalitionsvertrag wichtige Themen ausspart, wie die Gebührenordnung für Ärzte, die private Krankenversicherung oder die Kostenerstattung. Zur Prävention fehlen konkrete Finanzierungszusagen und auch lässt das Papier eine Aussage zu einem Fortpflanzungsgesetz vermissen. Herausgefallen ist der verbindliche Bundeszuschuss von 14 Milliarden Euro zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen. Kritisch zu bewerten ist auch der „Kuhhandel“ zwischen Nutzenbewertung und Rabatten im Arzneimittelbereich. Demnach wird der

Bestandsmarktaufruf nach § 35 Sozialgesetzbuch V beendet und stattdessen das Preismoratorium sowie der Herstellerrabatt von 7 Prozent verlängert. Weiter wird die Kontrollbürokratie im Gesundheitswesen verschärft, was die geplanten Kompetenzausweitungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sowie die verstärkten Interventionsmöglichkeiten der Krankenkassen belegen. Statt einer Vorfahrt für die ärztliche Selbstverwaltung haben wir nun eine gewisse Misstrauenskultur im Koalitionspapier zementiert. So soll der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, der weiter bei den Krankenkassen angesiedelt ist, unangemeldete Kontrollen im stationären Bereich durchführen können und die sektorübergreifende Qualitätssicherung soll mit Routinedaten der Kassen ausgebaut sowie ein Institut auf gesetzlicher Grundlage gegründet werden, das die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung ermittelt bzw. dem G-BA die Entscheidungsgrundlagen dafür liefert. Für die Krankenhäuser soll der G-BA zwingende Qualitätskriterien erlassen, die mitentscheidend für die Krankenhausplanung sein werden und der G-BA entscheidet künftig auch über Sicherstellungszuschläge. Ohne G-BA geht nichts mehr! Fragwürdig ist auch das Entlassungsmanagement durch Krankenkassen. Ist das bereits der Einstieg in deren Case-Management?

DRG auf dem Prüfstand

Die Koalitionäre wollen auch überprüfen, ob für Krankenhäuser die Sicherstellungs- und Vorhaltekosten, insbesondere für die Notfallversorgung, aktuell ausreichend finanziert werden und die besonderen Aufgaben der Universitätskliniken und der Krankenhäuser der Maximalversorgung sollen besser im DRG-System vergütet werden. Auch soll gewährleistet werden, dass auf Ebene der DRG-Kalkulation die Personalkosten in ausreichender Höhe und Gewichtung berücksichtigt werden. Positiv hervorzuheben ist die Absicht, Register – Transplantations- und Implantationsregister – zur Verbesserung von Patientensicherheit und Qualität einzuführen. Doch es finden sich noch weitere positive Ansätze in dem 185-Seiten-Papier, das nur acht Seiten „Gesundheit und Pflege“ beinhaltet. So soll es bessere Anreize zur Niederlassung in unterver-

sorgten Gebieten geben und die Förderung von Praxisnetzen soll verbindlich und ausgebaut werden. Die Stärkung der Rolle des Hausarztes ist fixiert, ebenso die ambulante fachärztliche Grundversorgung. Die Kommunen können in Zukunft neben Praxen auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gründen, wobei die Zulassungsmöglichkeit für arztgruppen-gleiche MVZ eröffnet wird. Integrierte und selektive Vertragsformen werden durch die Krankenkassen ausgebaut, wobei die Kostenträger verpflichtet bleiben, hausarztzentrierte Leistungen anzubieten; Vergütungsbeschränkungen fallen weg.

Innovativ und sektorübergreifend

Positiv zu bewerten ist sicherlich auch die Implementierung eines Innovationsfonds von 300 Millionen Euro zur Förderung innovativer sektorübergreifender Versorgungsformen und die Absicht, die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin um 50 Prozent zu erhöhen aber auch insgesamt die Weiterbildung im ambulanten Bereich – auch fachärztlich – zu fördern. Die Politik sah sich ferner veranlasst, sich dem Eklat in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anzunehmen, was eigentlich ein „Armutszeugnis“ für die Selbstverwaltung ist!

Es bleibt spannend, was aus dem Vertrag umgesetzt wird und ob sich Landespolitiker der Koalitionsräson ihrer Bundesparteien unterwerfen. Wenn Parteien, die auf Bundesebene gegeneinander stehen, in den Ländern miteinander regieren, stößt das antagonistische Modell notgedrungen an seine Grenzen. Die eingangs erwähnte Protokollnotiz ist geradezu der Beleg dafür. Jetzt gilt es die Umsetzung des Koalitionsvertrags samt Nebenabsprachen genau im Auge zu behalten.

Autor



Dr. Max Kaplan,
Präsident
der BLÄK