Bundeshauptversammlung 2024 des Virchowbundes

Hecken: „Gesetze werden im Treibsand versanden"

So selten sich eine schon des Öfteren von Daniela Teichert, der Vorstandsvorsitzenden der AOK Nordost, eingeforderte „Allianz der Willigen" formiert, so gering wird die Chance sein, dass Robert Habecks „Allianz der Vernünftigen" die noch ausstehenden Gesetzesvorhaben der geplatzten Ampel-Koalition, allen voran die aus dem Gesundheitsbereich, über „die Rampe" trägt. Letzteres war unter anderem eine Formulierung von Tino Sorge, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU-CSU-Fraktion und MdB der CDU, bei einer Podiumsdiskussion anlässlich der Bundeshauptversammlung des Virchowbundes. Er verneinte strikt, dass – Zitat – „die Union aus staatspolitischer Verantwortung noch den ein oder anderen Projektvorschlag der Trümmer-Ampel" mit über die Rampe heben müsste. Sorge: „Da kann ich ganz klar sagen, das werden wir nicht tun."

>> Wenn sich Sorges ablehnende Haltung bewahrheitet, könnten durchaus, wie es Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), in seinem stundenlangen Impulsvortrag formulierte, die noch nicht beschlossenen Gesundheitsreformen und -gesetze im „Treibsand versanden". Das beträfe dann die laufenden Verfahren zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG), zum Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz (GDAG), zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), zum Pflegekompetenzgesetz (PKG), zur Reform der Notfallversorgung (NotfallGesetz), für ein angekündigtes Bürokratieentlastungsgesetz und ein Apotheken-Reformgesetz (ApoRG) sowie zum Gesundes-Herz-Gesetz (GHG).

Insbesondere am Letzten, aber auch an der Krankenhausreform sowie deren Schöpfer ließ Hecken kein gutes Haar. Für ihn – so Hecken sicherlich auch in Hinblick auf den Gastgeber – sei der niedergelassene Bereich mit seinen Haus- und Fachärzten der „Backbone jeder vernünftigen medizinischen Versorgung". Doch habe er in den letzten Jahren den Eindruck gewonnen, dass sich die Politik „ein bisschen mehr mit dem Krankenhaus beschäftigt hat" und es „politisch offenbar bezweckt" gewesen sei, möglichst viele Leistungen in stationären oder teilstationären Einrichtungen zu erbringen. Man könne die hier infrage kommenden Level-1-Krankenhäuser eigentlich ganz gut finden, wenn denn nicht eine unfaire Wettbewerbssituation geschaffen worden sei, indem hier Zulassungsansprüche perpetuiert werden. Er erkenne, wenn er sich die Gesetze der letzten drei Jahre anschaue, „ein planvolles Vorgehen", bei dem bestenfalls noch Hausärzte Platz fänden, aber man das, was an spezialisierter fachärztlicher Versorgung stattfinden könne, „am Ende des Tages ins Krankenhaus verlagern" wolle. Hecken: „Deshalb habe ich die vergangenen Jahre eher wahrgenommen als Jahre, in denen eine flächendeckende Diskriminierung der niedergelassenen Ärzteschaft erfolgt ist."

Man habe den Eindruck gewinnen können, sagte Hecken „voller Inbrunst", dass in den letzten drei Jahren systematisch der Eindruck erweckt worden sei, dass in den letzten 50 bis 60 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland die Patienten „systematisch schlecht und bösartig und nur zum Wohle der Leistungserbringer behandelt" worden seien. Wer diesen Eindruck erwecke, beleidige die Hunderttausenden von Menschen, die in der Niederlassung, im stationären Bereich und in den Pflegeeinrichtungen 365 Tage und 24/7 versuchten, das Beste für die Patienten zu erreichen. Hecken, der im Rahmen der Bundeshauptversammlung des Virchowbundes mit der Kaspar-Roos-Medaille ausgezeichnet wurde, die seinen Einsatz, die ärztliche Freiberuflichkeit gegen Angriffe aus Politik und Selbstverwaltung zu verteidigen, würdigen soll. „Deshalb sage ich", dies sagte er unter Beifall der anwesenden Delegierten: „Wir brauchen wieder eine Rückbesinnung auf den großen, breiten niedergelassenen Bereich." Dazu müsse man sich nur die Zahlen anschauen, wer das Gros der Patientenschaft versorge: Auch wenn man, statt Krankenhäuser zu reduzieren noch 100 Krankenhäuser dazubauen würde, könnte man die Patienten nicht versorgen, weshalb man die niedergelassene Ärzteschaft einfach brauche. Das müsse „irgendwann mal der Bundesminister öffentlich sagen", statt verlauten zu lassen:



Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

„Ich spreche nicht mit euch". Dies vor allem deshalb, weil Ärzte wie auch er als Lobbyisten abgetan worden seien.

So seien die in den vergangenen drei Jahren auf den Tisch gekommenen Gesetze, von denen „die meisten jetzt mit hoher Wahrscheinlichkeit im Treibsand versanden" würden, ohne Praxisbezug entstanden. Deren Inhalte seien dadurch entstanden, dass der Bundesminister persönlich eine Studie gelesen und diese Studie zum Goldstandard erhoben habe, wie etwa beim „Gesundes-Herz-Gesetz".Der Gesundheitsminister, den er übrigens bis dahin nicht einmal beim Namen genannt hatte, habe bestenfalls noch mit Experten an Lehrstühlen gesprochen, die Berechnungen anstellen, aber nicht diejenigen sind, die Versorgung gestalten. Doch mit „uns Lobbyisten" habe keiner gesprochen, bestenfalls sei man „eingeladen worden, um am Katzentisch die Verkündung bestimmter Entscheidungen" zu erfahren. Und wenn man dann widersprochen habe, hätte es geheißen, es sei Interessen getriggert, was ihr hier

macht. Hecken: „Das ist am Ende die Ursache dafür, dass viele Gesetze zwar gut gedacht sind, aber in der Umsetzung und in den Inhalten am Ende völlig an der Versorgungspraxis vorbeigegangen sind."

Um auf die Ausgangsfrage seines Impulsvortrags mit dem Titel „Behandeln wir die Richtigen? Steuerung der Patienten durch das Gesundheitssystem" einzugehen, die er bisher noch nicht mal ansatzweise gestreift hatte, sagte er „ausdrücklich nein". Es würden einfach zu viele krankheitsbedingt nicht indizierte Patientinnen und Patienten behandelt, die keine Patienten oder Patienten seien, sondern Bürgerinnen und Bürger, die subjektiv ein Unwohlsein empfinden. Er spreche hier ausdrücklich nicht von angebotsinduzierter Mengenausweitung, die es auch gebe, sondern von aufsuchenden, aber nicht notwendigen Arzt-Patienten-Kontakten, die jedoch dazu beitrügen, Termine und Behandlungsoptionen für Patienten, die tatsächlich behandelt werden müssen, zu blockieren. Ein ganz großer Anteil dieser Leistungsinanspruchnahme werde deshalb getätigt, weil die Leute der Ansicht seien, dass mit ihrem Krankenkassenbeitrag der Anspruch auf einen mindestens monatlichen Gesprächskontakt mit einem Arzt resultiere; am besten solange, „bis ich die Diagnose bekomme, die ich mir vorher bei Google geholt habe, oder bis ich eben das habe, was ich will". Hecken: „Gesundheit ist für den Menschen, solange sie für ihn nicht mit finanziellen Leistungen verbunden ist, nichts wert."

Deshalb müsse man, bevor man sich über intelligente Steuerungsmethoden im System unterhalte, als verantwortlicher Politiker mit Blick auf die Finanzierungsfrage doch mal über die gute alte Praxisgebühr in veränderter Form nachdenken. Das sei damals eine Totgeburt gewesen, weil sie zu kompliziert und sehr verwaltungsaufwendig gewesen sei und von daher eine begrenzte Steuerungswirkung gehabt habe. „Wir bekommen nur eine Steuerung in dieses System, wenn wir den Menschen vermitteln, dass die Solidargemeinschaft auch CAR-T-Zellen und wenn es nötig ist, auch maximal invasive Interventionen bezahlt, aber ein gewisses Maß an Eigenverantwortung verlangt", erklärte der kürzlich für sechs weitere Jahre im Amt bestätigte G-BA-Vorsitzende. Dies drücke sich auch darin aus, dass man in irgendeiner Form bei jeder Leistungsinanspruchnahme" beteiligt sein müsse – dies natürlich sozialverträglich und mit Überforderungsklauseln gestaltet. Doch dürfe auch Sozialverträglichkeit nie bedeuten, dass die Selbstbeteiligung bei „irgendjemand auf null reduziert" werde. Er wolle hier keine Klischees bedienen, aber als bekennender Kettenraucher sage er, dass der „vom Einzelnen zu tragende Selbstbehalt mindestens noch den Gegenwert einer Schachtel Marlboro mittlerer Größe" haben sollte, damit auch vernünftige Entscheidungen getroffen würden. Damit rekurriert er auf das, was er gemeinsam mit Jochen Pimpertz (Leiter des Themenclusters Staat, Steuern und Soziale Sicherung im Institut der deutschen Wirtschaft) in einer ganz aktuellen Veröffentlichung der Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. mit dem Titel „Mut zu neuen Ideen – für eine dauerhafte Verlässlichkeit unseres Gesundheitswesens" (1) geschrieben hat. Dort steht unter anderem, dass „weitere sozialverträglich ausgestaltete Eigenbeteiligungen in Gestalt von Zuzahlungen auf Dauer kein Tabuthema" sein dürfen, um das Bewusstsein der Versicherten für die immensen Kosten guter Gesundheitsversorgung zu schärfen und „in manchen Fällen zu beobachtende, völlig unnötige Leistungsinanspruchnahmen" zu reduzieren. Dafür müsse das Solidaritätsprinzip nicht ausgehöhlt, wohl aber den Versicherten eine kostenbewusste Entscheidung über die gewünschte Versorgungsform abverlangt werden.

„Die Eigenverantwortung abgeschafft"

Wo er gerade so schön beim Rauchen angekommen war, fiel ihm wieder sein Lieblingsthema das „Gesundes-Herz-Gesetz ein", das sich mit dem Ampel-Aus wohl jetzt erledigt habe. Es könne ja durchaus sinnvoll sein, das bereits Kinder im Alter von fünf Jahren in der U9-Untersuchung auf familiäre Hypercholesterinämie untersucht würden, auch gäbe es für den Einsatz des von Herrn Lauterbach – erstmals genannt! – geplanten Statin-Regens vielleicht eine gewisse Evidenz, die kenne er aber nicht. Das führe jedoch dazu, dass die gesundheitliche Primärprävention und damit die Eigenverantwortung abgeschafft würde, weil den Eltern suggeriert würde, dass man mit „einem Statinchen das Problem" lösen könne, wobei es auch schon reiche, wenn die Kinder, mal ihren „Poppes bewegen" und sich vielleicht mal ein bisschen gesünder ernähren würden. Insgesamt wertet er dieses Gesetzesvorhaben als „Bankrotterklärung jeder vernünftigen Gesundheitspolitik". In Zeiten eines demografischen Wandels, in denen es zu wenig Personal und obendrein zu wenig Geld gebe, um die Kranken zu versorgen, würde man mehr oder weniger Gesunde behandeln wollen und damit auch noch das Signal setzen, die Menschen hätten überhaupt keine Verantwortung mehr für sich, weil das „System es schon richten" werde. Hinzu komme das Argument des Bundesministers, dass das Ganze maximal 800 Millionen Euro kosten würde. Heckens Frage: „Woher nur soll ich die 800 Millionen hernehmen?" Dies sei eine „völlig falsche Weichenstellung", wobei das Gleiche auch für die Öffnung von Disease-Management-Programmen für Gesunde gelte. Das sei sowohl von den personellen als auch von den finanziellen Kapazitäten her nicht darstellbar.

Auch an der Reform der Notfallversorgung ließ der G-BA-Vorsitzende wenig Gutes. Zwar sei es richtig, den „grottigen" Rettungsdienst vor allem über die Grenzen der Bundesländer hinweg zu reformieren, doch seien die 600 bis 800 geplanten neuen Integrierten Notfallzentren (INZ) allein vom Personalbedarf her nicht darstellbar, wenn dort rund um die Uhr das ganze Jahr nicht nur ein Krankenhaus-, sondern auch noch ein niedergelassener Arzt sitzen muss. Hecken: „Da muss man doch irgendwelche Drogen genommen haben, um auf so eine Idee zu kommen."

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat Heckens Worten zufolge schon vor zwei Jahren eine Richtlinie über ein strukturiertes und validiertes Ersteinschätzungssystem am Krankenhaus beschlossen. Mit diesem könne im Krankenhaus entschieden werden, wer binnen sechs Stunden im Krankenhaus behandlungsbedürftig ist und wer dies binnen 12 oder 24 Stunden ist und mit einem festen Termin am nächsten Tag zu einem niedergelassenen Arzt geschickt wird. Diesen G-BA-Beschluss habe das BMG mit Hinweis auf die große Notfallreform beanstandet. In diesem Zuge habe Staatssekretär Franke auf eine parlamentarische Anfrage hin gesagt, dass für jeden ein Anspruch auf Notfallbehandlung im Krankenhaus bestehe, unabhängig davon, ob das ein objektiver Notfall sei. Dabei habe jener den berühmten „subjektiven Notfall-Begriff geprägt", denn: „Wenn ich mich als Notfall fühle, bin ich ein Notfall im Sinne des Notfalls und dann werde ich in

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Hecken: ‚Gesetze werden im Treibsand versanden'", in „Monitor Versorgungsforschung" (06/24), S. 24–26.
http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2678

der teuersten Versorgungsform behandelt, obwohl man mir eigentlich die Einkaufstüte mit der Unterhose und dem Handtuch um die Ohren hauen müsste."

Da aber nun das Rettungsdienstgesetz scheitern würde, wäre es seiner Ansicht nach eine sehr gute Initiative, wenn man für die Übergangszeit die beanstandete Richtlinie des G-BA in Kraft setzen würde. Es reiche, sagte er mit Blick auf die anwesenden Parlamentarier:innen, wenn der Deutsche Bundestag das BMG dazu auffordern würde. Hecken: „Dann hätte man zumindest mal für die Übergangszeit ein bisschen Patientensteuerung."

Und ein wenig mehr käme hinzu, wenn das seit Jahren in Baden-Württemberg erprobte und evaluierte hausarztzentrierte Versorgungsmodell mit Anbindung der Fachärzte Schule machen würde. Analysen zeigten, dass es deutliche Rückgänge bei unkontrollierten Facharztbesuchen gebe, zudem Rückgänge bei der Arzneimittelverordnung sowie bei den Krankenhauseinweisungen und der Zahl der Krankenhaustage. „Unterm Strich hat sich die Mehrvergütung, die wir hier an die Primärärzte bezahlt werden, mehr als amortisiert", zieht Hecken ein Fazit. Zudem seien die Patienten hochzufrieden, was auch daran liege, dass in Baden-Württemberg nicht ideologisch vorgegangen worden sei, indem es nur noch ein Primärarztsystem geben und jede fachärztliche Intervention im Krankenhaus durchgeführt werden soll. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

„Mut zu neuen Ideen – für eine dauerhafte Verlässlichkeit unseres Gesundheitswesens"

„Mut zu neuen Ideen", fordern Prof. Josef Hecken (G-BA) und Jochen Pimpertz (Institut der deutschen Wirtschaft) in ihrem bei der Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. kürzlich erschienenen 30-Seiten-Papier. Darin wagen sie die Prognose, dass marktwirtschaftliche Steuerungselemente nur dann die erhofften Wirkungen entfalten können, wenn sich das Zustandekommen effizienter Versorgungsformen für Versicherte, Krankenkassen und Leistungserbringer gleichermaßen lohnt. Dafür müsse das Solidaritätsprinzip müsse nicht ausgehöhlt, wohl aber den Versicherten eine kostenbewusste Entscheidung über die gewünschte Versorgungsform abverlangt werden. Allerdings wird nach Ansicht des Autorenpaars jeder Versuch, Fehlanreize zu korrigieren, die aus der marktfernen Steuerungslogik resultieren, zwangsläufig etablierte Erwartungen oder Besitzstände tangieren. Deshalb sei mit Widerständen zu rechnen: zum Beispiel

- bei den **Krankenkassen** aufgrund der unternehmerischen Risiken,
- bei der verfassten **Ärzteschaft**, weil die kassenärztliche Vertretung ihren Alleinvertretungsanspruch verliert,
- oder bei **Versicherten**, in deren Namen politische Akteure oder Interessenvertreter auf die freie Arztwahl pochen (die gleichwohl weiterhin möglich sein wird).



Doch egal aus welcher Richtung Widerstand droht, ist nach Meinung von Hecken und Pimpertz nicht die Abschaffung von Fehlanreizen begründungspflichtig, sondern die „marktfernen Anreizbedingungen, die auf dem Prüfstand einer ökonomischen wie sozialpolitischen Begründung" stehen. Anderenfalls drohe das ungebremste Ausgabenwachstum den gesundheitspolitischen Gestaltungsspielraum zu ersticken. Ihr Fazit: „Wenn die Herausforderung darin besteht, das komplexe Miteinander der Akteure zu steuern, dann liegt darin auch die politische Chance, notwendige Reformen als gemeinschaftliche Aufgabe zu adressieren."

In ihrem Papier entfaltet das Autorenduo nach einer genauen Analyse der derzeitigen und kommenden Istsituation unter anderem einen „Therapieplan für die ambulante Versorgung". Hinter der Ausgangsfrage, ob und wie marktwirtschaftliche Steuerungselemente in der ambulanten Versorgung der GKV-Versicherten genutzt werden können, steht – so die Autoren – „die Vermutung, dass Effizienzpotenziale im System schlummern". Fragt man danach, wo diese Potenziale zu verorten sind, dann habe die Analyse gezeigt, dass „**Versicherte, Krankenkassen und Leistungsanbieter gleichermaßen in die Pflicht zu nehmen**" sind. Sie begründen diesen Rundumschlag damit, dass es nicht reiche, die Anreizbedingungen lediglich für einzelne Akteure zu verändern, dies werde das Grundproblem nicht zu lösen vermögen. Der Grund: „In der GKV entstehen komplexe Wechselwirkungen zwischen den Akteuren." Nun könnte man – so Hecken und Pimpertz auf Basis ihre jahrzehntelangen Erfahrung im Gesundheitssystem weiter – auf die Idee verfallen, diesen Kreislauf aufzulösen und analog zum Lebensmittelmarkt Versicherung und Versorgung getrennt zu organisieren, um die Wettbewerbskräfte auf den jeweiligen Märkten wirken zu lassen. Das kommt ihrer Ansicht nach einem Systembruch gleich, der kaum Aussicht auf politischen Erfolg verspricht, nicht zuletzt, weil die solidarische GKV eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung genießt. Bei einer Implementierung marktwirtschaftlicher Steuerungselemente gelte es deshalb zu beachten:

- Die GKV ist eine solidarisch finanzierte Krankenversicherung.
- Leistungsversprechen und solidarischer Ausgleich werden nicht ausgehöhlt.
- Die medizinische Versorgung erfolgt nach dem Sachleistungsprinzip.

Selbst unter diesen Vorgaben kann ihrer Meinung nach den GKV-Versicherten bei einem für alle gleichen Leistungsumfang die Möglichkeit eröffnet werden, zwischen Tarifen mit unterschiedlichen Versorgungsmodellen zu wählen. Zudem lasse sich das Versicherungsversprechen im Rahmen der wohnortnahen Versorgung in unterschiedlicher Form erfüllen.

An der Stelle machen sie sich für ein hausarztzentriertes Modell stark. Sie schreiben: „Bei der Wahl eines Versorgungsmodells, das von der freien Arztwahl abweicht, verpflichten sich die Versicherten, medizinische Leistungen bei den für diesen Tarif zugelassenen (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzten nachzufragen. Nach Ablauf einer Bindungsfrist können sie zurück zur freien Arztwahl wechseln oder einen Tarif mit einer anderen Versorgungsform wählen. Dadurch bleibt der Wettbewerb aufseiten der Anbieter bestehen." Wichtig sei dabei, dass Konzepte für die wohnortnahe Versorgung entwickelt werden sollen. Gemeint ist damit die Versorgung in der Kommune oder in einem Stadtbezirk, nicht zwingend aber bei einem Aufenthalt an anderem Ort. Dahinter steht die Vermutung, dass das Gros der medizinischen Arzt-Patient-Kontakte in der haus- und fachärztlichen Praxis nahe dem Wohnort stattfindet. Für diese Fälle sollen nach Hecken und Pimpertz unterschiedliche Versorgungskonzepte im Wettbewerb stehen können. Dagegen werde es kaum möglich sein, an jedem Ort in Deutschland – zum Beispiel während des Urlaubs oder einer Dienstreise – eine Versorgung sicherzustellen, die den vollen Leistungsumfang bei eingeschränkter Arztwahl gewährleistet. Hierzu habe der Gesetzgeber bereits die hausarztzentrierte Versorgung als Alternative zur freien Arztwahl vorgesehen (§ 73b SGB V). Vorstellbar seien aber auch andere Versorgungsformen: In dicht versorgten Regionen wäre zum Beispiel denkbar, ambulante Fachkliniken an die hausärztliche Versorgung anzubinden, interdisziplinär arbeitende Versorgungszentren oder andere quartiersgebundene Konzepte zu erproben. In ländlichen Regionen mit drohender Mangelversorgung seien dagegen andere Lösungen notwendig. Welche Konzepte möglich sind und den Wünschen der Versicherten entsprechen, gelte es im Wettbewerb zu erproben.

Literatur

1: https://t1p.de/i8kvx