

Schriftliche Stellungnahme zum Antrag der Abgeordneten Kathrin Vogler, Susanne Ferschl, Heidi Reichinnek, weiterer Abgeordneter und der Gruppe Die Linke „Gesundheit für alle – Modern, gemeinwohlorientiert und solidarisch“, BT-Drucksache 20/11427

Der heute behandelte Antragstext der Gruppe Die Linke enthält die wesentlichen, heute allgemein konsentierten Kritikpunkte des deutschen Gesundheitswesens. Es ist zutreffend, als Zustandsbeschreibung von einer „systemischen Multiorganerkrankung“ zu sprechen und die hier in diesem Ausschuss zuletzt diskutierten Gesetzesentwürfe der Bundesregierung als „zu kleinteilig“ zu kritisieren. Es ist ebenso zutreffend, von den sich verstärkenden Anzeichen einer Unterversorgung zu sprechen, die die gleichzeitig bestehenden Über- und Fehlversorgung (z.B. IgeL-Leistungen) überlagern und mittlerweile sogar dominieren. Wartezeiten auf Facharzttermine, Aufnahmebeschränkungen in der stationären Krankenversorgung sowie in Pflegeeinrichtungen, mangelnde Verfügbarkeit von Arzneimitteln, diese Entwicklungen sind mit großer Wucht in der Realität der Gesundheitsversorgung zutage getreten und beeinträchtigen dessen Qualität und Sicherheit erheblich.

Auch die Ursachenanalyse im vorliegenden Antrag ist stimmig. Unter den bekannten Defiziten wie Vernachlässigung der Prävention zugunsten der „Reparaturmedizin“, Bevorzugung von Eingriffs-bezogenen Diagnosen und Akuterkrankungen zuungunsten der chronischen Mehrfacherkrankungen, der Mengenanreiz verbunden mit Risikoselektion durch das Finanzierungssystem und der Präponderanz der Institutionen-Logik zulasten der Patientenperspektive ist die Sektorstruktur des Gesundheitswesens der entscheidende Faktor. An der Aufspaltung in ambulante Versorgung, stationäre Versorgung, Pflege und andere Sektoren leidet nicht nur die Versorgungsqualität und –sicherheit, sondern hier liegt auch das Hauptproblem hinsichtlich der Kosten und auch der Verwendung der knappen Personalressourcen.

Ebenso hinsichtlich der Lösungsansätzen kann man zunächst Zustimmung äußern. Keinen Zweifel gibt es an der Relevanz von Forderungen wie „Die Sektorengrenzen müssen überwunden und regionale Versorgungsnetze aufgebaut werden“, Medizinische Versorgungszentren in kommunaler Trägerschaft zu gründen oder die „aufsuchende Gesundheitsversorgung“ unter Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe zu stärken. Gleiches gilt für den Ansatz, die technologischen Ansätze wie Digitalisierung realistisch einzuschätzen und zu verhindern, dass sie zu einem Ersatz persönlicher, menschlicher Behandlungskontakte entwickelt werden, außerdem den Datenschutz zu stärken, die duale Krankenversicherungsstruktur zurückzuführen oder der Privatisierungstendenz entgegenzuwirken, denn Finanzmittel aus Krankenversicherungen sollten nicht zu Zwecken der Profitbildung zur Verfügung stehen:

Kritisch könnte man im Detail anmerken, dass die vollständige Abschaffung der DRG's wenig sinnvoll erscheint. Das DRG-System, da beginnen bereits die Missverständnisse, stellt primär ja kein Vergütungs-System dar, sondern ist ein epidemiologisches Instrument der Krankheitsklassifikation, das je nach Typ nach Kostenhomogenität und in manchen Formen (nicht im deutschen System) auch nach medizinischer Homogenität organisiert ist, und dem erst sekundär Vergütungsfaktoren zugeordnet werden. Entgegen der weit verbreiteten Meinung waren DRGs primär also kein Rationalisierungs- bzw. Kostendämpfungsinstrument, sondern – aus Systemlogik – ein Instrument, dem unter der Bundespflegesatzverordnung völlig intransparenten stationären Sektor wenigstens soweit Transparenz einzuhauchen, als dass man sinnvoll über die Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich diskutieren konnte. Ohne dass an dieser Stelle die weiteren positiven und zunehmend auch negativen Effekte im Einzelnen diskutiert werden können (durch die ausbleibende, seit Mitte der 00er Jahre überfällige Weiterentwicklung des DRG-Systems finden wir heute praktisch nur noch die negativen Effekte vor) muss man zumindest darauf hinweisen, dass in Zukunft auch in den richtigerweise geforderten regionalen Versorgungssystemen Instrumente zur transparenten Erfassung des stationären Leistungsgeschehens zur Verfügung stehen müssen, z.B. um inter-regionale Leistungs- und Qualitätsvergleiche durchführen zu können (dieser wird es zur Vermeidung regionaler Fehlversorgung oder gar Unterversorgung dringlich bedürfen).

Die Hauptkritik an dem Antragstext ist allerdings an einem anderen Punkt zu äußern, nämlich darin, dass die oben zusammenfassend dargestellten Lösungsansätze in der zeitlichen und strukturellen Perspektive zu kurz gedacht sind. Es fehlt an einer Vorstellung, wie die regionalen (und man muss hinzufügen: die Populations-bezogenen) Ansätze so gestaltet und ausgestattet werden, dass sie sich im Kontext der im Gesundheitswesen wirksamen Kräftekonstellationen auch langfristig behaupten können.

Zur Erklärung sei darauf verwiesen, dass bereits seit über 30 Jahren, genau nach der Einführung Versorgungssektoren und der fallpauschalierten Vergütung im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) im Jahr 1992/3, versucht wird, die Fehlanreize dieser beiden Entscheidungen zu neutralisieren, kurzum dem Mengenanreiz und den Sektoregoismen (Optimierung des Sektorergebnisses auf Kosten der Nachbarsektoren) entgegenzuwirken. Im Jahr 1993 ergänzte man daher die Entscheidung zu Sektoren und Fallpauschalen durch die Möglichkeit zur vor- und nachstationären Versorgung nach §115a SGB V zusammen mit dem Ambulanten Operieren (§115b). Im GKV-Gesundheitsreformgesetz 1999/2000 (grundsätzliche Entscheidung für die DRG's) folgten dann die ebenfalls sektorübergreifend gedachten Disease-Management Programme nach §137f und die Integrierte Versorgung nach §140a-d, im Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nach §95, die ambulante Behandlung im Krankenhaus (§116a), die hochspezialisierten Leistungen nach §116b und die Hausarzt-zentrierte Versorgung nach §73b, wiederum

gefolgt von der Neufassung von §116b als Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung im Jahr 2012 sowie die Überführung der Integrierten Versorgung in die „Besonderen Versorgungsformen“ im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (§140a) und die Erweiterung des ambulanten Operierens in Form der „Speziellen Sektor-gleichen Vergütung“ in der Neufassung des §115f mit den Hybrid-DRG's in 2024 (Krankenhaustransparenzgesetz) – um nur einige zu nennen.

Allen Versuche, über Integrations-steigernde Maßnahmen die sektoralen Egoismen zu neutralisieren, war jedoch eines gemeinsam: sie waren wirkungslos. Der Hauptgrund besteht und bestand in der mangelnden finanziellen Absicherung. Bestenfalls durch lokale Kooperationsbemühungen, die von engagierten Personen getragen wurden, konnte eine spürbare Integration vorangebracht werden, die aber nur von lokalen Absprachen v.a. hinsichtlich der Vergütung abhingen. Leider konnte daher auch die Einrichtung des Innovationsfonds im Jahr 2015 nichts ändern (§§92a/b), der sich besonders auf die sektorübergreifende Versorgung richten sollte. Es gab zahlreiche sehr sinnvolle Projekte, die jedoch allesamt scheiterten, sobald die Projekt-bezogenen Vergütungsregelungen in die Standardvergütungslogiken überführt werden sollten.

Es fehlt diesem Antrag also eine realistische Vorstellung zur Beantwortung der Frage, wie die dringende Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung auf der regionalen und Populations-bezogenen Ebene finanziell soweit abgesichert werden kann, dass diese innovativen Konzepte stabilisiert und zu einem festen Bestandteil der Versorgungsrealität werden. Es ist zu hoffen, dass in der nächsten Legislaturperiode zu diesem Thema konstruktive Konzepte Eingang in die Diskussionen der Legislative finden. Es kann aber keinerlei Zweifel daran bestehen, dass die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens diesen Weg nehmen wird.

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
Venloer Str. 30
50672 Köln
0163 5818 797