

Begrüßung Zi-Tagung

Sektorenübergreifende Vergütung

Berlin, 12. Juni 2018,

Dr. Peter Noack

10 Minuten

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Namen des Vorstands des Zentralinstituts heiße ich Sie herzlich willkommen zur heutigen Zi-Tagung. Wir freuen uns, dass Sie so zahlreich erschienen sind.

Vorab einige Worte zur politischen Lage. Der Koalitionsvertrag unserer neuen Regierung enthält einige „Schmankerln“, die von einem großen Gestaltungsdrang der Politik zeugen. Wie wir feststellen auch in Bereichen, die eigentlich ureigenes Thema der Selbstverwaltung sind. Exemplarisch möchte ich die geplante Ausweitung der Sprechstundenzeiten nennen, die direkt in die Vereinbarungen des Bundesmantelvertrages eingreifen würde und erheblich in die Arbeitsorganisation der Praxen eines freien Berufsstandes, ohne dass davon ein wesentlicher Beitrag zur Lösung der Terminknappheit zu erwarten ist. Da – wie das Zentralinstitut anhand von Daten des Zi-Praxis-Panels zeigen kann – die Praxisinhaber bis auf eine ganz kleine Minderheit ohnehin deutlich länger in den Praxen anwesend sind und gesetzlich versicherte Patienten behandeln, wird eine Verlängerung der Sprechzeiten allenfalls zur Verknappung von Behandlungsleistungen führen, die außerhalb der Sprechzeiten durchgeführt werden müssen. Es liegt auf der Hand, dass das so nicht zu akzeptieren ist. Die Alternative besteht darin, zusätzliche Leistungen zu erbringen und das ist verbunden mit zusätzlicher Arbeitszeit. Die KBV verknüpft dieses Thema deshalb auch mit der Forderung nach einem Einstieg in den Ausstieg aus der Budgetierung und befindet sich dafür in intensiven Gesprächen mit der Politik.

Und damit wären wir auch schon bei den Themen unserer Tagung: die Realität der Versorgung und die ärztliche Vergütung. Der Koalitionsvertrag hat zur Vergütung zwei geplante Kommissionen im Angebot. Die eine soll Vorschläge zur Vereinheitli-

chung der Gebührenordnungen aus der privaten und aus der gesetzlichen Krankenversicherung vorlegen, die andere zur Förderung der sektorenübergreifenden Versorgung. Es wäre nicht überraschend, wenn daraus widersprüchliche Empfehlungen an die Politik resultierten.

Die Politik braucht daher einen klaren Kompass, wenn sie zeitnah weiterführende Reformen auf den Weg bringen will. Nach unserer Auffassung muss es um die Frage gehen, auf welche Weise die Ambulantisierung gefördert werden kann, die in der Entwicklung der Medizin bereits angelegt ist. Tatsächlich – und das werden wir heute zu diskutieren haben – weisen die Anreizstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung alle in eine andere Richtung.

Wer die Effizienz des Versorgungssystems insgesamt steigern und damit die gesetzliche Krankenversicherung in Zeiten des demografischen Wandels bezahlbar halten will, der muss hier ansetzen. Die Politik benötigt eine Strategie zur Förderung einer effizienten ambulanten Versorgung.

Lassen Sie uns bei dem Offensichtlichen beginnen: Wir haben kein Vergütungssystem, welches Effizienz belohnt. Wird eine Leistung durch ein Krankenhaus erbracht, ist die Vergütung um ein Vielfaches höher, als in der vertragsärztlichen Versorgung.

Längst haben wir zwar in vielen Bereichen technologischen Gleichstand zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Was die Qualifikation der Kollegen betrifft, sind die Niedergelassenen sowieso besser aufgestellt. In Sachen Qualität erstreicht. Trotzdem erhalten Krankenhäuser für gleiche Leistungen deutlich mehr Geld. Dies wird mit Vorhaltekosten begründet. Aber es vermittelt den Krankenhäusern zwingend ein ökonomisches Signal, den Patienten möglichst in der aufwändigsten aller Versorgungsformen zu behandeln und abzurechnen.

Um diese strukturellen Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze zu analysieren und ins Bewusstsein zu rufen, hat das Zi eine Expertise beim IGES in Auftrag gegeben. Und – ich nehme hier die Pointe vorweg – selbst das IGES war über die Unterschiede erstaunt. Es ist schwer zu nachzuvollziehen, warum sektorengleiche Leistungen derart ungleich vergütet werden. Zusammen mit der Tatsache, dass die

Krankenkassen weder Möglichkeiten haben, die stationären Kapazitäten anzupassen noch die Budgetvereinbarungen mit einzelnen Häusern unter Berücksichtigung effizienterer Versorgungsangebote in der Region zu schließen, und zusammen mit der im Krankenhausentgeltgesetz verankerten Meistbegünstigungsklausel bei der Weiterentwicklung der Preise für Krankenhausleistungen verdichtet sich das Bild: Es zeigt sich eine Wettbewerbsverzerrung. Krankenhäuser werden bei sektorengleichen Leistungen finanziell bevorzugt und das zu Lasten des ambulanten Bereichs. Dies muss in anstehenden Reformgesetzen geändert werden.

Das KV-System hat dafür auch ein Konzept. Es lautet: Ambulant erbringbare Leistungen müssen unabhängig vom Ort der Leistungserbringung in gleicher Weise, nämlich nach Maßgabe des EBM vergütet werden. Damit entfällt der Anreiz, diese Leistungen in ineffizienten Strukturen zu erbringen.

Die vertragsärztliche Versorgung ist der maßgebliche Wirtschaftlichkeitsfaktor in der gesetzlichen Krankenversicherung. Das System wäre kaum finanzierbar, wenn überall die im stationären Bereich geltenden Preise angewendet würden. Lassen Sie mich also – gewissermaßen als Input in die Kommissionsarbeit - feststellen: Die bestehenden Vergütungsunterschiede zwischen den Sektoren sind in höchstem Maße ineffizient und kontraproduktiv. Vorschläge für eine Reform der Vergütung müssten insofern an einem Katalog prinzipiell ambulant durchführbarer Leistungen ansetzen. Für die Vergütung dieser Leistungen müssen unabhängig vom Leistungsort die in der vertragsärztlichen Versorgung maßgeblichen Bestimmungen gelten. Sie müssen damit – ähnlich wie künftig Pflegeleistungen - aus den DRGs ausgegliedert werden. Außerdem müssen Defizite in der vertragsärztlichen Vergütung, insbesondere die inadäquaten Mengenbegrenzungen, beseitigt werden.

Das KV-System fordert aber nicht nur. Mit dem Konzept KBV 2020 haben wir uns auf die Fahnen geschrieben, die Sektoren besser zu vernetzen. Dazu stehen wir und dazu haben wir einige weiterreichende Vorschläge gemacht und erarbeiten dazu konkrete Umsetzungsideen. Ein Grund, warum die Preise für Krankenhausleistungen so hoch sind, besteht auch darin, dass die Häuser vielfach nicht mehr ausgelastet sind, deren Kostenstrukturen aber voll in die DRG-Kalkulation einfließen. Ein wesentlicher Faktor für eine künftige effizientere Versorgung werden daher auch Änderun-

gen in der Versorgungsstruktur sein, die näher an der ambulanten als an der stationären Versorgung stehen. Dazu gehört etwa die Einrichtung von bettenführenden Praxen und moderne Praxiskliniken, die ineffiziente Krankenhausstrukturen ersetzen und den dort tätigen Ärzten ein wirtschaftliches Auskommen ermöglichen, ohne dass hierfür überhöhte Krankenhauspreise aufgerufen werden müssen. Mit einem solchen Strukturwandel sollte das Potenzial der Ambulantisierung in der Medizin gehoben werden können. Und das bedeutet im Klartext: effiziente Sicherstellung einer auch weiterhin flächendeckenden medizinischen Versorgung.

Das Zi hat sich intensiv mit der Frage der sektorenübergreifenden Versorgung beschäftigt, woraus nicht zuletzt diese Veranstaltung und unsere Verfahrensvorschläge resultieren. Da leuchtet es ein, dass die Experten des Zi auch an den Kommissionen zur Vergütung mitarbeiten sollten, die der Koalitionsvertrag vorsieht.

Soweit einige politische Vorbemerkungen. Ich wünsche Ihnen jetzt eine aufschlussreiche Diskussion mit den Wissenschaftlern des IGES-Instituts, des Deutschen Krankenhausinstitut und des Zi sowie mit den anwesenden Politikern. An Herrn van den Bergh von der Ärztezeitung übergebe ich gerne die Moderation, die er als scharfsinniger Beobachter der Szene in bewährter Weise wahrnehmen wird.

Vielen Dank