

Gesundheitsreförmchen 2006



Nun haben sich die Spitzen der Großen Koalition nach zähem Ringen auf „Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006“ verständigt, die sowohl auf der Einnahmen- wie der Ausgabenseite strukturelle Änderungen beinhalten. Doch was herauskam, ist für alle Seiten enttäuschend, auch wenn die Bundeskanzlerin die Ergebnisse als Durchbruch wertete. Zugegeben, für uns Ärzte hätte es nach den Ankündigungen der letzten anderthalb Jahre sehr viel schlimmer kommen können. Zudem finden sich viele unserer aufgestellten Forderungen im Eckpunktepapier wieder. So wird ausdrücklich die Bedeutung einer hochwertigen und flächendeckenden ambulanten ärztlichen Versorgung hervorgehoben. Aber zur Optimierung der Versorgung und besseren Zusammenarbeit zwischen den Sektoren und den verschiedenen Arztgruppen sollen weitreichende Änderungen erfolgen:

- Die sektoralen Budgets sollen überwunden werden, damit das Geld der Leistung folgen kann.
- Die Krankenhäuser sollen konsequenter als bisher für hochspezialisierte Leistungen auch ambulant erbringen können; eine generelle Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung ist aber nicht vorgesehen.

- Regelungen zur Qualitätssicherung sollen entbürokratisiert und auf das Wesentliche konzentriert werden.
- Das Morbiditätsrisiko wird auf die Krankenkassen übertragen.
- Ein verpflichtendes Primärarztmodell wird abgelehnt.
- Das Prüfverfahren wird gestrafft und auf höchstens zwei Jahre nach dem Verordnungsquartal begrenzt.
- Die Transparenz über Inhalte von Integrationsverträgen soll verbessert werden; Kassen müssen plausibel darlegen, warum sie Mittel einbehalten haben.
- Prävention wird zur eigenständigen Säule ausgebaut.
- Gesetzliche Vorgaben zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten werden vereinfacht.

Darüber hinaus sieht das Eckpunktepapier eine Reihe von Einzelmaßnahmen vor, die sich mit den Forderungen der Ärzteschaft decken. Dazu gehören:

- die Rückgabe nicht verbrauchter Arzneimittel in Gemeinschaftseinrichtungen,
- die bessere Vergütung der Palliativversorgung/unbürokratische Abrechnungsmodalitäten,
- kein Einsatz des Medizinischen Dienstes zur Einzelfallsteuerung,
- die Umstellung der Abrechnung von Punkten auf Euro, wobei dies nur Sinn macht, wenn die Budgetierung aufgehoben wird,
- die Stärkung von Eigenverantwortung bei selbstverschuldeter Behandlungsbedürftigkeit (zum Beispiel nach Schönheitsoperationen, Piercings und Tätowierungen).

Die Meinungen zum neuen Gesundheitsfonds fallen dagegen grundsätzlich negativ aus. Alle Selbstverwaltungspartner sind der Auffassung, dass niemand diesen Fonds braucht. Eine solche Behörde produziert eine enorme Bürokratie. Und die Krankenkassen werden für ihr Verwaltungspersonal neue Beschäftigungsmöglichkeiten suchen müssen. Anstatt Büro-

kratie im Gesundheitswesen abzubauen, wird eine gigantische Umverteilungsmaschinerie in Gang gesetzt. Transparenz und Effizienz kann man damit wohl kaum erreichen. Der Fonds soll ab 2008 „Anreize für die wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen“ schaffen. Dann bestimmen nicht mehr die Krankenkassen über die Höhe der Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber, sondern der Staat per Gesetz. Die Kassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds eine risikoadjustierte Zuweisung, geknüpft an Risiken wie Alter, Krankheit und Geschlecht.

Festzuhalten ist, dass die große Koalition in der Frage der Finanzierungsreform gerade mal den allerkleinsten gemeinsamen Nenner gefunden hat. Viele gehen davon aus, dass diese Reform nur bis zur nächsten Bundestagswahl halten wird. Und die Bundesärztekammer hat richtigerweise darauf hingewiesen, dass die Koalition in ihrem Papier keine Antworten darauf gibt, wie Ärzte und Patienten mit der schon bestehenden Unterfinanzierung und Rationierung umgehen sollen. Immerhin wird von den Regierungsparteien anerkannt, dass aufgrund der demografischen Entwicklung ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf erforderlich ist. Also eigentlich mehr Geld fürs System statt Rationierung. Aber die Koalition sagt nicht, wie dieser Mehrbedarf finanziert werden soll.

Problematisch ist die verpflichtende Zweitmeinung – „Abstimmung mit fachlich besonders qualifizierten Ärzten“ – bei der Verordnung von kostenintensiven und speziellen Arzneimitteln, Diagnostik und Hilfsmittel. Dies tangiert die Therapiefreiheit und kann in die Überbürokratisierung führen. Und mit Blick auf die sich 14-tägig ändernde Liste der zuzahlungsfreien Medikamente und die jetzt schon geringe Zeit für Patienten, können die Ärzte weitere Bürokratie nicht gebrauchen.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident