

E-Health-Dialog und Digitalisierungsstrategie

„Stetige Updates eines immer besser funktionierenden Systems“

Ein gpk-Gespräch mit Tino Sorge MdB 3**„Mehr Zuckerbrot und weniger Peitsche“**

Wie das Terminservice- und Versorgungsgesetz unser Gesundheitssystem verbessert

Alexander Krauß MdB 5**Aktuelle Herausforderungen**

Wir brauchen echte Lösungen statt Symptombehandlungen

Maria Klein-Schmeink MdB 8**Private Equity auf dem Vormarsch**

Fortschreitende Ökonomisierung des deutschen Gesundheitssystems

Harald Weinberg MdB 11**Zahnärztliche Versorgung am Scheideweg**

Arztgruppengleiche MVZ in der Hand von Großinvestoren und Private Equity-Fonds

Dr. Wolfgang Eßer 15**Altenpflege, Krankenpflege, ...**

Das Thema „Pflege“ dominiert die Gesundheitspolitik der neuen Legislaturperiode

Dr. Wulf-Dietrich Leber 18**Selbstmedikation in der Gesundheitsversorgung**

Welche Chancen bieten Switches?

Dr. Elmar Kroth 21**Medizintechnologie**

Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und dessen Auswirkungen

Olaf Winkler 26**TSVG im Fokus**

Aktuelle Entwicklungen aus dem Bereich der psychotherapeutischen Versorgung

Dipl.-Psych. Barbara Lubisch 29**Autoren 32****Impressum 25**

Zu dieser Ausgabe

■ **Tino Sorge** **MdB** **MdB** (CDU), Mitglied im Ausschuss für Gesundheit und Berichterstatler der CDU/CSU-Bundestagsfraktion für Digitalisierung und Gesundheitswirtschaft, erörtert in einem Interview mit der Redaktion der Gesellschaftspolitischen Kommentare – gpk Schwerpunkte der Digitalpolitik seiner Fraktion. Einen möglichen Zeitplan wie auch wichtige Themen des kommenden „E-Health-Gesetz II“ spricht Sorge ebenso wie die digitalpolitischen Inhalte des geplanten Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) an. Digitalpolitischer Regelungsbedarf ergebe sich in Anbetracht der innovativen Dynamik in den verschiedenen Bereichen dieses weiten Themenspektrums aber immer wieder erneut. Deshalb weist Sorge auch auf mögliche weitere Gesetzgebungen hin. Sorge hat es sich zur Aufgabe gestellt, alle betroffenen Akteure wie Kostenträger, Leistungserbringer und Betroffene, insbesondere aber auch Unternehmen und Verbände in einen, perspektivisch vom Bundesgesundheitsministerium moderierten, Strategieprozess einzubinden, der Widerhall in den kommenden Gesetzgebungsverfahren finden soll. Ein weiterer zentraler Punkt stellt für Sorge die Entfaltung und Nutzung der Möglichkeiten der Künstlichen Intelligenz im Bereich Gesundheit dar. Um hier das volle Potenzial bei der Entwicklung neuer Behandlungsansätze oder Präventionsstrategien zur Entfaltung zu bringen, müsse man künftig die Bereiche Gesundheit und Gesundheitswirtschaft noch stärker und besser miteinander verknüpfen.

Mit den Inhalten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) beschäftigt sich **Alexander Krauß** **MdB** (CDU), Mitglied im Ausschuss für Gesundheit. Alle Maßnahmen des TSVG würden der Verbesserung der Rahmenbedingungen dienen, unter denen Patienten ambulant versorgt werden. Im Mittelpunkt stehe auch die Terminvergabeproblematik, welche insbesondere in ländlichen Regionen Deutschlands zur zentralen gesundheitspolitischen Aufgabe geworden sei. Mit der Weiterentwicklung der Terminservicestellen der KVen zu „Servicestellen für ambulante Versorgung und Notfälle“ und der Erhöhung des Mindestprechstundenangebotes der Vertragsärzte für die Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten von 20 auf 25 Stunden ergreife man wirksame Maßnahmen. Krauß verweist darauf, dass die Große Koalition mit dem TSVG auch finanzielle Anreize für die Ärzteschaft plane und so zusätzliche Angebote auch gegenfinanzieren werde. Zugleich sollen die enthaltenen Regelungen zur elektronischen Patientenakte medizinische Daten für die Patienten transparenter und für alle Leistungserbringer nutzbar machen – alles in allem stelle das TSVG die richtigen gesundheitspolitischen Weichen für die Zukunft.

Maria Klein-Schmeink **MdB**, Sprecherin für Gesundheitspolitik der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, betrachtet aus Sicht der Opposition die bisherige gesundheitspolitische Arbeit der Großen Koalition. Ihr Fazit: Es fehle der Blick aufs große Ganze und der Mut zu nachhaltigen Lösungen. Zu begrüßen sei die Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Versichertenentlastungsgesetz. Leider sei aber die Chance verpasst worden, den Qualitätswettbewerb zwischen den Kassen zu stärken. Das zugleich Krankenkassen gezwungen werden, ihre Rücklagen abzubauen und Beiträge zu senken, berge enorme Risiken – denn schon jetzt dominiere der Kostenwettbewerb zwischen den Kassen. Auch die Versuche, die Situation in der Pflege gesetzlich zu verbessern, greifen aus Sicht Klein-Schmeinks zu kurz. Zu fordern sei ein verbindliches Personalbemessungsinstrument für alle Fachabteilungen in den Krankenhäusern, eine tarifgerechte Bezahlung in allen Pflegebereichen sowie ein Finanzierungskonzept, welches die Eigenanteile der Pflegebedürftigen begrenzt. In diesem Kontext müsse über einen Steuerzuschuss zur Pflegeversicherung diskutiert werden.

Die fortschreitende Ökonomisierung des deutschen Gesundheitssystems analysiert und kritisiert **Harald Weinberg** **MdB**, gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion Die Linke. Immer mehr gerate das Gesundheitswesen in den Fokus von Finanzinvestoren – davon betroffen seien Pflegeheime, Krankenhäuser, Reha-Kliniken, ambulante Pflegedienste, Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Insbesondere bei MVZ und Pflegeeinrichtungen seien Schwerpunkte der Investorentätigkeiten erkennbar. Unter dem Primat des finanziellen Druckes entstehe die Gefahr, dass die Renditeerwartung negative Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten und vor allem auf die berechtigten Interessen der Patientinnen und Patienten erzeugen. Grundsätzliche sieht Weinberg in diesen Vorgängen ein Detail der Auseinandersetzung von Markt- und Gewinnorientierung vs. Gemeinwohlorientierung. Die bisherigen Bundesregierungen hätten durch den Wettbewerb die Gesundheitsversorgung kontinuierlich ökonomisiert und so die aktuellen Verhältnisse mitverantwortet. Wenn man wolle, dass Krankenkassen, Ärzteschaft, Krankenhausträger und Apotheken ihre Versorgungsfunktion wieder ausschließlich im Gemeinwohlorientierung erfüllen können, müsse man sich vom „Fetisch des Wettbewerbs“ lösen.

Dr. Wolfgang Eßer, seit 2013 Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZVB), mahnt, die Bedrohung der patientenorientierten Versorgung durch auf Rendite getrimmte, in der Hand fachfremder Groß- und Finanzinvestoren befindlicher reiner Zahnarzt-MVZ anzugehen. Die Politik müsse entschlossen gegen die „Goldgräberstimmung“ der Spekulanten vorgehen, andernfalls drohe dauerhaft eine schädliche Veränderung der qualitativ hochwertigen und flächendeckenden zahnärztlichen Versorgung. Um der weiteren Konzern- und Kettenbildung entgegenzuwirken, schlägt die KZVB unter anderem vor, dass die

Gründung von reinen Zahnarzt-MVZ durch Kliniken nur möglich sein sollte, wenn das MVZ seinen Sitz im selben zahnärztlichen Planungsbereich hat wie das Krankenhaus und es sich um ein unterversorgtes Gebiet handelt. Zudem solle ein medizinisch-fachlicher Bezug des Gründers zur vertragszahnärztlichen Versorgung Voraussetzung für die Gründung rein zahnärztlicher MVZ durch Krankenhäuser sein. Mindestens „wünschenswert“ ist für Eßer auch ein Plus an Transparenz über Marktentwicklungen und vertragliche Verflechtungen bei reinen Zahnarzt-MVZ.

Das Thema Pflege sieht **Dr. Wulf-Dietrich Leber** im Mittelpunkt der Gesundheitsgesetzgebung zu Beginn dieser Legislaturperiode. Leber ist zwar seit 2008 Leiter der Abteilung „Krankenhäuser“ im GKV-Spitzenverband, doch gibt dieser Beitrag ausdrücklich seine persönliche Meinung wieder. Die politische Idee, zur Stärkung der Pflege die Kosten für Pflegekräfte aus den DRG-Fallpauschalen herauszulösen und nach dem Selbstkostendeckungsprinzip gesondert zu finanzieren, sei „fatal“. Leber sieht darin einen grundsätzlichen vergütungstechnischen Fehler. Zudem sei die Loslösung der Pflegekosten aus der DRG-Kalkulation solchermaßen komplex, dass es angesichts der gegebenen Frist zu zahlreichen Unstimmigkeiten und zu Doppelfinanzierungen kommen werde. Auch warnt Leber vor der Gefahr, dass Krankenhäuser mit ihrem im Schnitt höheren Lohnniveau die Altenpflege, die Reha und auch die ambulante Pflege auf dem Personalmarkt leerkaufen. Grundsätzlich sei, angesichts der notwendigen Erhöhung des Pflegeversicherungsbeitragsatzes um 0,5 %, der Zeitpunkt gekommen, um die soziale Pflegeversicherung auf Besserverdienende, Beamte und Selbstständige auszudehnen – dies sei der richtige Ansatzpunkt, um die Beitragssätze nachhaltig zu stabilisieren.

Mit den Chancen der Selbstmedikation in der Gesundheitsversorgung und sogenannten Switches, also der Entlassung von Wirkstoffen aus der Verschreibungs- in die Apothekenpflicht, beschäftigt sich **Dr. Elmar Kroth**, Geschäftsführer Wissenschaft des Bundesverbandes der Arzneimittel-Hersteller e.V. (BAH). Er identifiziert Vorteile für Patienten, Apotheker und Ärzte. Für Patienten sei es deutlich komfortabler, Arzneimittel einfach in der Apotheke zu erwerben und dort eine umfassende Beratung zu erhalten – schließlich entfalle die zeitintensive Konsultation eines Arztes. Zugleich würden Switches die Rolle des Apothekers als neutrale, niedrigschwellig erreichbare Beratungsinstanz für Patienten weiter stärken. So zeigt denn auch eine Befragung des BAH unter Apothekern, dass 85 Prozent mehr Selbstmedikation begrüßen würden. Interessant sind diesbezüglich auch die Umfrageergebnisse innerhalb der Ärzteschaft: Immerhin 51 Prozent der Befragten stimmen für weitere Switches und zeigten sich überzeugt, dass die Apotheken die erforderliche Beratung leisten können.

Der Leiter des Referats Gesundheitssystem im Bundesverband Medizintechnologie (BVMed), **Olaf Winkler**, beleuchtet in seinem Beitrag das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) und dessen Auswirkungen auf fortschrittliche Medizintechnologien näher. Winkler zieht eine zentrale Schlussfolgerung: Durch die geplante Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System würden falsche wirtschaftliche Anreize gesetzt, da die durch Medizintechnologien erzielten Einsparungen dann nicht mehr richtig in den DRGs abgebildet würden. Deshalb, so sein Resümee, müssten zum einen die DRGs nach der Herausnahme der Pflegekosten sachgerecht neu kalkuliert werden. Zudem müsse die mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) eingeführte Absenkung bestimmter Sachkostenanteile in den Fallpauschalen rückgängig gemacht werden. Hierfür entfalle, mit der geplanten Einführung einer separaten Vergütung der Pflegepersonalkosten, schlicht die Grundlage.

Dipl.-Psych. Barbara Lubisch, seit 2013 Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV), thematisiert aktuelle Entwicklungen aus dem Bereich der psychotherapeutischen Versorgung. Das Vorhaben, im Zuge des geplanten Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) ein gestuftes Steuerungsmodell für die psychotherapeutische Behandlung einzuführen, lehnt die DPTV nachdrücklich ab. Eine solche Regelung könne nicht im Sinne der psychisch erkrankten Menschen sein, da diese durch den Gesetzesvorschlag gezwungen wären, sich regelmäßig mehreren Fachleuten zu offenbaren – diese zusätzliche Hürde könne psychisch Erkrankten nicht zugemutet werden. Zugleich drohe das Erstzugangsrecht zum Psychotherapeuten und die freie Behandlerrwahl massiv eingeschränkt zu werden. Stattdessen wären die bessere Koordination von Behandlungen und die bessere regionale Vernetzung tatsächlich wirksame Schritte, die auch dem Interesse der Patienten dienen würden. Zudem sei, so kritisiert Lubisch, die vorgesehene Reform der Bedarfsplanung noch immer nicht umgesetzt worden. Tatsache sei auch, dass die durchgängig mit Mindestzeiten versehenen psychotherapeutischen Leistungen im Verhältnis zu den technisch-medizinischen Leistungen bei der Vergütung noch immer strukturell benachteiligt seien – man erwarte deshalb vom Gesetzgeber klare Vorgaben zur Aufwertung der Gesprächsleistungen der Psychotherapeuten.

Die Redaktion

E-Health-Dialog und Digitalisierungsstrategie

„Stetige Updates eines immer besser funktionierenden Systems“

Ein gpk-Gespräch mit Tino Sorge MdB

Der Bundestagsabgeordnete Tino Sorge befasst sich als Berichterstatter für Digitalisierung und Gesundheitswirtschaft der CDU/CSU-Bundestagsfraktion mit einem breiten Themenspektrum. Von gesundheitspolitischen Fragestellungen zu Health-Apps über die elektronische Gesundheitskarte bis hin zur Künstlichen Intelligenz reicht sein Aufgabengebiet. Sorge ist Mitglied im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages und möchte dem Gesundheitsbereich auch in der von der Bundesregierung Mitte 2018 eingesetzten Enquete-Kommission „Künstliche Intelligenz – Gesellschaftliche Verantwortung und wirtschaftliche Potenziale“, der er angehört, die notwendige Aufmerksamkeit verleihen. Sein Credo, bei der Digitalisierung müsse die Politik stärker die Führung übernehmen, prägt auch sein E-Health-Positionspapier, das die CDU/CSU-Bundestagsfraktion im Juni 2018 einstimmig verabschiedet hat. Die Redaktion der Gesellschaftspolitischen Kommentare – gpk hat in einem Interview mit Tino Sorge seine digitalpolitischen Ansichten erörtert.

gpk: Herr Sorge, es wird viel spekuliert über ein kommendes „E-Health-Gesetz II“. Haben Sie konkrete Vorstellungen zu möglichen Inhalten und einer realistischen Zeitschiene zu einem solchen Gesetz?

Mit einem ersten Aufschlag, also zumindest der Vorlage erster Eckpunkte, wird man wohl noch zum Ende des Jahres rechnen können – wie auch immer das Regelungspaket dann heißen wird.

Wichtig sind uns innerhalb der Fraktion dabei vor allem zwei Dinge: Erstens würde ein Schnellschuss den zahlreichen Regelungsfeldern nicht gerecht. Von der eGK und der Telematik-Infrastruktur über die Telemedizin oder die Qualitätssicherung bei Apps bis hin zu Fragen der IT-Standards sowie der Kostentragung brauchen wir unbedingt einen ausgegorenen Entwurf. Deshalb darf es im Zweifel, das sieht ein Großteil der Kolleginnen und Kollegen ebenfalls so, mit dem Referentenentwurf gern etwas länger dauern.

Zudem ist es wichtig, bei der Ausarbeitung der Inhalte alle von der Digitalisierung betroffenen Akteure einzubeziehen – dies war bislang nicht immer der Fall. So blieben auch beim jüngst von KBV, KZBV und GKV-Spitzenverband vorgelegten „Letter of Intent“ zur Gesundheitsakte etliche Player, darunter Fach- und Industrieverbände, Krankenhäuser oder auch die Apotheken, außen vor.

Seitens der Unionsfraktion haben wir deshalb, wie im Übrigen auch im E-Health-Positionspapier unserer Arbeitsgruppe Gesundheit, beschlossen, ein Dialogformat angeregt, um unter Einbeziehung von Kostenträgern, Leistungserbringern, Betroffenen, Unternehmen und Verbänden einen Strategieprozess anzustoßen. Dieser Prozess sollte perspektivisch vom Bundesgesundheitsministerium moderiert werden.

gpk: Und dieses Dialogformat wurde bereits gestartet?

Ein erstes Treffen auf meine Initiative hat Mitte Oktober bereits stattgefunden, weitere sollen, dann noch um einige Akteure erweitert, folgen. Im Ergebnis erhoffen wir uns, dass der Dialog in eine umfassende Digitalisierungsstrategie mündet, welche dann auch Widerhall in kommenden Gesetzgebungsverfahren findet. Dabei geht es insbesondere darum, das Gesundheitssystem durch komplexe Gesamtbetrachtung und eine gelungene Vernetzung der Akteure weiter zu optimieren, beispielsweise auch durch patientenorientierte Lösungen zur Steigerung der Arzneimitteltherapiesicherheit.

gpk: Schweben Ihnen hier bereits konkrete Problemfelder bzw. Aspekte vor?

Wichtig wird es sein, bei der Festlegung von künftigen Standards und Schnittstellen der Telematikinfrastruktur durch die gematik sinnvolle Lösungen zu wählen, die auch international anschlussfähig sind. Hier müssen wir die Industrie einbeziehen – nur so ist aus meiner Sicht ein innovatives System möglich.

Denn nur, wenn wir die am Markt verfügbaren, etablierten Schnittstellen, Softwarelösungen und Produkte berücksichtigen, werden später neue Angebote ins System integriert werden können. Zudem müssen wir unbedingt die Grundlagen dafür schaffen, dass die elektronischen Gesundheitsakten – bei Zustimmung der Versicherten – strukturierte Daten aufnehmen und bereitstellen können. Für die Forschung wird das künftig immens wichtig sein, und für die ärztliche Tätigkeit ohnehin.

gpk: *Bezüglich der neuen Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages zu Künstlicher Intelligenz fordern Sie, die Arbeit solle sich insbesondere auf das Gesundheitswesen konzentrieren. In welche Richtung zielt dieser Ansatz?*

Die Möglichkeiten der Künstlichen Intelligenz für den Bereich Gesundheit werden oft noch völlig unterschätzt – die KI kann eben nicht nur selbstfahrende Autos steuern. Auch der Gesundheitssektor gehört zu den Gebieten, auf denen die Chancen von KI heute konkret greifbar sind. Etwa bei der KI-gestützten Auswertung von bildgebenden Verfahren wie der Hautkrebs-Früherkennung oder radiologischen Aufnahmen.

Neben der Unterstützung bei individuellen Diagnosen können KI-Systeme selbstlernend große aggregierte Datenmengen verarbeiten und analysieren – Stichwort „Big Data“. Mit diesen neuen Möglichkeiten könnten bei Studien zur Erforschung von Krankheiten größere Patientengruppen auf bestimmte Korrelationen bei Lebensweise oder auch Genausprägungen untersucht werden. Die Entwicklung neuer Behandlungsansätze oder Präventionsstrategien dürfte das beflügeln.

All diese Potenziale zeigen aber auch, dass wir künftig die Bereiche Gesundheit und Gesundheitswirtschaft noch stärker und besser verknüpfen müssen. Die meisten Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung werden wir nur gemeinsam mit innovativen Unternehmen aus der Industrie und dem Mittelstand erarbeiten können.

Für den Bereich „Big Data“ gilt zudem, dass der Datenschutz pragmatischer geregelt werden sollte, als es heute der Fall ist. Dabei sind natürlich die Datenschutzrechte des Einzelnen zu achten: Der Patient ist

und bleibt Herr seiner Daten. Um bei den Bürgerinnen und Bürgern die nötige Akzeptanz für möglichst praxistaugliche und handhabbare Lösungen zu schaffen, müssen wir als Politik die konkreten Vorteile für den Einzelnen, der sich im Gesundheitssystem bewegt, aber auch klar kommunizieren. Schließlich geht es bei der Digitalisierung nicht darum, dass wir künftig nur noch von Robotern gepflegt werden, oder dass wir unseren Arzt nur noch im Internet aufsuchen dürfen.

gpk: *Warum wurden bestimmte Regelungen zur Digitalisierung bereits in geplante Gesetze aufgenommen, etwa im TSVG? Wäre es nicht sinnvoller, diese Maßnahmen in einem besagten „E-Health-Gesetz II“ zu bündeln?*

Generell wäre es äußerst schwierig, alle Einzelaspekte von E-Health bzw. der Digitalisierung in einem „großen Wurf“ abzudecken – zumal die technische Entwicklung immer häufiger disruptiv ist und wir als Politik hierauf zeitnah reagieren müssen, um Innovation nicht zu behindern.

So ist perspektivisch für das nächste Jahr unter anderem auch ein Telemedizinengesetz zu erwarten, in dem dann weitere Punkte mit Fokus auf die Fernbehandlung geregelt werden dürften. Insofern lassen sich die Regelungsvorhaben in diesem Bereich als stetige Updates eines immer besser funktionierenden Systems verstehen. Mir ist dabei wichtig, dass wir für die Wünsche der Bürger, für neue technische und medizinische Ansätze offen bleiben.



Foto: Tino Sorge
Tino Sorge MdB

„Mehr Zuckerbrot und weniger Peitsche“

Wie das Terminservice- und Versorgungsgesetz unser Gesundheitssystem verbessert

Von Alexander Krauß MdB

Wie leistungsfähig ein Gesundheitssystem ist, zeigt sich an der Versorgung vor Ort. Eine wichtige Rolle spielt dabei die Frage, wie schnell ein Patient einen Termin beim Arzt bekommt. Zwar schneidet Deutschland statistisch gesehen im internationalen Vergleich noch relativ gut ab – aber immerhin sieben Prozent der Patienten warten zwei Monate oder länger auf einen Facharzttermin.¹ Fest steht aber auch: Die Wartezeiten unterscheiden sich regional sehr stark, was mit der Verteilung der Haus-, Kinder- und Fachärzte zusammenhängt. In ländlichen Regionen Deutschlands ist die Terminfrage zur zentralen gesundheitspolitischen Aufgabe geworden. Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), welches noch in diesem Jahr in erster Lesung im Deutschen Bundestag beraten werden soll, wird dem Rechnung tragen und Abhilfe schaffen.

Das TSVG verbessert in fünffacher Hinsicht unser Gesundheitssystem:

1. Es verhilft Patienten schneller zu Terminen.
2. Es schreibt für Ärzte ein Mindestsprechstundenangebot fest.
3. Es sorgt für eine bessere Vergütung von Zusatzleistungen für Ärzte.
4. Es schafft sektorenübergreifende Konfliktlösungsinstrumente auf der Ebene von Bund und Ländern.
5. Die Patienten erhalten über die elektronische Patientenakte (ePA) Zugriff auf ihre medizinischen Daten, welche dann sektorenübergreifend genutzt werden können.

Alle Maßnahmen des TSVG dienen der Verbesserung der Rahmenbedingungen, unter denen Patienten ambulant versorgt werden.

1. Schnellere Termine für Patienten

Mit dem TSVG werden die Terminservicestellen zu Servicestellen für ambulante Versorgung und Notfälle weiterentwickelt. Künftig unterstützen diese Servicestellen die Patienten auch bei der Vermittlung von Terminen zu Haus- und Kinderärzten sowie bei der Suche nach einem dauerhaften Haus- oder Kinderarzt. Die Erreichbarkeit der Servicestelle wird zudem nachhaltig verbessert. Über die bundeseinheitliche Telefonnummer 116 117 können sich Patienten 24 Stunden am Tag, an allen sieben Wochentagen, einen Termin vermitteln lassen. In akuten Fällen werden Patienten auch während der Sprechstundenzeiten an Arztpraxen oder Notfallambulanzen vermittelt, um schnell die bestmögliche Versorgung zu erhalten.

Neben der telefonischen Hotline sollen die Terminservicestellen auch online und per App erreichbar sein, um Termine zu vereinbaren. Das TSVG schafft damit die Voraussetzungen für einen schnelleren und flächendeckenden Zugang zu Arztterminen und verbessert somit das deutsche Gesundheitssystem.

2. Mindestsprechstundenangebot

Mit Inkrafttreten des TSVG wird sich das Mindestsprechstundenangebot der Vertragsärzte für die Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten von 20 auf 25 Stunden erhöhen. Dabei gilt es zu berücksichtigen: Bereits heute arbeiten die allermeisten Ärzte schon viel mehr als die im Gesetz vorgesehene Mindestanzahl von 25 Stunden die Woche. Dies belegt oftmals ein einfacher Blick auf die Öffnungszeitentafel von Arztpraxen. Nach Analysen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, das von den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereini-

¹ Vgl. Kopetsch, Thomas (2015), Facharzttermine im internationalen Vergleich: Geringe Wartezeiten in Deutschland,

in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 112, Heft 31–32, S. A 1319.

gung getragen wird, betrogen im Jahr 2015 die wöchentlichen Betriebszeiten bei 91,9 Prozent der Arztpraxen mindestens 25 Stunden pro Woche.²

Die vorgesehene Gesetzesregelung knüpft im Übrigen an die bereits bestehenden Regelungen zu den Praxisöffnungszeiten an, wonach Ärzte, die eine volle Kassenzulassung haben, verpflichtet sind, auch ein entsprechendes Sprechstundenangebot für die Patienten zur Verfügung zu stellen. Schon heute sind niedergelassene Ärzte verpflichtet, an ihrem Vertragsarztsitz Sprechstunden zu halten und für die ärztliche Versorgung der Versicherten zur Verfügung zu stehen (Präsenzpflicht). Vertragsärzte mit vollem Versorgungsauftrag müssen dabei persönlich mindestens 20 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung stehen; für Vertragsärzte mit hälftigem Versorgungsauftrag werden mindestens zehn Stunden wöchentlich gefordert.³ Indem das TSVG künftig ein Mindestsprechstundenangebot von 25 Stunden flächendeckend garantiert, verbessert es das deutsche Gesundheitssystem.

3. Vergütung von Zusatzangeboten für Ärzte

Gleichfalls werden mit dem TSVG aber auch diejenigen Ärzte zusätzlich vergütet, die sich beispielsweise nicht scheuen, neue Patienten aufzunehmen. In solchen Fällen sollen Zuschläge von mindestens 25 Prozent auf Versicherten- und Grundpauschalen gewährt werden.

Gleiches gilt für das Anbieten offener Sprechstunden. Hier werden Zuschläge von mindestens 15 Prozent auf die Grundpauschalen gezahlt.

Mehr Geld soll es auch geben, wenn ein Arzt künftig einen Termin über die Terminservicestelle vergibt. Bei erfolgreicher Vermittlung eines dringenden Facharzt-Termins durch einen Hausarzt wird ebenfalls ein Zuschlag gezahlt. Im Unterschied zum vorausgegangen Referentenentwurf des TSVG sieht der gegenwärtig aktuelle Gesetzentwurf in einem solchen Fall einen Zuschlag von mindestens fünf Euro vor. Im Referentenentwurf waren lediglich zwei Euro veranschlagt. Mit dem TSVG werden daher auch weitere

Zugeständnisse an die Ärzte gemacht. Es gilt das Prinzip: Mehr Zuckerbrot und weniger Peitsche.

Dieser Grundsatz gilt auch für Ärzte, die in wirtschaftlich schwachen und unterversorgten ländlichen Räumen praktizieren. Jene sollen über regionale Zuschläge besonders unterstützt werden. Die Bildung eines Strukturfonds wird für alle Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtend. Die Mittel werden von 0,1 auf bis zu 0,2 Prozent der vereinbarten Gesamtvergütung verdoppelt, die Verwendungszwecke erweitert, zum Beispiel für Zuschüsse zu den Investitionskosten bei Praxisübernahmen. Darüber hinaus werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten Eigeneinrichtungen, beispielsweise in Form mobiler Praxen oder telemedizinischer Sprechstunden zu betreiben.

Unabhängig von den aktuell geltenden Regelungen, setzt sich die Unionsfraktion im Rahmen des TSVG-Gesetzgebungsverfahrens dafür ein, dass die Zeiten der niedergelassenen Ärzte, die sie während ihrer Praxisöffnungszeiten bereits heute für GKV-Versicherte aufbringen, auch entsprechend berücksichtigt werden. Hierfür wird im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens gemeinsam mit der Ärzteschaft über notwendige Berücksichtigungen diskutiert, die zum Beispiel die Früherkennungsuntersuchungen und andere besondere Sprechstunden betreffen. Es kommt ferner durch das TSVG zu keiner Benachteiligung von in Teilzeit arbeitenden Ärzten. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist somit nicht beeinträchtigt.

Generell ist festzuhalten, dass das TSVG für Ärzte ein Anreizsystem schafft, ihren Patienten zusätzliche Angebote zu machen. Damit leistet das Gesetz einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung des deutschen Gesundheitssystems.

4. Sektorenübergreifende Konfliktlösung

Mit dem TSVG entstehen zudem Rahmenbedingungen, welche die sektorenübergreifende Konfliktlösung neu strukturieren und weiterentwickeln. Hierfür

² Vgl. Zentralinstitut für die

kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi.) (Hg.) (2018), Öffnungs- und Betriebszeiten sowie Arbeitszeiten in Praxen von Vertragsärzten und

Vertragspsychotherapeuten – Daten aus dem Zi-Praxis-Panel, Berlin, S. 4.

³ Siehe § 17 Bundesmantelvertrag-Ärzte.

werden Konfliktlösungsinstrumente der Selbstverwaltung in Form von Schiedsgremien auf der Ebene von Bund und Ländern geschaffen, die eine zeitnahe und effektive Gestaltung versorgungsrelevanter Verträge und Vereinbarungen im Interesse der Patienten garantieren und die Interessen aller Vertrags- bzw. Vereinbarungspartner entsprechend berücksichtigen. Das TSVG will damit auch Einigungen in strittigen Fällen zwischen Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern, z.B. bei unterschiedlichen Grundprinzipien der Leistungserbringung und in Abrechnungsfragen erreichen. Mit der Schaffung derartiger Schiedsregelungen macht das TSVG das deutsche Gesundheitswesen auch in konfliktösen Situationen handlungsfähig und trägt zur Verbesserung des gesamten Gesundheitssystems bei.

5. Zugriff auf Patientendaten

Im Rahmen des TSVG werden die Krankenkassen dazu verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab 2021 eine elektronische Patientenakte (ePA) zur Verfügung zu stellen und sie über deren Möglichkeiten zu informieren. Der Zugriff auf die eigenen medizinischen Daten wird dann auch via Smartphone oder Tablet möglich sein.

Die elektronische Patientenakte wird darüber hinaus sektorenübergreifend bei allen Leistungserbringern sowie kassenübergreifend nutzbar sein. Im Rahmen des TSVG wird – unter Beachtung des Datenschutzes – das Verfahren für die Erteilung der Einwilligung des Versicherten in die Nutzung der medizinischen Anwendungen vereinfacht.

Mit den Regelungen zur elektronischen Patientenakte macht das TSVG die eigenen medizinischen Daten für die Patienten transparenter und für alle Leis-

tungserbringer nutzbar – ganz im Sinne eines ganzheitlich-funktionsfähigen gesundheitspolitischen Ansatzes. In diesem Sinne schafft es in gleicher Weise Transparenz für Patient und Leistungserbringer.

TSVG verbessert das deutsche Gesundheitssystem

Das TSVG bringt für Patienten und Ärzte spürbare Verbesserungen. Es garantiert eine schnellere Terminvergabe und schafft verbindliche Sprechstunden-deputate. Gleichfalls wird mit dem TSVG ein monetäres Anreizsystem geschaffen, welches die praktische Umsetzung gewährleistet. Das TSVG verbessert außerdem gesundheitspolitische Prozesse bei der sektorenübergreifenden Konfliktlösung und ermöglicht die sektorenübergreifende Nutzung von Patientendaten.

Das TSVG stellt die richtigen gesundheitspolitischen Weichen für die Zukunft. Es stärkt die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems, investiert in die Gesundheitsversorgung vor Ort und ist daher ein Gewinn für unser Gesundheitswesen.



Alexander Krauß MdB

Aktuelle Herausforderungen

Wir brauchen echte Lösungen statt Symptombehandlungen

Von Maria Klein-Schmeink MdB

Vor knapp acht Monaten hat die Große Koalition ihre Arbeit aufgenommen. Seitdem dominieren Streitigkeiten und ein mögliches Auseinanderbrechen der Koalition die öffentliche Wahrnehmung. Auch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat einige Zeit gebraucht, um in sein Amt zu finden. Zu Beginn polarisierte er lieber mit ressortfremden Themen. Inzwischen scheint er aber verstanden zu haben, dass in der Gesundheitspolitik genug Aufgaben stecken, die dringend angegangen werden müssen. Die bisherigen Gesetzentwürfe adressieren wichtige gesundheitspolitische Herausforderungen – über den Pflegenotstand, die Entlastung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bei der Beitragszahlung und die Verkürzung der Wartezeiten auf einen Arzttermin. Was jedoch fehlt ist der Blick aufs große Ganze und der Mut zu nachhaltigen Lösungen. Oftmals wird lediglich an Symptomen herumgedoktert.

Versichertenentlastungsgesetz: Licht und Schatten

Mit dem Versichertenentlastungsgesetz ist eines der besseren Gesetze bereits verabschiedet worden. Endlich wurde die Parität wieder eingeführt. Das ist gut so, denn es war längst überfällig, dass die Lasten und Kosten unseres Gesundheitswesens wieder fair und gerecht zwischen den Beschäftigten und ihren Arbeitgebern geteilt werden. Für die Selbständigen wurde mit diesem Gesetz die Mindestgrenze zur Beitragsbemessung auf das Niveau der sonstigen freiwillig Versicherten gesenkt, so dass Selbständige mit geringen Einkünften sehr viel weniger Krankenversicherungsbeiträge zahlen müssen als bisher. Genau das waren langjährige grüne Forderungen. Ganz konkret entlastet das Gesetz die Versicherten mit der Parität um 6,9 Mrd. Euro jährlich. Für die Selbständigen gibt es eine Entlastung von 800 Mio. Euro im Jahr. Die Union hat sich diesen Regelungen bisher immer entgegengestellt. Es verwundert deshalb nicht, dass Bundesgesundheitsminister Jens Spahn dem Gesetzentwurf seinen eigenen Stempel aufdrücken wollte und die Krankenkassen dazu zwingt, ihre Rücklagen abzubauen und die Beiträge zu senken.

Was auf den ersten Blick vielleicht für viele ganz gut aussieht, birgt auf den zweiten Blick enorme Risiken.

Wettbewerb um Qualität statt Discounterkassen

Wettbewerb zwischen Krankenkassen ist gut und notwendig. Das eigentliche Ziel sollte aber sein, dass es sich für die Krankenkassen lohnt, sich für eine gute Versorgung vor Ort zu engagieren. Schon heute dominiert der Kostenwettbewerb zwischen den Krankenkassen. Statt sich um die Qualität der Versorgung zu bemühen, werden Patientinnen und Patienten mit aufwändigen Erkrankungen eher nicht gut unterstützt. Gerade für chronisch Kranke oder Menschen mit Behinderungen, die auf Leistungen wie Inkontinenzprodukte oder die Überweisung zur Therapeutin oder zum Therapeuten angewiesen sind, ist der Trend zur Discounter-Kasse, die sich durch Spahns Regelung noch verschärfen wird, fatal. Krankenkassen, die heute schon einen vergleichsweise hohen Beitragssatz haben, geraten im Wettbewerb mit Kassen, denen es gut geht und die deswegen die Beiträge stark senken können, immer mehr ins Hintertreffen – mit der Folge, dass Gesunde zu billigeren Kassen abwandern. Die verbleibenden Versicherten, in der Regel alte, chronisch kranke und behinderte Menschen, die keine Kraft zu einem Kassenwechsel haben, leiden unter den höheren Beiträgen und dem wachsenden Kostendruck.

Deswegen darf sich der Wettbewerb nicht mehr ausschließlich um die Höhe des Beitrages drehen. Der Wettbewerb muss vom Kopf auf die Füße gestellt werden, damit die Patientinnen und Patienten nicht unter die Räder geraten. Die Kassen müssen die Möglichkeit bekommen, mit guter Versorgung und erstklassigem Service punkten zu können. Dazu gehört mehr Transparenz für die Versicherten darüber, welche Kasse sie wirklich gut versorgt und anständig betreut. Sie müssen erkennen können, welche Kasse Anträge auf Kuren überdurchschnittlich häufig ablehnt oder welche in neue Versorgungsmodelle zum

Beispiel für ältere Patientinnen und Patienten investiert. Erst dann können Versicherte entscheiden, welche Krankenkasse wirklich zu ihnen passt. Indikatoren, die zur Bewertung herangezogen werden könnten, gibt es genug. Etwa Versichertenbefragungen, Gesundheitsergebnisse der jeweiligen Krankenkasse, die auch berücksichtigen, wie gut oder schlecht etwa sozial Benachteiligte oder Menschen mit Behinderung versorgt werden, die Teilnahme an regionalen Versorgungskonzepten oder der Umgang mit sozialen Bürgerrechten der Versicherten. Auch der Vorschlag des Bundesrates, dass Krankenkassen mehr Möglichkeiten benötigen, auf die Qualität der Versorgung Einfluss zu nehmen, war eine gute Idee, die die große Koalition hätte aufgreifen sollen. Dadurch hätten Krankenkassen künftig Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen schließen können, mit dem Ziel, gemeinsam mit den Ärztinnen und Ärzten höhere Qualitätsstandards zu vereinbaren oder bestimmte Leistungen schneller in die Versorgung zu bekommen. Leider jedoch wurde die Chance verpasst, endlich den Qualitätswettbewerb zu stärken.

Personalbemessung statt sektorale Untergrenzen

Auch Spahns Versuch, endlich die Situation in der Pflege gesetzlich zu verbessern, greift zu kurz. Vieles ist nicht zu Ende gedacht. Dabei brauchen wir jetzt Lösungen, die auf lange Sicht greifen. Dazu gehört, dass Personaluntergrenzen in Krankenhäusern nicht zum Standard werden dürfen. Dass Personaluntergrenzen derzeit nur für einzelne Fachabteilungen definiert sind, birgt zudem die Gefahr, dass innerhalb eines Krankenhauses Fachpersonal aus anderen Abteilungen in diese ausgewählten Abteilungen abgezogen wird. Die Personalsituation in den anderen Abteilungen würde sich weiter verschärfen. Was wir stattdessen brauchen, ist ein verbindliches Personalbemessungsinstrument, und zwar für alle Fachabteilungen im Krankenhaus. Der Personalbedarf muss sich dabei am tatsächlichen Pflegebedarf ausrichten. Es ist gut, dass jede zusätzliche und aufgestockte Pflegestelle im Krankenhaus finanziert werden soll. Es muss jedoch sichergestellt werden, dass diese zusätzlichen Stellen wirklich bei den Patientinnen und Patienten ankommen und die dafür zur Verfügung stehenden Mittel nicht zweckentfremdet werden. Zu-

dem sorgt die vollständige Refinanzierung der tarifgerechten Bezahlung der Pflegekräfte nur im Krankenhaus dafür, dass Personal aus der Altenpflege abgezogen werden wird. Das wäre jedoch unverantwortlich. Wir brauchen zeitgleich die tarifgerechte Bezahlung in anderen Pflegebereichen.

Um auch für die Altenpflege mehr als nur die geplanten 13.000 zusätzlichen Stellen finanzieren zu können, sollte darüber nachgedacht werden, die Behandlungspflege in stationären Einrichtungen komplett aus der GKV zu finanzieren. Damit hätte man 3 Mrd. Euro im Jahr zur Finanzierung zusätzlicher Pflegekräfte in stationären Einrichtungen zur Verfügung. Heute geht die Finanzierung zusätzlichen Personals in der Altenpflege zu Lasten der Pflegebedürftigen. Die Rente reicht bei den wenigsten zur Finanzierung eines Platzes im Pflegeheim. Und die Kosten werden weiter steigen. Darum brauchen wir ein Gesamtkonzept für die Pflege. Dazu gehören echte Sofortprogramme für mehr Personal: spürbar bessere Arbeitsbedingungen und eine bessere Bezahlung sofort. Dazu gehört aber auch eine Finanzreform, die den Eigenanteil der Pflegebedürftigen begrenzt. In diesem Kontext muss über einen Steuerzuschuss zur Pflegeversicherung diskutiert werden.

TSVG: Besser gleich die Bürgerversicherung

Bundesgesundheitsminister Spahn hat zu Beginn seiner Amtszeit vollmundig versprochen, die Wartezeiten für gesetzlich versicherte Patienten und Patienten auf ÄrztInnen, FachärztInnen und PsychotherapeutInnen zu verkürzen. Mit seinem Terminservice- und Versorgungsgesetz – kurz TSVG – soll dies nun in die Tat umgesetzt werden. Der Entwurf hat sich jedoch zunehmend zu einem Sammelsurium zahlreicher einzelner Regelungen entwickelt. Kernelement des Gesetzentwurfes ist neben dem Ausbau der Sprechstundenzahl von 20 auf 25 Stunden der Ausbau der Terminservicestellen mit telefonischer und digitaler Erreichbarkeit an sieben Tagen in der Woche rund um die Uhr. Der Gesetzentwurf entpuppt sich jedoch als ein einziges Herumdoktern an Symptomen. Denn Terminservicestellen allein werden nicht zur Verbesserung der Situation führen.

Der Gesetzentwurf verpasst die Chance, die bisherigen eklatanten Unterschiede bei den Wartezeiten auf einen Termin zwischen gesetzlich und privat versi-

cherten Patientinnen und Patienten konkret anzugehen. Dabei liegt der Fehler im System. Daran kann auch der Ausbau der Terminservicestellen nichts ändern. Wir müssen das Problem endlich bei der Wurzel packen. Das bedeutet, dass die Anreize, gesetzlich und privat Versicherte unterschiedlich zu behandeln, endlich beseitigt werden müssen. Mit einer Bürgerversicherung werden die Unterschiede bei den unterschiedlichen Vergütungssystemen in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der privaten Krankenversicherung angeglichen und fair verteilt. In der Bürgerversicherung wird die gute Behandlung vergütet, nicht der Versichertenstatus. Zudem sorgt die grüne Bürgerversicherung erstmals für echte Wahlfreiheit für alle Versicherten in Deutschland. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen können genauso wie die gesetzlichen Krankenkassen die Bürgerversicherung anbieten. Dadurch schaffen wir ebenfalls mehr Wettbewerb um die Qualität.

Versorgungskonzept für psychische Gesundheit

Schwer daneben greift auch der neue Passus zu einer Erweiterung der Psychotherapie-Richtlinie um eine „gestufte und gesteuerte Versorgung für die psychotherapeutische Behandlung“ im Kabinettsentwurf des TSVG. Was sich konkret durch das neue Konzept verbessern soll, scheint die Bundesregierung selbst noch nicht zu wissen. Unsere Befürchtung ist jedoch groß, dass das nun geplante Konzept ganz und gar nicht im Interesse einer niedrigschwelligen Versorgung sein wird. Die zusätzliche Prüfung von Behandlungsbedarfen, die zudem nicht durch die potentielle Therapeutin oder den Therapeuten erfolgt, sondern durch eine gleichsam anonyme Instanz würde die Hürden erhöhen und den Zugang für die Patienten zur psychotherapeutischen Versorgung massiv erschweren. Das wäre fatal, denn oft nehmen Menschen mit psychischer Erkrankung eher zu spät Hilfeleistungen wahr. Dabei wurden erst vor kurzem die psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung eingeführt, um den Zugang zur Psychotherapie für psychisch kranke Menschen zu erleichtern und um schnelle und bedarfsgerechte Hilfen anzubieten. Eine Einrichtung aufsuchen zu müssen, bevor man eine psychotherapeutische Sprechstunde besuchen darf, unterscheidet die psychische Erkrankung von einer somatischen und stellt insofern eine Diskriminierung und Einschränkung der Autonomie dar.

Notwendig sind stattdessen niedrigschwellige Hilfen durch den Ausbau einer gemeindenahen und personenzentrierten Versorgung sowie der ambulanten Strukturen. Die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung darf sich deshalb nicht noch weiter verzögern. Komplexe Versorgungsangebote benötigen zudem eine enge Zusammenarbeit zwischen den Sektoren und Berufsgruppen. Patientinnen und Patienten brauchen wiederum individuelle Bezugspersonen und personelle Kontinuität. Um das zu erreichen braucht es endlich ein bedarfsgerechtes und aufeinander abgestimmtes Versorgungskonzept für den gesamten Bereich der psychischen Gesundheit.

Kommt noch ein E-Health-Gesetz?

Zu guter Letzt die Digitalisierung. Die elektronische Patientenakte soll 2021 kommen. Sonst aber wissen wir nicht: Wo soll die Reise hingehen? Wer setzt die Standards? Wie werden die Projekte der Kassen einbezogen? Und welche Leistungserbringer werden überhaupt beteiligt? Für die Praxen von Heilmittelerbringern und Altenpflegeeinrichtungen gibt es noch nicht mal Konzepte zur Anbindung an die Telemedizininfrastruktur und zur Nutzung elektronischer Anwendungen. Klar ist nur, dass die Digitalisierung das Gesundheitswesen grundlegend verändern wird. Das bedeutet für Patientinnen und Patienten, Verbraucherinnen und Verbraucher, für die Gesundheitspolitik als auch für alle im Gesundheitswesen Tätigen Chance und Herausforderung zugleich. Umso bedeutsamer ist es, sie aktiv im Sinne der Bürgerinnen und Bürger zu gestalten sowie Risiken offen zu diskutieren und mögliche Fehlentwicklungen zu vermeiden.



Foto: Maria Klein-Schmeink/Joachim Pantel
Maria Klein-Schmeink MdB

Private Equity auf dem Vormarsch

Fortschreitende Ökonomisierung des deutschen Gesundheitssystems

Von Harald Weinberg MdB

Private Beteiligungen an Unternehmen in Form von Private Equity (PE) greifen seit Jahren mit steigender Tendenz um sich. Investoren sind dabei auf der Suche nach Unternehmen, die hohe und stabile Cashflows aufweisen. Die Anlagestrategie zielt darauf ab, in möglichst kurzer Zeit sehr hohe Renditen auf das angelegte Kapital zu erzielen. Dabei spielt die langfristige Perspektive der Unternehmen sowie der Unternehmenszweck nur eine untergeordnete Rolle. Laut Pressemitteilung des Beratungsunternehmens „Ernst & Young“ vom 28.12.2017 kauften Finanzinvestoren im Jahr 2017 „so viele deutsche Unternehmen wie noch nie“. Erwartet wird für 2018 gar ein nochmaliger Anstieg von Private-Equity-Transaktionen.⁴ In den letzten Jahren wurden in diesem Zusammenhang u.a. verstärkt Einrichtungen aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung und Pflegeeinrichtungen von Private-Equity-Investoren gekauft.⁵ Somit ist das Gesundheitswesen in den Fokus von Finanzinvestoren gerückt. Davon betroffen sind nicht nur Pflegeheime, sondern auch Krankenhäuser, Reha-Kliniken, ambulante Pflegedienste, Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Derzeit bilden sich zwei Schwerpunkte heraus: MVZ und Pflegeeinrichtungen. Rund 50 PE-Gesellschaften investieren zurzeit in Gesundheitseinrichtungen in Deutschland.⁶

Gravierende Folgen möglich

Die Folgen können verheerend sein. So warnt die Gewerkschaft ver.di in diesem Zusammenhang vor den Aktivitäten der Finanzinvestoren, da dies weitreichende Auswirkungen auf Arbeitsbedingungen der

Beschäftigten in den Einrichtungen und die Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten haben könnte.⁷ Schließlich müssen die Zahlen stimmen – da ist die Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten dann folglich zweitrangig. So wirbt beispielsweise die Advita Pflegedienst GMBH, die ambulante Pflege, Tagespflege sowie betreutes Wohnen anbietet, damit, dass sie auf "sinnentleerte Vorschriften" wie "Fachkraftquoten" verzichten. Damit wird der vorherrschende Pflegenotstand komplett ignoriert, an einer Verbesserung der Situation für die Pflegebeschäftigten gibt es kein Interesse – die Profite sind wichtiger. Der finanzielle Druck bringt letztlich alle Beteiligten dazu, die Renditeerwartung immer öfter vor die Interessen der Patientinnen und Patienten zu stellen.

Zugleich herrscht eine völlige Intransparenz über die Kapitalbeteiligungen und wer konkret dahinter steckt. Es kann keine absolute Anzahl von Übernahmen durch Private-Equity-Gesellschaften genannt werden, da beispielsweise weder die MVZ-Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung noch die der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung die tatsächlichen Besitzverhältnisse veröffentlichen, wie aus der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE hervorgeht.⁸ Dadurch bleiben die PE-Geschäfte im Verborgenen und somit auch nur schwer kontrollierbar.

Die Strategie der PE-Investoren basiert auf einer Aufkauf-Kaskade: Zunächst kaufen Krankenhäuser Arzt-sitze auf, um via Gründung von MVZ ihre „Wertschöpfungskette“ zu erweitern. Durch den Aufkauf

⁴ <http://www.ey.com/de/de/newsroom/news-releases/news-ey-20171228-finanzinvestoren-kaufen-2017-so-oft-wie-noch-nie> und <https://www.finance-magazin.de/deals/private-equity-private-debt/private-equity-voll-im-angriffsmodus-2009801/>

⁵ [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/ey-private-equity-der-transaktionsmarkt-in-deutschland-2-halbjahr-2017/\\$FILE/ey-private-equity-der-transaktionsmarkt-in-deutschland-2-halbjahr-2017.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/ey-private-equity-der-transaktionsmarkt-in-deutschland-2-halbjahr-2017/$FILE/ey-private-equity-der-transaktionsmarkt-in-deutschland-2-halbjahr-2017.pdf) und <https://www.kma->

[online.de/aktuelles/management/detail/kaufpreise-im-gesundheitsmarkt-steigen-spuerbar-a-37671](http://www.kma-online.de/aktuelles/management/detail/kaufpreise-im-gesundheitsmarkt-steigen-spuerbar-a-37671)

⁶ Vgl. Bobsin, Rainer: Finanzinvestoren in der Gesundheitsversorgung in Deutschland, Offizin-Verlag, Hannover 2018 (3., erweiterte und aktualisierte Auflage).

⁷ <https://gesundheit-soziales.verdi.de/++co++c01267fc-1d3f-11e8-a646-525400940f89>

⁸ http://www.kbv.de/media/sp/mvz_aktuell.pdf und <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/134/1813412.pdf>

von einzelnen Praxen wird schrittweise das Versorgungsnetz erweitert. Dann kaufen PE-Investoren die Krankenhäuser auf, obwohl sie kein wirkliches Interesse an stationärer Versorgung haben, sondern die MVZ einkassieren wollen. Reguläre Arztpraxen stehen plötzlich im Wettbewerb mit Praxisketten. Die Konsequenzen sind: Durch die pure Gewinnorientierung von PE werden Akteure der Gesundheitsversorgung darauf getrimmt, sich nur noch als Unternehmen zu begreifen und ihre Marktbehauptung sowie die Profitorientierung in den Mittelpunkt ihrer Strategie zu stellen. Ihr eigentlicher Auftrag, die Versorgung von Menschen, gerät dabei zunehmend in den Hintergrund. Patientinnen und Patienten werden folglich wie Abrechnungsziffern behandelt, die zwischen Gewinninteressen auf der einen und Sparzwang auf der anderen Seite zerrieben werden. Nachdem diverse Kritik laut und davor gewarnt wurde, dass Renditestreben über Patienteninteressen gestellt werden könnte, sah sich bereits 2012 der Gesetzgeber genötigt, den Kreis möglicher MVZ-Gründer einzuschränken, um die „Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen zu sichern“. Die Tür für PE-Investitionen in der ambulanten Versorgung wurde jedoch mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz nicht geschlossen.⁹

Aktuell fordert auch Prof. Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, dass der Gesetzgeber die Weichen stellen muss, um PE einzudämmen.¹⁰ Konzerninteressen und Renditestreben dürfen niemals über das Wohl von Patientinnen und Patienten gestellt werden, so lautet eine Forderung von dem 121. Deutschen Ärztetag in Erfurt.¹¹ Die große Koalition von Union und SPD ist bisher jedoch untätig. Die Probleme sind bekannt, Union und SPD schauen aber zu, wenn Spekulanten mittelständische Betriebe in kürzester Zeit kaufen, auf Kosten der Beschäftigten auseinandernehmen um die Shareholder Value in die Höhe zu treiben und dann wieder verkaufen.

Gewinn- vs. Gemeinwohlorientierung

Private Equity reiht sich als eine Art Speerspitze des Finanzmarktkapitalismus in eine grundsätzliche Auseinandersetzung ein: Markt- und Gewinnorientierung

vs. Gemeinwohlorientierung. Es muss immer wieder betont werden: Diese Verhältnisse hat die vorherrschende Politik geschaffen, sie sind nicht vom Himmel gefallen. Es gab seinerzeit einmal einen Nachkriegskonsens. Der bestand darin, dass es hieß: Wir nehmen bestimmte Bereiche aus der Marktwirtschaft heraus, da lassen wir marktwirtschaftliches Geschehen und auch Profitwirtschaft nicht zu. Das betraf im Wesentlichen die Altersversorgung, die Gesundheit und die Arbeitslosenversicherung. Allgemein wurde dies „Daseinsvorsorge“ genannt. Im Zusammenhang mit der Übermacht der Ideologie des absoluten Marktes, hat es eine Öffnung dieser Bereiche für die Kapitalverwertung bzw. für anlagesuchendes Kapital gegeben. Bei den Krankenkassen hat es dazu geführt, dass sie inzwischen wie erwähnt de facto als Unternehmen betrachtet und mit den Zusatzbeiträgen in einen ruinösen Wettbewerb getrieben werden.

Die Politik hat sich von einer Gemeinwohlorientierung des Sozialstaatsgebotes, welches per Grundgesetz vorgegeben ist, entfernt und baut das Gesundheitssystem in Deutschland mit immer mehr Wettbewerbselementen marktwirtschaftlich um. Trotz der verheerenden Folgen wird die Geschichte einfach fortgesetzt, indem noch mehr Wettbewerb im Gesundheitsbereich eingeführt wird. Auch das Unwesen wird fortgesetzt, den Lobbyisten der Leistungserbringer mehr entgegenzukommen als den berechtigten Interessen der Versicherten. Die bisherigen Bundesregierungen haben durch den Wettbewerb die Gesundheitsversorgung kontinuierlich ökonomisiert. Damit verkommt die Gesundheit immer mehr zu einer Ware. Dazu seien hier noch zwei Beispiele genannt:

- Krankenhäuser sind von der Ökonomisierung in besonderem Maße betroffen. Das 2003 beschlossene Vergütungssystem (Fallpauschalen, DRG) zwingt die Krankenhäuser mehr denn je in einen ökonomischen Wettbewerb. Nicht die Qualität, sondern die Fallzahlen entscheiden über Sieger und Verlierer in diesem Wettlauf. Als Versicherter muss man befürch-

⁹ Vgl. Investoren auf Einkaufstour, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 115, Heft 39, S. 1688.

¹⁰ Vgl. Erst der Patient, dann die Ökonomie, Kommentar von Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 115, Heft 39, S. 1692.

¹¹ Vgl. Beschlussprotokoll des 121. Deutschen Ärztetages in Erfurt vom 08. bis 11.05.2018, Entschließung Ic - 97, S. 137f.

ten, zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation des Krankenhauses operiert zu werden und nicht aus medizinischen Gründen. Zugleich wurde gerade in der Pflege ein massiver Stellenabbau betrieben, der den heute bestehenden Pflegenotstand wesentlich mit verursacht hat. Die fortschreitende Privatisierung von Krankenhäusern verschärft den Wettbewerb und verringert die demokratischen Gestaltungsmöglichkeiten.

- 2015 trat das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz von Union und SPD in Kraft. Damit wollte die Große Koalition die Ärztinnen und Ärzte zwingen, ihre Praxen dort zu eröffnen, wo sie gebraucht werden- und nicht dort, wo sie am meisten Privatpatienten vorfinden. Ursprünglich war eine Regelung vorgesehen, die an sich schon recht harmlos war; denn nur in Gebieten, die schon zu 110 Prozent versorgt sind, sollte laut damaligem Gesetzentwurf der zuständige Ausschuss aus Ärzteschaft und Krankenkassen gemeinsam entscheiden, ob eine Praxis, deren Inhaber aus Altersgründen ausscheidet, nicht nachbesetzt wird. Darin waren schon drei Bedingungen enthalten: Erstens. Die Region muss überversorgt sein. Zweitens. Die Ärzte müssen zustimmen, dass diese Praxis tatsächlich nicht gebraucht wird. Drittens. Diese Regelungen treffen keinen einzigen aktiven Arzt, weil sie nur im Falle eines Eintritts in den Ruhestand zur Geltung kommen. Die Ärzteschaft hat dann ihre ganze Lobbykampfkraft mobilisiert und die Bundesregierung hat tatsächlich nachgegeben. Folglich hatte die Regelung gar keine Zähne mehr, weil sie nur

noch dort gilt, wo ein Versorgungsgrad von 150 Prozent und mehr erreicht ist, also nur noch in ganz wenigen Regionen. Mit dieser Regelung kann keine gute Versorgung auf dem Land oder in vernachlässigten innerstädtischen Gebieten organisiert werden. Die Probleme sehen wir noch heute.

Der Wettbewerb zwischen und innerhalb der Krankenkassen, Ärzteschaft, Krankenhausträger und Apotheken muss wieder zurückdrängt werden. Die Versorgungsfunktion, die ihnen im Gemeinwohlinteresse per Gesetz zugeteilt wurde, muss endlich wieder in den Mittelpunkt rücken. Eine Neuausrichtung der Gesundheitspolitik, die sich vom Fetisch des Wettbewerbs entfernt, ist absolut überfällig. Und die Eindämmung des verheerenden Wirkens der PE-Investoren muss dazu ganz oben auf die gesetzgeberische Tagesordnung.



Foto: Deutscher Bundestag
Harald Weinberg MdB

Im Sommer/Herbst 2018 haben zahlreiche relevante Akteure des Gesundheitswesens in den Gesellschaftspolitischen Kommentaren – gpk zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen Stellung bezogen:



Chancen sehen und nutzen Digitalisierung im Gesundheitswesen fördern, nicht bremsen Christine Aschenberg-Dugnus MdB.....	3
Infektionsprävention Möglichkeiten für eine bessere Impfquote Prof. Andrew J. Ullmann MdB.....	6
Pflegekammern als Chance Pflegerberufe können von einer selbstbestimmten Interessenvertretung profitieren Kordula Schulz-Asche MdB.....	9
Wege und Irrwege in die Pflegevollversicherung Eine Kritik des politischen Erwartungsmanagements im Kontext der jüngsten Pflegereformen Timm Genett.....	12
Das Gift im Gesundheitswesen Über die Folgen der Budgetierung Dirk Heinrich.....	16
Versorgungsqualität der Spastik Zur Versorgungslage in Deutschland und den derzeit bestehenden Defiziten Prof. Reinhard P. T. Rychlik, Martin Katzenmeyer und Helena Thiem ...	19
Potenziale nutzen Den Pflegeberuf zukunftsfähig machen Patricia Drube.....	25
Ökonomisierung oder am Menschen orientierte Pflege? Warum wir einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik brauchen Markus Mai und Torsten Wegmann.....	28
Autoren.....	8
Impressum.....	32

Zahnärztliche Versorgung am Scheideweg

Arztgruppengleiche MVZ in der Hand von Großinvestoren und Private Equity-Fonds

Von Dr. Wolfgang Eßer

Der Dentalmarkt in Deutschland befindet sich in einem gravierenden Umbruch. Arztgruppengleiche Medizinische Versorgungszentren – auch reine Zahnarzt-MVZ genannt – haben sich dabei zur größten Bedrohung für die (derzeit noch) qualitativ hochwertige und flächendeckende zahnärztliche Versorgung entwickelt. Während solche Einrichtungen eine regelrechte Sogwirkung in Ballungsgebiete verursachen, verschärfen sie zugleich die Problematik der Nachfolge in Praxen auf dem Land in einem – bis vor wenigen Jahren – nicht gekannten Ausmaß.

Verantwortlich für diese Fehlentwicklung sind besonders solche Zahnarzt-MVZ, die sich in der Hand fachfremder Groß- und Finanzinvestoren befinden. In einer Art „Goldgräberstimmung“ strömen diese Spekulanten momentan massenhaft in die Versorgung, getrieben von der Aussicht auf hohe Renditen. Nachdem sich Großinvestoren und Private Equity-Fonds bereits im großen Stil in die Pflege, in Kliniken und in die ambulante humanmedizinische Versorgung eingekauft haben, ist seit der Möglichkeit zur Gründung arztgruppengleicher MVZ mit entsprechender Kettenbildung zunehmend auch die zahnmedizinische Versorgung in das Visier von Anlagestrategien geraten. Die Vergewerblichung von Versorgung durch Geschäftemacher und Finanzjongleure macht also auch vor der Zahnmedizin nicht halt. Solche, in Hochglanzprospekten beworbenen Investmentmodelle haben mit der Sicherstellung von Versorgung nichts zu tun! Sie dienen dazu, das Kapital der Geldgeber zu vermehren und in kürzester Zeit maximale Profite abzuschöpfen!

Eine qualitativ hochwertige, flächendeckende und wohnortnahe Versorgung, die die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) der Länder seit mehr als 60 Jahren sicherstellt und um die wir im Ausland beneidet werden, ist Investoren völlig gleichgültig. Leidtragende dieser „Heuschrecken“-Plage sind letztlich die Patienten. Ihre Versorgung wird den un-

gezügelt Kräfte des Kapitalmarktes untergeordnet. Wir beobachten diese fatale Entwicklung – die in Deutschland erst am Anfang steht – mit wachsender Sorge und appellieren an den Gesetzgeber, schnell und entschlossen gegenzusteuern. Denn für die Sicherstellung der Versorgung der Menschen werden Zahnarzt-MVZ nicht benötigt.

Die Bedrohung der patientenorientierten Versorgung durch solche rein auf Rendite getrimmten Konstrukte wird durch den Entwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) nicht wirksam gebannt. Wenn die Regierung ihr selbstgestecktes Ziel weiterverfolgt, bundesweit gleichwertige Lebensbedingungen zu schaffen, dann darf sie vor dem Ausverkauf der Zahnmedizin nicht die Augen verschließen. Andernfalls drohen dauerhaft schädliche Veränderungen in der Versorgung, deren Anfänge schon heute unumkehrbar sind. Die rasant fortschreitende Übernahme der Versorgung durch Großinvestoren und Private Equity-Fonds sofort zu stoppen, ist also ein Gebot der Vernunft.

Wie kam es zur Flut von Zahnarzt-MVZ?

Im Jahr 2015 hat der Gesetzgeber im Zuge des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) die Gründung arztgruppengleicher MVZ erlaubt – eine folgenschwere Entscheidung und tiefgreifende Zäsur, wie sich herausstellen sollte. Ziel der Regelung war es, mit Hilfe der MVZ Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Gebieten zu verbessern. Im zahnärztlichen Sektor wurde jedoch eine gänzlich gegenteilige Entwicklung eingeleitet, die bis heute anhält: Es entstanden zwar deutlich mehr Zahnarzt-MVZ, allerdings haben sich diese regional stark konzentriert und ungleich verteilt. Vor der Regelung durch das VSG gab es 28 fachübergreifende MVZ. Seitdem hat eine Flut von MVZ-Gründungen bewährte und verlässliche Versorgungsstrukturen regelrecht umgepflügt. Bis dato gibt es mehr als 600 arztgruppengleiche MVZ – eine Dynamik, die ungebrochen ist.

Auswirkungen von Zahnarzt-MVZ auf Versorgung

Diese Entwicklung hat unmittelbare negative Folgen: Reine Zahnarzt-MVZ haben sich vor allem in Großstädten, in Ballungsräumen sowie in einkommensstarken ländlichen Gebieten etabliert. Zur Sicherstellung der Versorgung sind sie nicht erforderlich, dazu reichen tradierte Praxisformen völlig aus. Die Sogwirkung reiner Zahnarzt-MVZ in Ballungsgebieten auf potenziell niederlassungs- und anstellungswillige junge Zahnärztinnen und Zahnärzte lässt in Kombination mit dem demografischen Wandel des Berufsstandes allerdings mittelfristig Engpässe im ländlichen Raum und strukturschwachen Gebieten entstehen. Die ursprüngliche Absicht des Gesetzgebers, Versorgung zu verbessern wird also klar verfehlt. Dies gilt für die neuen Länder, aber auch für viele strukturschwache Regionen im Westen. Besonders betroffen sind Flächenstaaten. Und anders als die ärztliche kann die zahnärztliche Versorgung auch nicht durch Krankenhäuser aufgefangen werden. Auf Ebene der Planungsbereiche haben wir aktuell noch keine Versorgungsprobleme, in wenigen begrenzten Fällen in Flächenländern lässt sich aber durchaus bereits heute von lokalen Versorgungsempässen sprechen. Diese Entwicklung wird sich verstärken.

Auch unterliegt der Kauf und Verkauf von Praxen einem tiefgreifenden Wandel: Die Nachfrage nach Praxisübernahmen ist spürbar rückläufig, mittlerweile hat sich ein Angebotsüberhang entwickelt. Schon heute sind Praxen in ländlichen und strukturschwachen Gegenden kaum noch veräußerbar, wenn nicht schon früh eine junge Kollegin oder ein junger Kollege als Nachfolger in die Praxis integriert werden kann. Findet sich kein Nachfolger, entfällt Versorgung in der Regel sofort und unwiderruflich. Das ist Realität auf dem Land und auch auf größeren Ebenen ein wahrscheinliches Szenario, zumal in den nächsten zehn Jahren zahlenmäßig starke Zahnarztjahrgänge in den Ruhestand gehen.

Zahnärztlicher Nachwuchs – Berufsbild im Wandel

Hinzu kommt, dass die Zahl angestellter Zahnärzte weiter steigt und die Zahl der Vertragszahnärzte sinkt: Fast jeder fünfte Zahnarzt arbeitet mittlerweile in einem Angestelltenverhältnis. Die so genannte „Generation Y“ legt zum Karrierestart Wert auf eine möglichst positive „Work-Life-Balance“. Gerade junge Zahnärztinnen haben vor dem Hintergrund der

Vereinbarkeit von Familie und Beruf andere Vorstellungen von Arbeitszeiten. Die dazu passenden Bedingungen werden eher in einem Angestelltenverhältnis gesehen. Dass sich auch Strukturen vor diesem Hintergrund ändern müssen, ist völlig klar. Schon früher gab es Gemeinschaftspraxen, in denen sich mehrere Zahnärzte zusammengeschlossen haben. Es geht also ausdrücklich nicht um die Frage, ob nicht auch größere Einheiten für die Versorgung sinnvoll sind. Entscheidend ist aber, dass immer die qualitativ hochwertige Betreuung der Patienten im Vordergrund steht und nicht die Renditeziele von Private Equity-Fonds im Ausland!

Jungen Zahnärzten muss ein berufliches Umfeld nach ihren Vorstellungen – abseits von Großversorgerstrukturen – ermöglicht werden. Nur so lässt sich die flächendeckende und wohnortnahe Versorgung auf dem Land langfristig sichern.

Zahnarzt-MVZ und die Investoren-Problematik

Die mit den arztgruppengleichen MVZ etablierten Praxisketten waren der Startschuss für das Engagement internationaler Investoren im deutschen Dentalmarkt. Denn erst mit den Ketten konnte etablierte Marktpräsenz direkt eingekauft werden. Investoren forcieren die Kettenbildung bei MVZ absichtlich. Insgesamt lassen sich sieben Gesellschaften im heimischen Markt identifizieren, davon fünf mit weltweitem Operationsradius. Die Player kommen aus Schweden, Bahrain, der Schweiz, Jersey, den USA aber auch aus Deutschland und haben keinen medizinisch-fachlichen Bezug zur Versorgung. Die Investitionssumme, die diese Gesellschaften verwalten, liegt bei gewaltigen 85,8 Milliarden Euro! Der Ausverkauf eines weiteren Teils der Heilberufe wird also in nicht gekannter Größenordnung vorangetrieben. Unternehmensberatungen bezeichnen den deutschen Gesundheitsmarkt und speziell die zahnmedizinische Versorgung nicht umsonst als wahre „Goldgrube“. Wir stehen demnach wohl erst am Anfang einer groß angelegten Investitionswelle.

Ziel der Fremdinvestoren ist es, im Umfeld eines ungünstigen Kapitalmarktes hohe und vergleichbar risikoreiche Gewinne zu erzielen. Ein Hedgefonds aus Bahrain hat in Deutschland ganz offenkundig keine Versorgungsziele. Die Daten einer unlängst von der KZBV vorgelegten Analyse zu Fremdkapitalgebern belegen zweifelsfrei, dass besonders Private Equity-

Gesellschaften massiv in den zahnärztlichen Markt investieren, indem sie marode Krankenhäuser aufkaufen, die keinerlei Fachbezug zur Zahnmedizin vorweisen können. Diese Kliniken gründen dann MVZ – oder gleich eine ganze Kette. Der Umweg über den stationären Sektor führt also in die ambulante zahnärztliche Versorgung – „buy-and-build“-Strategie nennt sich das im Finanzjargon.

Der Erwerb von Praxen auf dem Land oder in strukturschwachen Gegenden ist für Kapitalgeber natürlich nicht von Interesse. Nach einer gewissen Haltezeit wird das Investment dann an den nächsten Investor abgestoßen und der Ertrag realisiert. Die Zerstörung von Versorgungsstrukturen wird dabei billiger in Kauf genommen.

Regional wird zudem die Wahlfreiheit für Patienten massiv eingeschränkt oder komplett gekappt. Auch der Zugang zu einer unabhängigen Zweitmeinung wird erschwert. Für junge Zahnärzte wird es in solchen Regionen zunehmend schwieriger, wenn nicht unmöglich, sich gegen die erdrückende Konkurrenz von Konzernen in eigener Praxis niederzulassen. Denn die Übernahme attraktiver Standorte wird durch Investoren erschwert. Gerade Berufsanfänger können mit den kapitalstarken Gesellschaften finanziell meistens nicht mithalten. Diese „Rosinenpickerei“ bei den Filetstücken der Versorgung muss ein Ende haben!

Die Versorgung verändert sich gerade umfassend und nachhaltig – zu Lasten der Qualität, zu Lasten einer wohnortnahen und flächendeckenden und freiberuflichen Versorgung und nicht zuletzt zu Lasten der Patienten.

Lösungsansätze und Fazit

Auch wenn wir nach wie vor den Ansatz, MVZ für den zahnärztlichen Versorgungsbereich „fachgruppenübergreifend“ auszugestalten, für zielführend halten, so knüpfen wir mit unserem konkreten Regelungsvorschlag in unserer Stellungnahme an bereits im TSVG vorgesehene Regelungen an: Konkret schlagen wir vor, die Gründungsberechtigung von Krankenhäusern für MVZ auf räumlich-regionale sowie medizinisch-fachliche Bezüge zu beschränken. Wir begrüßen, dass der fehlende medizinisch-fachliche Bezug im Entwurf des TSVG bereits aufgegriffen und eine

fachbezogene Einschränkung der Gründungs-berechtigung von nichtärztlichen Dialyseeinrichtungen vorgesehen wurde. Dies ist jedoch bei weitem nicht ausreichend. Im vertragszahnärztlichen Bereich gibt es kein einziges Zahnarzt-MVZ, das von einem Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen gegründet wurde. Vielmehr müssen auch für die Gründungs-berechtigung von Krankenhäusern räumlich-regionale sowie medizinisch-fachliche Bezüge implementiert werden.

Die Gründung von reinen Zahnarzt-MVZ durch Kliniken sollte nur möglich sein, wenn das MVZ seinen Sitz im selben zahnärztlichen Planungsbereich hat wie das Krankenhaus. Eine Gründungsberechtigung von Krankenhäusern sollte zudem nur noch in unterversorgten Gebieten gegeben sein. Darüber hinaus sollte ein medizinisch-fachlicher Bezug des Gründers zur vertragszahnärztlichen Versorgung verpflichtend für die Gründung rein zahnärztlicher MVZ durch Krankenhäuser vorgesehen werden. Auch wäre mehr Transparenz über Marktentwicklungen und vertragliche Verflechtungen bei reinen Zahnarzt-MVZ sehr wünschenswert.

Um einem anhaltenden Ausverkauf zahnmedizinischer Versorgung und drohenden Versorgungsengpässen in strukturschwachen, ländlichen Gebieten entgegenzuwirken, die vor allem durch fremdinvestorengesteuerte MVZ befeuert werden, muss der Gesetzgeber dringend der Konzern- und Kettenbildung entgegenwirken. Zugleich gilt es, Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass eine qualitativ hochwertige, flächendeckende und wohnortnahe Versorgung auch künftig sichergestellt werden kann.



Foto: KZBV/Baumann
Dr. Wolfgang Eßer

Altenpflege, Krankenpflege, ...

Das Thema „Pflege“ dominiert die Gesundheitspolitik der neuen Legislaturperiode

Von Dr. Wulf-Dietrich Leber

Pflege in den Altenheimen, Pflege in den Krankenhäusern, Pflegeversicherung, ... „Pflege“ ist das dominierende Thema am Anfang der 19. Legislaturperiode. In erster Linie geht es um die unbefriedigende Situation in der stationären Altenpflege. 13.000 neue Stellen ist dementsprechend die fulminante Ankündigung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG), das sich derzeit in den parlamentarischen Beratungen befindet. Die überragende Bedeutung des Themas „Pflege“ hat Tradition, war doch die letzte Wahlperiode bereits als Legislatur der Pflege eingeläutet worden. Die Pflegestärkungsgesetze (PSG I – III) waren in der Tat tiefgreifender als die Gesetze im Bereich der klassischen Krankenversicherung. Aber auch im Krankenhaus ist Pflege ein Dauerbrenner, beginnend mit den Personalbemessungssystemen (PPR und Psych-PV) gegen den Pflegenotstand Anfang der 90er-Jahre des letzten Jahrhunderts, über die zwei Pflegegipfel unter Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, bis hin zur Expertenkommission Pflege in der letzten Legislatur. Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz regelt nicht nur den Stellenaufbau in der Altenpflege, es bedeutet auch einen tiefen Einschnitt in die Krankenhausvergütung.

DRG-Pflege-Split

In den Koalitionsverhandlungen war überraschend beschlossen worden, die Kosten für Pflegekräfte aus den DRG-Fallpauschalen herauszuberechnen und als sogenanntes „Pflegebudget“ nach dem Selbstkostendeckungsprinzip gesondert zu finanzieren. Ein fataler Beschluss. Erstens ist Selbstkostendeckung – also eine Art Freibierregelung – immer ein vergütungstechnischer Fehler. Zweitens ist das Herausbrechen der Pflegekosten aus der DRG-Kalkulation ein hoch komplexer Vorgang, der in der Kürze der vorgegebenen Zeit zu zahlreichen Unstimmigkeiten und vor allem zur Doppelfinanzierung führen wird: Wegen der uneinheitlichen Abgrenzung der Pflege wird vieles sowohl im Rahmen der DRGs als auch im Rahmen des Pflegebudgets finanziert werden. Die

ganze Regelung ist typisch für die sieben grundlohnfetten Jahre und wird – so die warnende Josephsgeschichte – mit Beginn der grundlohnmageneren Jahre sofort wieder einkassiert werden werden.

Akzeptiert man einmal den Koalitionsbeschluss zur Selbstkostendeckung von Pflegepersonalkosten, so ist gleichwohl die jetzt vorgesehene gesetzliche Umsetzung in mehrfacher Hinsicht korrekturbedürftig:

1. Man benötigt Regeln, damit die mühsamen Entwicklungen der Vergangenheit, die Pflegekräfte zu entlasten, nicht wieder rückgängig gemacht und Pflegekräfte wieder zur Raumpflege eingesetzt werden.
2. Wenn nichts geschieht, dann werden die Krankenhäuser mit ihrem höheren Lohnniveau die Altenpflege, die Reha und auch die ambulante Pflege leerkaufen.
3. Die Selbstkostendeckung sollte auf die „Pflege am Bett“ beschränkt sein und keinesfalls die Funktionspflege im OP umfassen.
4. Die Regelung, der zufolge im Rahmen des Pflegebudgets bis zu drei Prozent pflegeentlastende Maßnahmen finanziert werden, ist nichts anderes als eine Doppelfinanzierung dieser bereits im DRG-System finanzierten Maßnahmen in einer Größenordnung von 500 Mio. Euro. Sie sollte ersatzlos entfallen.
5. Die gesamte Regelung bedarf einer oberen „Effizienzgrenze“, damit nicht ohne jede Begrenzung auf die Personalkonten gebucht werden kann.

Letztlich besteht die Gefahr, dass man die Verbesserungen, die man durch neue Stellen in der Altenpflege erreichen will, durch die Selbstkostenregelung im Krankenhausbereich konterkariert. Die Altenpflege könnte am Ende schlechter dastehen als vorher.

Viele stellen derzeit die Frage, ob das Herausbrechen der Pflegekosten aus den DRGs über kurz oder lang das Ende der DRGs bedeutet. Als Antwort

drängt sich ein Vergleich mit dem Brexit auf, der – so unsere Hoffnung – nicht das Ende der europäischen Gemeinschaft bedeutet. Die europäische Idee bleibt richtig, auch wenn die Stimmung in manchen Ländern derzeit zu gegenteiligen Beschlüssen geführt hat. Auch die Idee einer leistungsorientierten Vergütung bleibt richtig. Sie ist allemal besser als eine Vergütung, die statt Leistung und Qualität jene am besten stellt, die die meisten Kosten produzieren. Dort, wo es zu Fehlentwicklungen kommt, muss man nachregulieren, z. B. durch verbindliche Personalvorgaben.

Pflegepersonaluntergrenzen

Zweifelsohne besteht in der Krankenhauspflege Handlungsbedarf. Damit nicht weiter auf Kosten des Pflegepersonals gespart wird, hat die Koalition bereits im Sommer 2017 beschlossen, Pflegepersonaluntergrenzen einzuführen. GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) bekamen den Auftrag, mit Wirkung zum 01.01.2019 für pflegesensitive Bereiche Untergrenzen für das Verhältnis von Patienten zu Pflegepersonal festzulegen. Dies war mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden, weil Krankenhauspflege in Deutschland eine empirische Wüste war, in der es weder Studien gab zum Zusammenhang von Personalausstattung und Pflegequalität noch überhaupt belastbare Daten zur Pflegeausstattung. In einem ziemlichem Kraftakt musste zunächst eine Datenbasis geschaffen werden, was durch die freiwillige Teilnahme von rund 140 Häusern an einer empirischen Erhebung durch die beauftragte Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG erstmals gelang. Nur so konnten schichtbezogene Personal-Patienten-Quoten für die Intensivmedizin, die Geriatrie, die Kardiologie und die Unfallchirurgie festgelegt werden.

Die Einzelheiten waren zwischen den Verhandlungspartnern hochgradig konfliktär. So ist beispielsweise klar, dass die Patienten nur dann vor Pflegefehlern geschützt werden können, wenn die Untergrenzen in jeder Schicht eingehalten werden. Aber die DKG wollte lediglich eine Orientierung an Monatsdurchschnitten. Am Ende eines BMG-moderierten Prozesses sind nun die Monatsdurchschnitte abschlagsrelevant, die Zahl der „gerissenen Schichten“ wird jedoch mitgeteilt.

Letztlich ist die Vereinbarung an den Mehrheitsverhältnissen im DKG-Vorstand gescheitert, so dass der Weg der Ersatzvornahme beschritten werden musste. Am 10.10.2018 ist im Bundesgesetzblatt die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) veröffentlicht worden. Aber sie ist nur der Anfang eines mehrjährigen Prozesses, der in seiner Komplexität durchaus dem Aufbau der externen Qualitätssicherung vergleichbar ist. In Änderungsanträgen zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz finden sich nun zahlreiche ergänzende Details zur weiteren Umsetzung (inklusive des wichtigen Stationsbezuges statt des bisherigen Abteilungsbezuges). Und es findet sich die im Koalitionsvertrag vorgezeichnete Erweiterung auf weitere Bereiche des Krankenhauses.

Im Rahmen der durchaus heftigen Diskussionen über Pflegepersonaluntergrenzen wurde von Krankenhausesseite mehrfach die angeblich unzumutbare bürokratische Mehrbelastung ins Feld geführt – möglicherweise eine Art Eigentor. Schließlich geht man ja als Patient davon aus, dass die Krankenhäuser das Verhältnis von Patientenzahl und notwendigem Pflegepersonal stations- und schichtgenau im Griff haben. Erschreckenderweise stellte sich heraus, dass nicht in allen Krankenhäusern die Belegungs- und Dienstpläne zusammengeführt werden. Es gibt im Krankenhauscontrolling ein unübersehbares Digitalisierungsdefizit. In halbwegs gut geführten Krankenhäusern muss das Pflegepersonal aufgrund der neuen Nachweispflichten keinen einzigen Strich machen, lediglich die Krankenhauscontroller müssen ihren Job machen.

Versagen der Selbstverwaltung oder der Politik?

Am Ende erfolgte die erstmalige Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen durch das BMG – ganz so wie übrigens auch der erste DRG-Katalog und der erste Psych-Entgeltkatalog PEPP nach Widerstand in DKG-Kreisen per Ersatzvornahme in Kraft gesetzt werden mussten. Der Gesundheitsminister gefällt sich derzeit in der Rolle des Machers, nachdem angeblich die Selbstverwaltung versagt habe. Ob das Beispiel Personaluntergrenzen wirklich geeignet ist, dieses Deutungsmuster zu festigen, kann getrost bezweifelt werden. So eine richtige Herkulesaufgabe ist es ja nicht, eine fertig verhandelte Vereinbarung in Kraft zu setzen, die lediglich auf den letzten Metern an den Mehrheitsverhältnissen im DKG-Vorstand gescheitert war.

Man kann beim Thema „Pflege“ nicht umhin, auch über Politikversagen zu reden. Schließlich ist eine der wesentlichen Ursachen für den Abbau der Pflege der Mangel an Investitionsfinanzierung durch die Länder. In den vergangenen Jahren haben die Krankenhäuser per annum rund 2,4 Mrd. Euro für Investitionen über Eigenmittel oder Kredite finanziert. Das entspricht rund 44.000 Pflegekräften. Der Mangel an Pflegekräften wiederum hat etwas mit der überhaupt nicht mehr funktionierenden Krankenhausplanung zu tun. Insbesondere in den Ballungszentren gibt es zu viele Standorte und zu viele Betten. Das bindet Pflegekräfte, die an anderer Stelle fehlen.

Handlungsbedarf beim Thema „Pflege“ besteht aber noch an einem ganz anderen Punkt. Wie dem Anfang Oktober 2018 vom Kabinett beschlossenen Gesetzentwurf zur Anhebung des Beitrags zur sozialen Pflegeversicherung zu entnehmen ist, erfordert die finanzielle Konsolidierung der Pflegeversicherung eine Anhebung des Beitragssatzes um satte 0,5 Prozentpunkte – und das, obwohl die zusätzlichen Stellen in der Altenpflege aus Mitteln der GKV finanziert werden. Das wäre der Zeitpunkt, um darüber nachzudenken, ob nicht auch Besserverdienende, Beamte und

Selbstständige in die solidarische Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung einbezogen werden sollten. Da in der Pflegeversicherung komplizierende Fragen, wie die private Krankenbehandlung, fehlen, wäre eine allgemeine Pflegeversicherungspflicht der richtige Ansatzpunkt, um die Beitragssätze zu stabilisieren und einer weiteren Spaltung der Gesellschaft entgegenzuwirken.



Foto: Tom Maelsa
Dr. Wulf-Dietrich Leber

Anmerkung: Der Artikel spiegelt die persönliche Meinung des Autors wider.

© gpk

Gesundheitspolitischer Info-Dienst Schütze-Brief

Im Bereich des Gesundheitswesens werden in Deutschland rund 360 Milliarden Euro ausgegeben – mit steigender Tendenz. Wer sich in diesem wichtigen Wirtschaftsbereich, der von unterschiedlichen Interessen geprägt ist, erfolgreich behaupten will, benötigt zuverlässige Informationen – Informationen, die er zur Grundlage seiner Entscheidungen machen kann. Der Gesundheitspolitische Info-Dienst – Schütze-Brief informiert sachlich und kompetent. Der Schütze Brief verfügt über gute Kontakte in allen Bereichen des Gesundheitswesens und zur Gesundheitspolitik. Seine Stärke ist es, Entwicklungen vorauszusehen und die Fakten richtig einzuordnen. Durch sein zweimaliges Erscheinen pro Woche ist er stets aktuell.

Probeexemplare und weitere Informationen erhalten Sie von der Leo Schütze GmbH: Mobil: 01 70/2 37 93 36 Tel. 0 30/26 55 13 50 E-Mail: schuetze-eifel@t-online.de



Selbstmedikation in der Gesundheitsversorgung

Welche Chancen bieten Switches?

Von Dr. Elmar Kroth

Die Selbstmedikation gewinnt aus Versorgungsperspektive immer mehr an Bedeutung. Switches – also die Entlassung von Wirkstoffen aus der Verschreibungs- in die Apothekenpflicht – spielen hierbei eine wichtige Rolle. Deutschland wird sich in den kommenden Jahren verändern. Der demografische Wandel steht im Mittelpunkt der Entwicklungen und wird die Arbeits- und Lebenswelten der Menschen prägen. Das Gesundheitssystem soll dem medizinischen Fortschritt Rechnung tragen und weiterhin leistungsstark, bezahlbar und menschlich bleiben. In diesem Zusammenhang bietet gerade die apothekergestützte Selbstmedikation mit rezeptfreien Arzneimitteln gesunde Perspektiven für den Einzelnen und die Gesellschaft. Sie bildet bereits heute einen zentralen Baustein für eine patientenorientierte, flächendeckende und finanzierbare Gesundheitsversorgung. Switches selbst bringen neue Wirkstoffe – also Innovationen – in die Selbstmedikation und tragen so zu einer Therapieverbesserung der Patienten mit rezeptfreien Arzneimitteln bei.

Vorteile für Patient, Apotheker und Arzt

Für Patienten ist die Selbstmedikation mit rezeptfreien Arzneimitteln ein Vorteil. Für sie ist es deutlich komfortabler, Arzneimittel einfach in der Apotheke zu erwerben und sich dort beraten zu lassen. Die zeitintensive Konsultation eines Arztes entfällt. Dieser niedrigschwellige Zugang zu bewährten Arzneimitteln erleichtert es, die Behandlungen schneller zu starten – entsprechend gesunden Patienten früher und Ansteckungsrisiken sinken. Switches stärken zudem die Rolle des Apothekers als neutrale, niedrigschwellig erreichbare Beratungsinstanz für Patienten. Sie sichern so das System der wohnortnahen

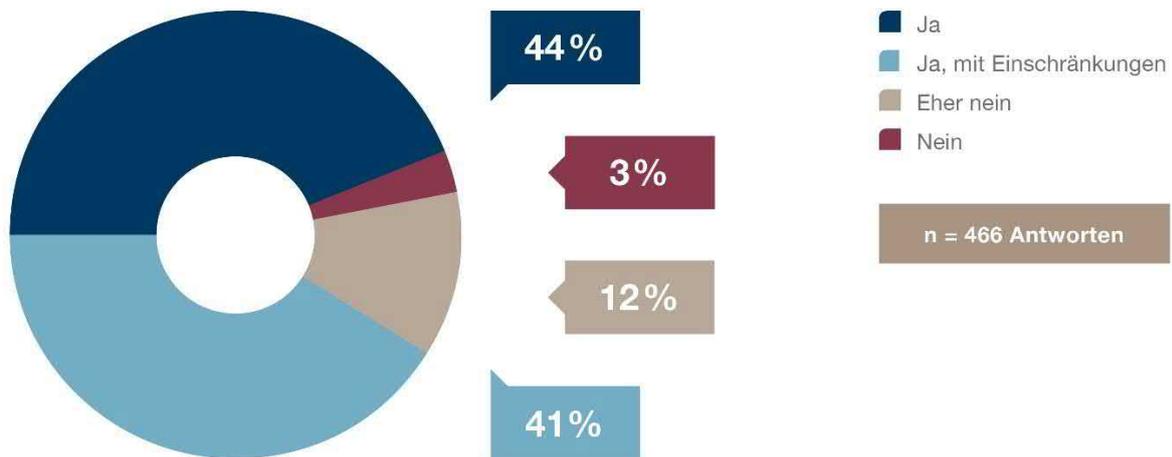
Apotheke und der Apothekenpflicht ab. Weiterhin werden Ärzte entlastet, die sich um immer mehr Patienten kümmern müssen. Der Mangel an Allgemeinmedizinern spitzt sich insbesondere in ländlichen Regionen zu. Vor diesem Hintergrund ist es gesundheitspolitisch geboten, dass Patienten sich bei weniger schwerwiegenden Gesundheitsproblemen in Apotheken heilberuflich beraten lassen und so eine Selbstmedikation starten, anstatt Arztpraxen aufzusuchen. Ein breites Angebot geswitchter Arzneimittel ist dafür zentral. Und schließlich spart das Gesundheitssystem wertvolle Ressourcen. Werden Arzneimittel aus der Verschreibungspflicht entlassen, müssen sie von den Krankenkassen nicht weiter erstattet werden. Zudem entfallen die Behandlungs- und Beratungszeiten in den Arztpraxen.

Repräsentative Umfragen: Der Apotheker

Die Vorteile von Switches liegen auf der Hand. Aber wie denken eigentlich Apotheker, Ärzte und Verbraucher hierüber? Umfragen oder Erhebungen gab es bisher hierzu nicht. Der BAH hat dies nun in Angriff genommen und drei umfangreiche Studien initiiert. Weltweit gibt es keinen vergleichbaren Datensatz.

Besondere Bedeutung nimmt hier die Befragung der Apotheker ein. Denn die Meinung derer, die tagtäglich millionenfach im direkten Patientengespräch stehen und die Bedürfnisse der Patienten kennen, ist entscheidend für die Abschätzung des Bedarfes und die Akzeptanz von neuen apothekenpflichtigen Produkten. Die Befragung der Apothekenmitarbeiter zeigte eine große Zustimmung: 85 % der Teilnehmer sprachen sich für mehr Selbstmedikation aus.

Befürworten Sie weitere Switches?



In der Vergangenheit sind schon einige Rx-to-OTC Switches durchgeführt worden. Befürworten Sie grundsätzlich weitere Switches?

Quelle: Eine Umfrage der Deutschen Apotheker Zeitung in Kooperation mit der Hochschule Kaiserslautern und dem Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V. (BAH) Befragungszeitraum: September/Oktober 2017 | 940 Befragte, darunter 752 Apotheker und 145 PTA

Diese breite Akzeptanz war im Vorfeld nicht zu erwarten, da Switches für die Apotheker auch immer ein Stück wirtschaftliches Risiko darstellen. Denn bei rezeptfreien Arzneimitteln ist die Preisbildung frei und die Durchschnittspreise rezeptfreier Arzneimittel liegen unter denen für verschreibungspflichtige Arzneimittel.

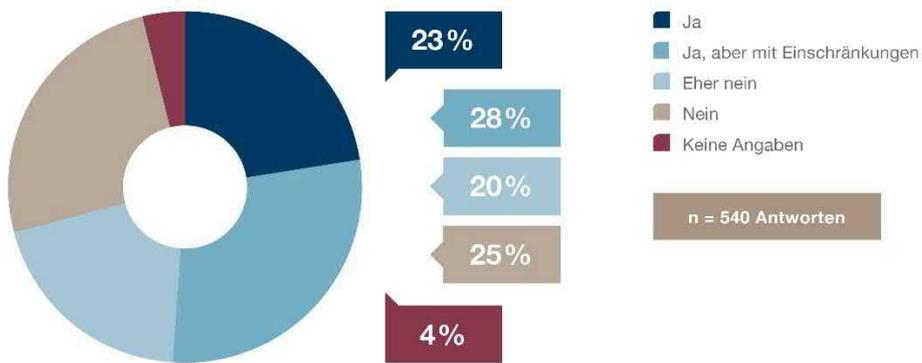
Im Rahmen der Studie bei Apothekern wurde auch gefragt, welche Indikationen und Wirkstoffe in Zukunft aus der Verschreibungspflicht entlassen werden sollten. Switches erhielten insbesondere für die Behandlung allergischer Erkrankungen, Akne, Migräne und Augeninfektionen hohe Zustimmungswerte. Wesentlich dafür dürften die Alltagserfahrungen der Apotheker sein. Gerade Patienten dieser Indikationsbereiche benötigen rasche und kompetente Hilfe. Zudem kennen sie sich oftmals bereits seit Jahren mit

„ihrer Erkrankung“ aus. Auffällig ist, dass es sich meist um Indikationen handelt, zu deren Behandlung bereits apothekenpflichtige Produkte auf dem Markt sind. Die Apotheker bewegen sich hier also auf bekanntem und sicherem Terrain, da sie in der Beratung bereits erfahren sind.

Und was meinen die Ärzte?

In ähnlicher Weise wurden auch Deutschlands Ärzte zum Thema Switch befragt, mit zum Teil überraschenden Ergebnissen. In diesem Umfang nicht erwartet war die zum Teil hohe Zustimmung der Ärzte für weitere Switches von der Verschreibungs- in die Apothekenpflicht. 51 % der Befragten stimmten für weitere Switches und zeigten sich überzeugt, dass die Apotheken die erforderliche Beratung leisten können.

Befürworten Sie weitere Switches?



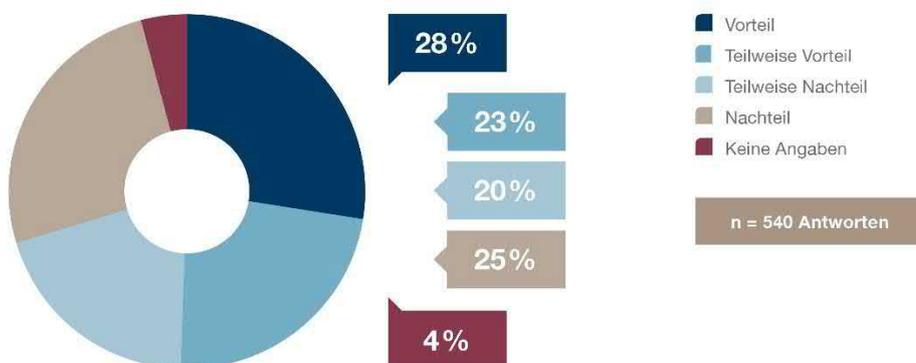
In der Vergangenheit sind zahlreiche Wirkstoffe aus der Verschreibungspflicht (Rx-to-OTC-Switches) entlassen worden. Befürworten Sie weitere Switches?

Quelle: Eine Befragung der Ärzte Zeitung in Kooperation mit der Hochschule Kaiserslautern und dem Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V. (BAH) Befragungszeitraum: Dezember 2017/Januar 2018

Mehr Switches würden nach Meinung der Befragten zudem wenig am Verhältnis des Patienten zum Arzt ändern. Jeder vierte Arzt erwartet, dass zusätzliche Switches keine Auswirkung auf das besondere Verhältnis haben. Jeder dritte erkennt sogar eine Auf-

wertung der Ärzte bei schwerwiegenden Gesundheitsproblemen. Und: Gut die Hälfte der Ärzte sieht einen Vorteil für die Versorgungslage der Patienten durch eine Ausweitung der apothekengestützten Selbstmedikation.

Ausweitung der apothekengestützten Selbstmedikation für die Versorgungslage der Patienten eher Vorteil oder Nachteil?



Sehen Sie in einer Ausweitung der apothekengestützten Selbstmedikation für die Versorgungslage der Patienten eher einen Vorteil oder Nachteil?

Quelle: Eine Befragung der Ärzte Zeitung in Kooperation mit der Hochschule Kaiserslautern und dem Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V. (BAH) Befragungszeitraum: Dezember 2017/Januar 2018

Ärzte und Apotheker teilen in weiten Bereichen die gleiche Einschätzung dazu, welche Indikationen und Wirkstoffe für weitere Switches in Frage kommen. So belegen bei beiden Heilberufen Wirkstoffe gegen Heuschnupfen und Akne die Plätze eins und zwei.

Verbraucher: Wunsch nach rezeptfreien Arzneimitteln

Neben den Apothekern und Ärzten hat der BAH auch in einer repräsentativen Befragung die Position der Verbraucher abgefragt. Zentrales Ergebnis: Mehr als jeder Zweite sieht die Entlassung von Arzneimitteln aus der Verschreibungspflicht grundsätzlich positiv. Besonders aufschlussreich sind dabei die Begründungen. So verweisen die Befragten insbesondere auf die Beratungskompetenz der Apotheker, die höhere Mitsprachemöglichkeit bei der Arzneimittelwahl und den sinkenden Zeitaufwand für die etwaige Behandlung.

Ähnlich zu den Befragungen von Apothekern und Ärzten wurde ermittelt, für welche Indikationen die Verbraucher sich Switches wünschen. Interessanterweise wünschten sich Migräne- und Heuschnupfenpatienten, die auch bei den Apothekern und Ärzten zu den Top-3-Switch-Indikationen zählen, überproportional häufig weitere rezeptfreie Angebote. Gerade der Wunsch nach weiteren Arzneimitteln gegen Migräne unterstreicht das drängende Bedürfnis nach einer höheren Vielfalt im Selbstmedikationsmarkt.

Warum gibt es nicht mehr Switches in Deutschland?

Als Fazit der repräsentativen Umfragen lässt sich feststellen, dass alle Beteiligten Vorteile und Nutzen in weiteren Switches sehen und auch weitgehend Konsens zu besonders gut geeigneten Wirkstoffen besteht. Nun aber stellt sich die Frage, warum zuletzt so wenige Switch-Anträge in Deutschland gestellt wurden, dass sogar erstmals seit Jahrzehnten eine Sitzung des zuständigen Fachausschusses mangels Anträgen ausfallen musste?

Arzneimittel-Hersteller sind Wirtschaftsunternehmen, die sich sehr genau überlegen müssen, ob und, wenn ja, in welchem Land sie Switches beantragen. Der Aufwand ist erheblich: Für einen erfolversprechenden Switch ist eine Fülle von Informationen zusammenzutragen und durch Experten zu bewerten. In

manchen Fällen sind zusätzliche zeit- und kostenaufwändige Studien notwendig.

Dialog verbessern

Nachdem ein Switch-Antrag gestellt wurde, läuft der Prozess ohne Beteiligung der Unternehmen ab. Es folgt die Bewertung des Switches durch die zuständige Bundesbehörde und den Sachverständigenausschuss für Verschreibungspflicht. Derzeit erhalten die antragstellenden Unternehmen weder die Beurteilung der zuständigen Behörde noch werden sie in die Beratungen des Sachverständigenausschusses einbezogen. Eine solche Vorgehensweise erscheint nicht mehr zeitgemäß. Umso wichtiger sind die sogenannten Scientific Advice-Gespräche, in denen die Unternehmen mit der zuständigen Behörde im Vorfeld einer Antragstellung wesentliche Aspekte diskutieren. Hierdurch können wechselseitig Missverständnisse ausgeräumt und Erwartungen geklärt werden. Es gilt, diese Formen des Expertendialoges zu erweitern.

Anreize schaffen

Das zweite wesentliche Problem ist die fehlende Marktexklusivität. Von Antragstellung bis Umsetzung vergehen im besten Fall neun Monate, häufig dauert es aber deutlich länger. Da die Beratungspunkte des Verschreibungsausschusses veröffentlicht werden, erhalten potenzielle Mitbewerber somit viel Zeit, um ihrerseits eigene Produkte für den rezeptfreien Markt zu entwickeln – ohne auch nur einen Euro in die aufwändige Antragstellung investiert zu haben. Gelingt der Switch, können vom ersten Tag der Umsetzung an auch die Produkte von Wettbewerbern unter den gleichen Bedingungen in den Markt eintreten. Diese fehlende Marktexklusivität lässt eine Switch-Beantragung für viele Unternehmen unattraktiv erscheinen. Theoretisch sehen das europäische und auch das deutsche Arzneimittelrecht zwar die Möglichkeit einer einjährigen Schutzfrist für Unternehmen vor, die ihren Switch mit „signifikanten präklinischen oder klinischen Studien“ belegen. Ein solcher Schutz wurde in Deutschland allerdings erst ein einziges Mal gewährt und lief in diesem Fall aufgrund der noch bestehenden Patentschutzfrist ins Leere. Ohnehin ist nach übereinstimmender Meinung von Experten eine einjährige Schutzfrist deutlich zu kurz, um die Aufwendungen für einen Switch-Antrag zu refinanzieren. An-

dere Länder wie die USA und Japan haben die Bedeutung einer verlängerten Phase der Marktexklusivität als Incentive für Switch-Initiatoren erkannt. Sie gewähren diesen Unternehmen eine dreijährige Schutzfrist auf eingereichte Unterlagen, sofern diese für den Switch-Antrag wichtig waren. Der Gesetzgeber sollte die hiesigen Rahmenbedingungen daran anpassen. Eine andere Alternative wäre, die Entlassung aus der Verschreibungspflicht Arzneimittel- und nicht Wirkstoff-spezifisch durchzuführen. Auch auf diese Weise erhalten die Switch-Initiatoren einen Vorsprung vor ihren Wettbewerbern, da ihre Produkte quasi exklusiv geschwitcht wurden.

Switches nicht stiefmütterlich behandeln

Seit einigen Jahren nimmt die Zahl der Entlassungen von Wirkstoffen aus der Verschreibungs- in die Apothekenpflicht ab. Politik, Behörden und die Gesundheitswirtschaft sollten beim Thema Switches wieder mehr Ehrgeiz zeigen. Switches haben für die Gesundheitsversorgung ein großes Potenzial, da sie die Selbstmedikation stärken und diese immer mehr an Bedeutung gewinnt. Auch die Befragungsergebnisse zeigen, dass Ärzte, Apotheker und Patienten dem

Thema gegenüber aufgeschlossen sind und dass der Bedarf an neuen Switches besteht.



Foto: BAH/Volke
Dr. Elmar Kroth

© gpk

Gesellschaftspolitische Kommentare - gpk

ISSN: 0016-9102

Herausgeber: Gisela Schütze-Broll, Leo Schütze †

Chefredaktion: Gisela Schütze-Broll (verantwortlich), André Haserück

Redaktion: Gabriela Broll, Dr. Franz-Josef Bohle (freier Mitarbeiter)

Leo Schütze GmbH

Verlag Gesellschaftspolitische Kommentare

Bestellungen: schuetze-eifel@t-online.de

Redaktions-Anschriften:

Zentralbüro (Eifel)

Kapellenweg 18, 54614 Dingdorf

Tel.: 01 70/2 37 93 36;

Hauptstadtbüro Berlin

Karl-Heinrich-Ulrichs-Straße 14, 10785 Berlin

Tel.: (0 30) 26 55 13 50, Fax: (0 30) 25 79 45 52

Erscheinungsweise: Mindestens 6 Ausgaben im Jahr.

Zu wichtigen Themen erscheinen Sonderausgaben.

Im Abonnement oder als Einzelausgabe erhältlich.

Die mit Verfassernamen oder Abkürzungen gekennzeichneten Artikel geben nicht in jedem Fall die Auffassung der Redaktion wieder.

Die mit „gpk“ gekennzeichneten Anmerkungen stammen von der Redaktion, nicht vom Verfasser.

Sämtliche Nutzungsrechte der Gesellschaftspolitischen Kommentare – gpk liegen bei der Leo Schütze GmbH. Jegliche Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung, öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglichmachung, ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung der Leo Schütze GmbH unzulässig.

Zitierung nur mit Quellenangabe

Medizintechnologie

Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und dessen Auswirkungen

Von Olaf Winkler

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) und der geplanten Ausgliederung der Pflegepersonalkosten im Krankenhaus steht das DRG-System vor einem erheblichen Umbau. Durch die geplante unbegrenzte Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System werden falsche wirtschaftliche Anreize gesetzt.

Fortschrittliche Medizintechnologien führen zu einer besseren Ergebnisqualität und Versorgung der Patienten. Liegezeiten werden oft verkürzt und Pflegeaufwand minimiert. Pflegekräfte werden durch die Anwendung pflegeunterstützender Technologien entlastet. Dadurch werden Personalressourcen kompensiert, die heute schon nicht zur Verfügung stehen.

Fortschrittliche kostenaufwendige Medizintechnologien, die erhebliche Pflegekosten sparen, werden zukünftig in den DRGs nicht mehr richtig abgebildet. Hier bedarf es entsprechender Regelungen für die sachgerechte Neukalkulation der DRGs nach der Herausnahme der Pflegekosten.

Auswirkungen auf das deutsche DRG-System

Das deutsche DRG-System ist von Anbeginn auf einen 100 %-Ansatz der Ist-Kosten eines stationären Behandlungsfalles, abgesehen von Investitionskosten, ausgelegt. Dies ist als herausragendes Merkmal des G-DRG-Systems anerkannt und essentieller Grundpfeiler für das pauschalierende Vergütungssystem in Deutschland.

Ein Herauslösen der Pflegepersonalkosten stellt einen erheblichen Bruch der Logik des deutschen DRG-System dar. Die Pflegepersonalkosten machen mit 20 % der Gesamtkosten einen wesentlichen Anteil aus. Der Gesetzentwurf beabsichtigt, die Ausgliederung in nur einem Schritt ab 2020 vorzunehmen. Die Folgen dieser Ausgliederung für das „Rest“-DRG-System dürfen hierbei nicht außer Acht gelassen werden.

Am bestehenden DRG-System wird kritisiert, dass es einseitig technische Leistungen begünstigt und pflegeorientierte Leistungen benachteiligt. Die Folge sei eine nicht ausreichende Finanzierung des Pflegepersonals und hieraus resultierend qualitative Einbußen und fehlende Patientenorientierung in der Stationspflege. Hinzu kommt die Überbelastung des verbleibenden Pflegepersonals und die zunehmende fehlende Attraktivität des Pflegeberufs.

Um diesen Fehlanreiz zu heilen, sollen die Pflegekosten aus den DRGs herausgelöst und separat finanziert werden. Der Gesetzgeber will mit der Herausnahme der Pflegekosten erreichen, dass das Pflegepersonal wieder mehr Zeit für den einzelnen Patienten auf Station hat. Unbestritten stellt sich die Situation der Pflege in deutschen Krankenhäusern derzeit als kritisch dar, weshalb das Gesetzesvorhaben generell gesehen ein erster richtiger Schritt ist, die Pflege am Patienten zu stärken.

Andere Berufsgruppen, die ähnliche Personalbesetzungsprobleme haben, könnten ebenfalls eine Herauslösung aus dem DRG-System fordern, was das Ende des deutschen DRG-Systems bedeuten würde. Das Herauslösen der Pflegepersonalkosten kann nur als Not- oder Übergangs-Maßnahme gesehen werden. Eine Rückführung der Pflegepersonalkosten-Vergütung in das pauschalierende DRG-System ist unbedingt erforderlich.

Probleme der Pflegepersonalkostenausgliederung

Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus der pauschalierenden Vergütung eines stationären Behandlungsfalles erscheint nur auf den ersten Blick problemlos. Zwar unterteilt die aktuelle Kostenmatrix Kostenartengruppe 2 (Personalkosten Pflegedienst) und Kostenartengruppe 3 (Personalkosten medizinisch-technischer Dienst / Funktionsdienst). Gleichwohl finden sich auch in Kostenartengruppe 7 (Personal- und Sachkosten medizinische Infrastruktur)

Personalkosten, die der Pflege zugeordnet werden können (z. B. Pflegedienst-Direktorinnen und -Direktoren). Ebenso können Pflegepersonalkosten in Kostenartengruppe 6c (Sachkosten für von Dritten bezogene medizinische Behandlungsleistungen) erscheinen, soweit Leistungen an Dritte vergeben wurden. Analog dem Gesetzentwurf muss eine klare Definition festlegen, welche Berufsgruppen ausgegliedert und damit anderweitig finanziert werden sollen.

Die Definition ausgliedernder Berufsgruppen aus den DRGS wird Abgrenzungen zwischen Berufsgruppen bewirken. Krankenhausindividuelle Unterschiede im Personaleinsatz werden in Zukunft nicht mehr gleichwertig vergütet, z. B. Stationssekretärinnen/Stationssekretäre, Unterstützungskräfte bei Essensausgabe und Tablettenausgabe u.v.a.m. Insofern entstände ein Fehlanreiz, künftig wieder Pflegepersonal dort einzusetzen, wo in den letzten Jahren alternative und sinnvolle Modelle entwickelt wurden.

Pflegepersonalkostenausgliederung und Misch-DRGs

Pflegepersonalkosten sind Fixkosten, die dem einzelnen Behandlungsfall u. a. verweildauerabhängig zugewiesen werden. Die stationäre Verweildauer hat somit einen erheblichen Einfluss auf die Höhe der Kosten. Demgegenüber sind Sachkosten (Implantate, Katheter etc.) überwiegend variable Kosten, die dem Einzelfall zugeordnet werden, also verweildauerunabhängig entstehen.

Das deutsche DRG-System wurde in den letzten 15 Jahren hochdifferenziert weiterentwickelt, auch durch Weiterentwicklungsvorschläge der Industrie. Die einzelne DRG-Fallgruppe kennzeichnet eine geforderte ausreichend hohe Homogenität. Diese Homogenität bezieht sich auf die Gesamtkosten und nicht auf die einzelnen Kostenarten innerhalb der betroffenen DRG-Fallgruppe.

Das derzeitige DRG-System definiert 1.292 unterschiedliche DRG-Fallgruppen. Dabei lassen sich zwei Fallgruppen-Arten bzw. fließende Übergänge zwischen diesen unterscheiden.

Eine idealtypische DRG umfasst Leistungen, die in Bezug auf das Verhältnis zwischen Sachkostenanteil einerseits und Personalkostenanteil andererseits keine wesentlichen Abweichungen aufweisen. Bei diesen DRGs bringt die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten rein technisch keinen Nachteil, da die

verbleibenden Kosten adäquat abgebildet und refinanziert sind.

In einer Misch-DRG sind sowohl sachkosten-intensive Leistungen als auch personalkosten-intensive Leistungen zusammengefasst. Dies ist statthaft, solange beide medizinischen Leistungsbereiche in ihren Gesamtkosten ausreichend finanziert sind, also die Gesamtkosten beider Leistungsbereiche sich entsprechen. Die betroffenen DRGs zeigen eine Kostenhomogenität in Bezug auf deren Gesamtkosten.

Das G-DRG-System hat im Laufe seiner zurückliegenden Entwicklung eine Vielzahl von Misch-DRGs definiert. Das ist an den mittlerweile äußerst komplexen DRG-Definitionen ablesbar. Beispielsweise wurden einerseits die personalkostenintensiven Behandlungen von schwerkranken bzw. multimorbiden Patienten und von Kindern mit andererseits teuren Interventionen durch hohe Sachkosten bei kürzerer Verweildauer zusammengefasst.

Viele Verfahren sind aufgrund sehr ähnlicher Fallkosten über dieselbe DRG abgebildet; sogenannte kostenhomogene Misch-DRGs. Beispielsweise sind Instrumentenkosten bei minimalinvasiven Operationen in der Regel höher als bei offenen Operationen. Gleichzeitig führen minimalinvasive Eingriffe zur schnelleren Genesung der Patienten und damit zur Verkürzung der Liegezeiten. Viele Verfahren entsprechen den aktuellen medizinischen Leitlinienempfehlungen. Bei einer Ausgliederung der verweildauerabhängigen Pflegekosten, ohne entsprechende Neudefinition dieser DRGs, würden offene Operationsverfahren überfinanziert und der Erlös minimalinvasiver Verfahren deren Kosten nicht mehr decken.

Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten wird bei vielen Misch-DRGs zu einer nicht mehr sachgerechten Inhomogenität der Kosten führen. Personalkostenintensive Leistungen wären überfinanziert und sachkostenintensive Leistungen unterfinanziert. Eine ausreichende Kostenhomogenität aller DRG-Fallgruppen sollte durch das beauftragte Kalkulationsinstitut (InEK) überprüft werden. Bei festgestellter Inhomogenität hat zeitgleich zur Einführung der separaten Pflegepersonalkostenvergütung ein Umbau (z. B. Split) der betroffenen DRG zu erfolgen. Die Überprüfung und eventuell durchgeführte DRG-Fallgruppenveränderung sollte in einem Prüfbericht vom InEK entsprechend nachvollziehbar dargelegt werden.

Die Transparenz der Neukalkulation soll durch weitreichendere Datenveröffentlichung erhöht werden, z. B. Ausweis der Homogenität von Personal- bzw. Sachkosten im Report-Browser des InEK. Eine Begleitforschung zur Überprüfung der Auswirkung der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten, auch auf die Sachgerechtigkeit des „Rest“-DRG-Systems, ist sinnvoll. Nur durch Etablierung solcher Maßnahmen lässt sich eine Verschlechterung der Vergütung innovativer Verfahren und sachkostenintensiver Leistungen verhindern.

Sollte es aus politischen Gründen bei einer Abtrennung der Pflegekosten von den anderen Kosten im DRG-System bleiben, müssen unerwünschte Fehlanreize so weit wie möglich vermieden werden. Neben den beschriebenen Herausforderungen für chirurgische und interventionelle Fallgruppen, sollten verweildauerbedingte Fehlanreize, wie sie vor der Einführung des G-DRG-Systems vielerorts bestanden, vermieden werden. Dies könnte durch eine mittlere Verweildauer erfolgen, nach deren Überschreiten die tagesbezogenen Pflegesätze degressiv gestaltet werden. So würde Missbrauch, wie vor der Einführung des DRG-Systems, entgegengewirkt.

Das Pflegepersonal soll wieder mehr Zeit am Bett des Patienten haben. Zielgerichtet soll dies mit der Herausnahme der Pflegekosten aus den DRGs verfolgt werden. Es muss ausgeschlossen werden, dass Leistungen, die nah an der ärztlichen Leistung sind, namentlich der Funktionsdienst (z. B. im Operationsaal), aus dem G-DRG-System ausgegliedert werden und am Ende das Pflegebudget zu Lasten der Pflege auf Station geht.

Rücknahme der Sachkostenkürzung erforderlich

Für die mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) eingeführte Absenkung bestimmter Sachkostenanteile in den Fallpauschalen entfällt mit der im Gesetzentwurf geplanten Einführung einer separaten Vergütung der Pflegepersonalkosten die Grundlage. Sie ist daher zu streichen.

Als Bestandteil des KHSG war die Analyse von Übervergütungen der Sachkosten im G-DRG-System durch das Kalkulationsinstitut vorzunehmen und Vorschläge zu deren – ggf. in Einzelfällen – erforderlichen Abbau zu entwickeln. Das Institut hatte eine Regelung vorgelegt, die die generelle Übervergütung der Sachkosten aller Fallpauschalen unterstellt, ohne die dafür begründenden Daten auszuweisen.

Dies hatte im Ergebnis eine massive Umverteilung der Mittel von Sachkosten zu personalkostenlastigen Fallpauschalen zur Folge. Leistungen hochspezialisierter Krankenhäuser, wie Universitätskliniken und Zentren, verlieren überproportional Finanzmittel, die in der Konsequenz zu Qualitätseinbußen für diese Versorgungen führen werden.



Foto: BVMed
Olaf Winkler

TSVG im Fokus

Aktuelle Entwicklungen aus dem Bereich der psychotherapeutischen Versorgung

Von Dipl.-Psych. Barbara Lubisch

Nachdem die im letzten Jahr vorherrschende Unruhe durch die Umstellung auf die neue Psychotherapie-Richtlinie von den Praxen weitgehend erfolgreich bewältigt wurde, wäre für viele Psychotherapeuten ein ‚ruhigeres Fahrwasser‘ wünschenswert, aber es geht mit lebhaften politischen Entwicklungen und auch Konflikten weiter. Uns beschäftigen aktuell insbesondere folgende Themen:

Behandlungssteuerung?

TSVG – Vorschlag zur Einführung von Behandlungssteuerung durch besonders qualifizierte Behandler wird von Psychotherapeuten einhellig abgelehnt

Mit großer Überraschung und Bestürzung haben Psychotherapeuten die im Kabinettsentwurf zum TSVG vorgesehene Vorschrift zum § 92 Abs. 6a SGB V zur Kenntnis genommen. Die Regelung soll zukünftig so lauten: „Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in den Richtlinien Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung für die psychotherapeutische Behandlung einschließlich der Anforderungen an die Qualifikation der für die Behandlungssteuerung verantwortlichen Vertragsärzte und psychologischen Psychotherapeuten.“ Der Passus wurde kurzfristig in den Kabinettsentwurf eingefügt, Vertretern der Fach- und Berufsverbände wurde keine Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Diese Regelung ist nicht im Sinne der psychisch erkrankten Menschen und wurde sowohl von der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als auch von der Bundespsychotherapeutenkammer sowie von vier großen Fach- und Berufsverbänden aus folgenden Gründen abgelehnt:

Erst 2017 war die Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie in Kraft getreten, die mit der psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung eine gestufte Versorgung eingeführt hat. Diese ermöglichen einen schnellen Erstkontakt, qualifizierte und differenzierte Diagnostik und Indikationsstellung sowie kurzfristige Behandlung bei besonderer Dring-

lichkeit. Erste Erhebungen zu Veränderungen aufgrund der Richtlinienreform zeigen: Die durchschnittliche Wartezeit auf ein erstes Gespräch hat sich mit der Sprechstunde von 12,5 Wochen (2011) auf 5,7 Wochen (2017) verkürzt. Menschen die sozial benachteiligt, oder arbeitsunfähig sind oder die an einer chronischen psychischen Krankheit leiden, finden jetzt eher den Weg in eine psychotherapeutische Praxis. Durch die neuen Versorgungsangebote werden insgesamt mehr Patienten gesehen und kurzfristig versorgt. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgeschriebene Evaluation dieser Reform sollte dringend abgewartet werden, um gegebenenfalls weitere Veränderungen gezielt angehen zu können. Schon deshalb macht es wenig Sinn, den G-BA jetzt mit der erneuten Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie zu beauftragen.

Der aktuelle Gesetzesvorschlag würde speziell für psychisch kranke Menschen Behandler mit besonderer Qualifikation vorsehen, die offenbar eine Selektion durchführen sollen: Dies kann nur als Stigmatisierung bezeichnet werden. Patientinnen und Patienten wären so gezwungen, sich regelmäßig mehreren Fachleuten zu offenbaren: Zunächst der Person, die sie in einen Behandlungspfad einordnet und anschließend der Person, die die Behandlung durchführt. Diese zusätzliche Hürde kann psychisch Erkrankten keinesfalls zugemutet werden. Das Erstzugangsrecht zum Psychotherapeuten und die freie Behandlerwahl würden massiv eingeschränkt. Im Übrigen obliegt dem behandelnden Psychotherapeuten im Rahmen seiner Therapiefreiheit die Diagnose- und Indikationsstellung, diese kann durch eine zusätzliche Instanz nicht vorweggenommen werden. Die Wartezeitenproblematik würde eher verschärft, da der Versorgung weitere Kapazitäten entzogen werden. Die Idee einer gestuften Versorgung mittels einer übergeordneten Priorisierung von Patienten wird im Übrigen auch im Gutachten des Sachverständigenrats nicht empfohlen.

Zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen wären andere Maßnahmen sinnvoll als die jetzt vorgeschlagenen. Dazu könnte zum Beispiel die Einführung niedrigschwelliger psychoedukativer Gruppen gehören wie auch die Einführung von Koordinierungsleistungen und strukturierter Kooperation unterschiedlicher Fachgruppen – dies wird im NPPV-Projekt des Innovationsfonds in der KV-Region Nordrhein von Psychiatern, Neurologen und Psychotherapeuten gerade gemeinsam erprobt. Die Koordination von Behandlungen und die bessere regionale Vernetzung wären tatsächlich wirksame Schritte, die dem Interesse der Patienten dienen würden. Der geeignete Ort dies zu regeln ist der Bundesmantelvertrag und nicht die Psychotherapie-Richtlinie.

Wir sind besorgt, dass sich im TSVG-Entwurf eine neue Welle der Diskriminierung psychisch kranker Menschen und der sie behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten abzeichnet. So sind die in einer Fragestunde des Bundestags gefallenen Äußerungen von Bundesgesundheitsminister Spahn zwar nicht auf das TSVG bezogen, passen jedoch im Duktus dazu, wenn er u.a. sagt, die Versorgungssteuerung müsse besser werden, „damit diejenigen, die wirklich etwas brauchen, auch Versorgung bekommen.“ – dies unterstellt, viele Psychotherapie-Patienten seien nur leicht erkrankt. Schon das Modellprojekt der Techniker Krankenkasse „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ hatte belegt, dass mehr als 90% der Patienten, die eine ambulante Psychotherapie erhielten, mittelschwer und schwer ausgeprägte psychische Krankheiten aufwiesen. Das Diagnosespektrum der Abrechnungsdiagnosen weist für Psychotherapeuten und Psychiater große Überschneidungen auf. Allerdings unterscheidet sich der zeitliche Aufwand je Patient, deshalb ist die Anzahl der behandelten Patienten bei Psychiatern deutlich höher als bei (ärztlichen oder Psychologischen) Psychotherapeuten. Dies zeigt: der Versorgungsbeitrag der Psychiater ist nicht höher, sondern er ist ein anderer.

Bedarfsplanung immer noch auf Stand von 2015

Wieviel psychotherapeutische Versorgung wird gebraucht?

Die mit der Richtlinienreform im GKV-VSG vorgesehene Reform der Bedarfsplanung (Fristsetzung war der 1.1.2017) wurde noch immer nicht umgesetzt.

Ausreichende Therapieplätze und alle Maßnahmen zur Ausweitung der Terminservicestellen (TSS) sind nur durch ein bedarfsgerechtes Behandlungsangebot möglich. Obwohl sich durch die Teilung von Kassensitzen die Versorgungssituation vielerorts deutlich verbessert hat, gibt es dennoch etliche Regionen, die unter einem Versorgungsdefizit leiden. Dies gilt vor allem für ländliche Gebiete sowie im Umland größerer Städte, die aufgrund von deutlich überschätzten Mitversorgereffekten eine viel zu geringe Verhältniszahl Psychotherapeut je Einwohner haben. Insgesamt ist die Spreizung der Verhältniszahlen bei den Psychotherapeuten viel zu groß und entspricht in keiner Weise der Häufigkeit der psychischen Erkrankungen. Eine Angleichung an die Spreizung der Verhältniszahlen für die wohnortnahe fachärztliche Versorgung ist notwendig, ebenso die Beachtung kleinräumiger Bedarfsbeurteilungen für größere Planungsbereiche. Die pauschale Forderung nach weiteren umfangreichen Niederlassungsmöglichkeiten in allen Planungsbereichen wäre nicht sachgerecht. Stattdessen sollten verbindliche Regelungen ermöglicht werden, wann regionale Besonderheiten zu berücksichtigen sind. Die aktive Ausschreibung von Sonderbedarfszulassungen ist eine Möglichkeit zu ihrer Realisierung.

Da neue Sitze immer zusätzliche Finanzmittel aus der gesetzlichen Krankenversicherung erfordern, steht die Frage der Bedarfsplanung in klarem Zusammenhang mit der Bereitschaft der GKV, der Versorgung psychisch Kranker einen ähnlich hohen Stellenwert einzuräumen wie der Versorgung somatisch erkrankter Menschen. Abgesehen vom menschlichen Leid erscheint es auch unwirtschaftlich, die anhaltend steigenden Zahlen von Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentungen aufgrund psychischer Erkrankungen nur mit Bedauern zur Kenntnis zu nehmen, anstatt energisch gegenzusteuern.

Aufregung um TI und ‚Online-Therapie‘

Der Protest gegen die verpflichtende Anbindung an die Telematik-Infrastruktur (TI), insbesondere gegen die Sanktionen bei nicht rechtzeitigem Anschluss der Praxen an die TI, war (auch) bei den Psychotherapeuten immens. Die angekündigte sechsmonatige Aussetzung der Sanktionen hat ein wenig Entspannung gebracht, dennoch bleibt gewisse Unruhe, denn bislang ist für keines der gängigen Praxisverwaltungssysteme der psychotherapeutischen Praxen

der notwendige Konnektor lieferbar, verbindliche Preise liegen auch nicht vor. Das Vertrauen in die Zuverlässigkeit dieser Technik und in die Planbarkeit der Abläufe wird dadurch nicht gerade gesteigert, so dass viele Psychotherapeuten sich fragen, ob der Anschluss nicht mehr Risiken als Nutzen birgt. Auch gibt es große Bedenken, ob durch die größere Sammlung von Gesundheitsdaten, insbesondere in einer Gesundheits- oder Patientenakte, das Schadenspotential durch einen möglichen Datendiebstahl oder -missbrauch wächst. Menschen könnten – freiwillig oder unter Druck – in bisher nicht möglichem Ausmaß vertrauliche Daten über sich preisgeben, die gegen sie verwendet werden könnten, z.B. von Versicherungen, Arbeitgebern, wirtschaftlichen Interessensträgern oder aus politischen Motiven. Diese Diskussion ist sicher im größeren gesellschaftlichen Kontext zu führen.

Die Begeisterung mancher Krankenkassen für die von ihnen gerne als ‚Online-Therapie‘ bezeichneten Programme, anwendbar über PC oder Handy-Apps, wird von uns eher kritisch beurteilt. Die ‚Online-Anwendungen‘ sind keine Psychotherapie. Oft sind es gut konstruierte Selbsthilfe-Programme, deren Anwendung hilfreich sein kann. Allerdings ist der Markt völlig unübersichtlich, klare Qualitätskriterien fehlen, viele Programme sind nicht wissenschaftlich evaluiert. Auch eine geregelte Kostenübernahme ist nicht vorhanden. Die Frage, was mit den Gesundheitsdaten (z.B. Selbsttests, Symptomverlauf) der Anwender passiert, wird von den Anbietern oft nicht ausreichend nachvollziehbar beantwortet. Psychotherapeuten würden online-basierte Module oder Selbsthilfeprogramme im Rahmen einer Psychotherapie durchaus als Ergänzung nutzen, wenn die o.a. Aspekte unter Beachtung von Datenschutz und Datensparsamkeit seriös gelöst werden.

Psychotherapie-Vergütung – unendliche Geschichte?

Psychotherapeuten wollen sich nicht daran gewöhnen, bei gleicher Arbeitszeit die Hälfte aller anderen ärztlichen Fachgruppen zu verdienen. Werden sie jetzt, trotz der im TSVG genannten Förderung der ‚sprechenden Medizin‘, wieder leer ausgehen?

Wir begrüßen die im TSVG-Entwurf vorgesehenen stringenteren Vorgaben zur Überarbeitung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit dem Ziel,

die „sprechende Medizin“ zu fördern. Unserer Auffassung nach sind damit Gesprächsleistungen, die mit Mindestzeiten versehen sind, gemeint. Allerdings sind die geplanten Vorgaben so unspezifisch, dass am Ende nach dem Gießkannenprinzip Geld auf eine Vielzahl von Leistungen verteilt werden kann. Tatsache ist aber, dass die durchgängig mit Mindestzeiten versehenen psychotherapeutischen Leistungen im Verhältnis zu den technisch-medizinischen Leistungen bei der Vergütung strukturell benachteiligt sind, weil sie nicht delegierbar sind und keine Leistungsverdichtung sowie keine Mengensteigerung pro Zeiteinheit zulassen. Die Folge ist, dass die Einkommen der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten weit hinter denen der somatisch tätigen Fachgruppen liegen. Durch Entscheidungen des Bundessozialgerichts konnten zwar immer wieder Korrekturen herbeigeführt werden. Eine regelmäßige Anrufung von Gerichten kann jedoch keine Dauerlösung sein.

Wir erwarten deshalb vom Gesetzgeber klare Vorgaben zur Aufwertung der mit Mindestzeiten versehenen Gesprächsleistungen der Psychotherapeuten. Es muss Psychotherapeuten und Psychiatern möglich sein, nach Abzug der Praxiskosten ein den anderen Arztgruppen vergleichbares Honorar erzielen zu können. Eine dauerhafte Ausbudgetierung der psychotherapeutischen Leistungen zur Vermeidung der Belastung der übrigen fachärztlichen Versorgung würde die Situation innerhalb der Selbstverwaltung sicher entspannen.



Foto: DPtV
Barbara Lubisch

Autoren dieser Ausgabe

Tino Sorge MdB (Jahrg. 1975), Rechtsanwalt, seit 2013 Mitglied des Deutschen Bundestages (CDU) als direkt gewählter Abgeordneter des Wahlkreises Magdeburg. Mitglied im Ausschuss für Gesundheit, Berichterstatter der Unionsfraktion für Digitalisierung und Gesundheitswirtschaft. Stellvertretendes Mitglied im Ausschuss für Bildung, Forschung und Technologiefolgenabschätzung. Seit 2018 Mitglied im Vorstand der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. Landesvorsitzender des VdK Sachsen-Anhalt, Mitglied im Vorstand des Parlamentskreises Mittelstand.

Alexander Krauß MdB (Jahrg. 1975), 1995 bis 2000 Studium der Politikwissenschaft, Kommunikations- und Medienwissenschaften sowie evangelische Theologie in Leipzig und Prag. Seit 2017 Mitglied des Deutschen Bundestages (CDU), Mitglied im Ausschuss für Gesundheit, stellvertretendes Mitglied im Ausschuss für Arbeit und Soziales, stellvertretendes Mitglied im Ausschuss für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit. Seit 2011 stellvertretender Bundesvorsitzender der Christlich-Demokratischen Arbeitnehmerschaft (CDA).

Maria Klein-Schmeink MdB (Jahrg. 1958), 1977 bis 1984 Studium der Soziologie, Politikwissenschaft und Pädagogik an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, Magister der Soziologie. Seit 2009 Mitglied des Deutschen Bundestages (Bündnis 90/Die Grünen). Von 1983 bis 1985 hauptamtliche Mitarbeiterin im SoBi (Sozialpädagogisches Bildungswerk Münster); 1986 bis 1988 Aufbau des c.u.b.a. (cultur- und begegnungszentrum achtermannstraße) in Münster; ab 1990 in leitender Position in der Erwachsenenbildung; 2002 bis 2009 wissenschaftliche Referentin für Arbeit, Soziales und Gesundheit und dann Bearbeitung von Fragen für die Bereiche Kommunalpolitik und Verwaltungsstrukturreform sowie Arbeitsmarkt, Ausbildung und SGB II für die Fraktion. Seit der 18. WP Sprecherin für Gesundheitspolitik der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen.

Harald Weinberg MdB (Jahrg. 1957), Bildungsberater, seit 2009 Mitglied des Deutschen Bundestages (DIE LINKE). Bis 1986 Bundesvorsitzender des Sozialistischen Hochschulbundes (SHB); bis 1991 als Projektleiter in der Markt-/Meinungsforschung

bei der GfK, gewerkschaftlich aktiv in der Bildungsarbeit für Betriebsräte, 2003 Eintritt als Regionalleiter Bayern in die Verdi Bildung+Beratung gGmbH, 2004 Austritt aus der SPD, 2005 Eintritt in die WASG, Mitglied im geschäftsführenden Landesvorstand der WASG Bayern; 2007 -2008 Landessprecher der LINKEN in Bayern; 2007 – 2014 Mitglied im Landesvorstand DIE LINKE. 2009 bis 2013 Obmann im Gesundheitsausschuss, 2013-2016 Gesundheitspolitischer Sprecher, ab 2016 Sprecher für Krankenhauspolitik und Gesundheitsökonomie. Seit 2017 wieder Gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion DIE LINKE.

Dr. Wolfgang Eßer (Jahrg. 1954), Zahnarzt, seit 2013 Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZVB). Mitglied des Vorstandes der KZBV seit 2002, Stellv. Vorsitzender von 2005 - 2013. Niederlassung in eigener Praxis 1982 - 2012. Mitglied im Vorstand des Bundesverbandes der Freien Berufe (BFB), Mitglied im Vorstand des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), Mitglied des Beirats und der Vertreterversammlung der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG, Mitglied des Stiftungsrates des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Mitglied des Plenums Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Delegierter der Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer - Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V., Mitglied der Vertreterversammlung der KZV Nordrhein, Mitglied im Freien Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ).

Dr. Wulf-Dietrich Leber (Jahrg. 1957), seit 2008 Leiter der Abteilung „Krankenhäuser“ beim GKV-Spitzenverband in Berlin. Studium der Volkswirtschaft in Aachen und Kiel, 1987 - 1990 beim Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, promovierte in Hannover zum Thema „Risikostrukturausgleich“, Tätigkeiten in Berlin (Leiter der Dependence des AOK-Bundesverbandes) und in Magdeburg (Leiter der Grundsatzabteilung beim AOK-Landesverband Sachsen-Anhalt). 1998 - 2004 leitete er die Abteilung „Stationäre Leistungen, Rehabilitation“ im AOK-Bundesverband, 2004 – 2008 den Geschäftsbereich „Gesundheit“.

Dr. Elmar Kroth (Jahrg. 1966), Chemiker, seit 2010 Geschäftsführer Wissenschaft des Bundesverbandes der Arzneimittel-Hersteller e.V. (BAH), davor wissenschaftlicher Mitarbeiter und Leiter der Arzneimittelsicherheit des BAH. Seit 2001 Repräsentant des Europäischen Fachverbandes der Selbstmedikationsindustrie (AESGP) in verschiedenen Gremien und Arbeitsgruppen der EMA (European Medicines Agency) sowie Repräsentant des Weltverbandes der Selbstmedikationsindustrie (WSMI) in verschiedenen Arbeitsgruppen der International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use (ICH), seit 2010 Mitglied im Sachverständigenausschuss für Verschreibungspflicht. Seit 2002 Lehrbeauftragter der Humboldt-Universität zu Berlin im Aufbaustudiengang Consumer Health Care und seit 2011 Lehrbeauftragter im Studiengang „Zusatzqualifikation im Pharmarecht“ der Philipps-Universität Marburg.

Olaf Winkler (Jahrg. 1964), Ausbildung: Gehobener nichttechnischer Verwaltungsdienst, Abschluss: Studiengang Sozialversicherung Schwerpunkt Unfallversicherung (BA). Seit 2001 Leiter Referat Gesundheitssystem im BVMed. 1987 - 1993 Außendienstmitarbeiter Hamburg Münchener Ersatzkasse, 1993-2001 Außendienstkoordinator IKK (Landesverband) Brandenburg und Berlin, 2001-2002 Beauftragter Runder Tisch des BMGS, 2008-2015 Mitglied im Kuratorium HTA beim DIMDI, 2012-2016 Mitglied und Stellvertretender Beirats-Vorsitzender der Deutsche Wirbelsäulengesellschaft (DWG).

Dipl.-Psych. Barbara Lubisch (Jahrg. 1955), Psychologische Psychotherapeutin, niedergelassen in Aachen. Seit 2013 Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV). Seit 1992 Tätigkeit in eigener Praxis und berufspolitisches Engagement, zunächst in lokalen Netzwerken, dann im Berufsverband und in Gremien der KV Nordrhein sowie der neugegründeten Psychotherapeutenkammer (PTK) NRW. Seit 2006 Delegierte des Deutschen Psychotherapeutentages und seit 2009 Beisitzerin im Vorstand der PTK NRW. Seit 2010 Mitglied der Vertreterversammlung der KV Nordrhein sowie der Vertreterversammlung der KBV. Seit 2007 Mitglied im DPtV-Bundesvorstand.