

tioniert kaum, der Beitrag der vor- und nachstationären Behandlung nach Krankenhauseinweisung ist bescheiden, die persönliche Ermächtigung von spezialisierten Krankenhausärzten ist tendenziell eher rückläufig etc.). Des weiteren wird die Diskussion noch zu stark beherrscht von starrem Besitzstandsdenken.

Um welche negativen Folgen mangelnder Integration im Gesundheitswesen geht es vor allem?

- Kontinuitätsbrüche in der Patientenbehandlung müssen vermieden werden,
- Doppelinvestitionen im Bereich von (technischer) Infrastruktur sind angesichts der Mittelknappheit nicht zu akzeptieren,
- Patienten werden durch unnötige Mehrfachuntersuchungen belastet,
- die abgegrenzten Versorgungsroutinen führen auch zu starken Störungen der Kollegialität und zu mangelhafter Akzeptanz der fachlichen Leistungen des jeweils anderen u.a.m..

Jenseits des zur Zeit wohl weitestgehenden Ansatzes der vollständigen personell integrierten Versorgung (sog. Hoppe-Modell) besteht erheblicher Bedarf an Innovationen, Experimenten und Modellen, um die verschiedenen Varianten zu erproben. Das voraussichtlich in wenigen Wochen in Kraft tretende 2. NOG im Rahmen der Dritten Stufe der Gesundheitsreform bietet hierfür die rechtliche Basis (§ 63 ff SGB V).

Die Diskussion auf dem Kongreß „Gesundheit und Medien“ hat gezeigt, daß insbesondere in folgenden Bereichen ein deutlicher Experimentierbedarf besteht:

1. Ausbau der vorhandenen Modellversuche (vernetzte Praxen, Qualitätsgemeinschaft Rendsburg) unter Einschluß möglichst vieler Kassenarten und – soweit möglich – in Kooperation mit den Krankenhäusern.
2. Entwicklung von Modellvorhaben auf der Basis von solchen Vergütungssystemen (incentives),

die Kooperation, gemeinsame Nutzung von Ressourcen und Qualitätssicherung (Leitlinien, Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen) bewußt belohnen.

3. Die Möglichkeiten der gegenwärtigen Informations- und Kommunikationstechnologien sind im Gesundheitswesen noch nicht angemessen genutzt (informationelle Vernetzung). Dieses ist allerdings voraussetzungsvoll (Absprache über notwendigen Informationsaustausch, Datenschutz, Zugangsberechtigungen etc.). Es ist auch daran zu erinnern, daß ein fehlender Wille zur Kooperation natürlich nicht durch die technischen Möglichkeiten zum Datenaustausch beseitigt werden kann.
4. Als besonders vordringliches Vernetzungs- und Verzahnungsfeld gilt eine integrierte Notfallversorgung. Hierbei ist es sekundär, wo der Standort einer solchen Einrichtung ist. Vieles spricht dafür, daß niedergelassene Ärzte im

Rahmen des Sicherstellungsauftrags der KV ihren Dienst räumlich am oder im Krankenhaus leisten.

5. Die in Amerika unter dem Stichwort managed care vorhandene und auch in Europa bereits umgesetzte Konzeption der kontrollierten Patientenbetreuung ist in Deutschland intensiviert zu prüfen. Ob dies nun als disease management, case management oder Varianten der Betreuung durch einen Koordinations- und Integrationsarzt (Hausarztmodell) angelegt ist, ist letztlich eine im Modellvorhaben zu prüfende Frage.

Die Diskussion auf dem Kongreß hat gezeigt, daß in diesem Feld jetzt Bewegung zu beobachten ist. Die Interessengruppen sind bereit, aufeinander zuzugehen und alte Barrieren aus dem Weg zu räumen. Die gesundheitliche Versorgung ist nur auf dem erreichten Qualitätsniveau zu halten, wenn alle Beteiligten über den Tellerrand ihrer Einzelinteressen hinausschauen.

GESUNDHEIT UND MEDIEN III

Liberalisierung in der Vertragsgestaltung und Sicherstellungsauftrag

Vertragsärzteschaft besteht auf dem Erhalt des einheitlich und gemeinsam vereinbarten Katalogs medizinisch notwendiger GKV-Leistungen sowie des Kollektivvertragssystems zwischen Kassen und Kven – Absage an „Einkaufsmodelle“

von **Edith Meier***

Krassenkassen und Leistungserbringer im Umbruch“ lautete ein Themenschwerpunkt des Kongresses „Gesundheit und Medien“. Das von Prof. Fritz Beske anschließend mo-

derierte Podium diskutierte zur „Liberalisierung in der Vertragsgestaltung – Partikularinteressen und solidarische Krankenversicherung.“ Dabei ging es auch um die Frage, inwieweit unter den Bedingungen des

* Edith Meier ist Leiterin des Referates für Gesundheitspolitische Grundsatzfragen der KV Nordrhein

Wettbewerbs unter den gesetzlichen Krankenkassen bei einer Liberalisierung der Vertragsgestaltung die Optimierung einer qualitätsge-



KVNo-Vorsitzende Dr. Winfried Schorre (l.), Dr. Leo Hansen: Jahrzehntlang bewährte Organisationsstruktur des Kollektivvertragssystems zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen muß erhalten bleiben. Fotos: Archiv

cherten und effizienten ambulanten Versorgung zu erwarten ist.

Dr. Leonhard Hansen, Stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNo), legte in seinem Statement dar, daß eine Liberalisierung in der Vertragsgestaltung aus Sicht der niedergelassenen Ärzteschaft eine „notwendige Flexibilisierung und Erweiterung bestehender Gestaltungsmöglichkeiten der Partner der Selbstverwaltung“ umfasse, und zwar unter Berücksichtigung bestimmter Prämissen:

- Die jahrzehntlang bewährte Organisationsstruktur des Kollektivvertragssystems zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen als traditionelle Stützpfeiler der medizinischen Versorgung bleibt erhalten.
- Unabdingbar sind auch in der Zukunft einheitliche Grundstrukturen der ambulanten ärztlichen Versorgung für die Bevölkerung.
- Die Vertragsgestaltung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt auf der Basis eines einheitlich und gemeinsam vereinbarten Katalogs medizinisch notwendiger Leistungen.

Hansen begrüßte wie am Vortag bereits Dr. Winfried Schorre, Vorstandsvorsitzender der KVNo, daß

das 2. NOG auf Lernfähigkeit und Flexibilisierung in den Versorgungs- und Vertragsstrukturen im Rahmen der etablierten Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen setze. Die Liberalisierung beziehe sich dabei auf unterschiedliche Formen der Versorgung und der Honorierung. Wissenschaftlich begleitete Modellvorhaben ermöglichten in der Zukunft stärker als bisher ein „gesichertes Lernen am Beispiel“, böten basierend auf der freiwilligen Teilnahme von Leistungsanbietern und Versicherten genügend Raum zur Erprobung neuer Leistungen und neuer Organisationsformen der Leistungserbringung der präventiven, kurativen und rehabilitativen Medizin.

Ärzeschaft gegen „Einkaufsmodelle“

Beispielhaft wurde hingewiesen auf die Erprobung von Behandlungsformen zur Koordinierung des Inanspruchnahmeverhaltens, auf Modellprojekte über die Auswirkungen des Instruments der Kostenerstattung wie auch zur verstärkten Kooperation zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor. Darüber hinaus bestehe die Möglichkeit, im Rahmen sog. „Strukturverträge“ bereits modellhaft erprobte neue Versorgungsansätze – zum Beispiel „vernetzte Praxen“ – mittel- bis langfristig zu etablieren.

Eine eindeutige Absage erteilten Schorre und Hansen einer Interpretation von Flexibilisierung und Liberalisierung als Abkehr vom bestehenden Kollektivvertragssystem zugunsten des Abschlusses von Verträgen mit einzelnen Ärzten oder Arztgruppen an den Kassenärztlichen Vereinigungen vorbei. Die mit sog. „Einkaufsmodellen“ verbundenen Vorstellungen erhöhter Vertragsfreiheit gegenüber den Leistungserbringern von Seiten der Krankenkassen stießen auf den „entschiedenen Widerstand der Ärzteschaft“.

Ihre Realisierung bedeute letztlich die Übernahme des Sicherstel-

lungsauftrages der KVen für die ambulante Versorgung durch die Kassen, die bewährte Idee der Selbststeuerung durch korporative Verbände stünde zur Disposition. Der Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Gewährleistung der ambulanten medizinischen Versorgung im Hinblick auf Bedarfsgerechtigkeit und flächendeckende Versorgung würde aufgegeben, das gesamte Regelungssystem ausgehebelt und die Ordnungsfunktion der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Überwachung der Einhaltung kassenärztlicher Pflichten, in der Qualitätssicherung und in der Abrechnungsprüfung ad absurdum geführt.

Hansen wies darauf hin, daß eine Absage an Kollektivverträge unter der Maxime einer wettbewerblichen Neuorientierung letztlich zur Minderung der Versorgungsqualität und zum Verlust von Transparenz führe. Aufgrund der schwierigen ökonomischen Situation existierende Interessenspannungen innerhalb der Ärzteschaft dürften nicht einseitig zu deren Lasten durch die Kassen ausgenutzt werden. Die Abhängigkeit des einzelnen Arztes von einem Vertrag mit der Krankenkasse oder einer Krankenkassenart – so Dr. Schorre – wäre „ein Rückfall in die Zeit vor 1930, in der der soziale Friede durch Kampfbünde und Kampfmaßnahmen der Ärzte gegen das damalige Vertragsdiktat der Krankenkassen geprägt war“.

AOK will Kontrahierungszwang lockern

Franz Knieps, Leiter der Verbandspolitischen Planung des AOK-Bundesverbandes Bonn, sprach sich für eine Flexibilisierung der Vertragsbeziehungen zwischen der GKV und den Leistungserbringern sowie für eine Optimierung der Organisationsstrukturen aus. Unter der Flexibilisierung der Vertragsbeziehungen versteht er u.a. eine Entmonopolisierung der Leistungserbringung (Aufhebung/Lockerung des Kontrahierungszwanges), eine Neuabgrenzung kor-

poratistischer und kassenindividueller Aufgaben sowie eine Flankierung von Umsteuerungsprozessen durch neue Anreiz- und Finanzierungssysteme. Prinzipiell plädierte Knieps für eine Erweiterung von Erprobungsregelungen zur Schaffung neuer Versorgungsstrukturen.

Herbert Rebscher, Vorsitzender des Verbandes der Angestelltenkrankenkassen, Siegburg, interpretierte Liberalisierung dahingehend, daß Vergleiche von Versorgungsalternativen möglich würden. Wenngleich er in der Vergangenheit generell größere Freiräume in der Vertragsgestaltung unterhalb des bisherigen institutionellen Gefüges einforderte, sieht er deren Realisierungsmöglichkeiten zur Zeit nicht als gegeben an. Im Hinblick auf eine gleichmäßige Versorgung der Bevölkerung wies Rebscher im Rahmen der Erprobung vernetzter Praxen und der damit verbundenen Segmentierung darauf hin, daß sich hinsichtlich der Zielvorstellung einer „evidence based medicine“ die Frage stelle, welche Marktsegmente welche Durchdringung zu ihrer Realisierung erforderten.

Hansen bekräftigte abschließend die Funktion der Kassenärztlichen Vereinigungen auch im Hinblick auf den Erhalt der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung. Jeder Patient könne die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung erwarten, die von einzelnen Arztgruppen jedoch nicht gewährleistet werden könne. Die Abkehr vom gesetzlichen Auftrag der KVen führte – so Hansen – in letzter Konsequenz auch zur Schwächung und Verletzung des Solidargedankens. Eine zentrale Gefährdung dieser Idee gehe von einem unbedachten und auf Risikoselektion orientierten Wettbewerb zwischen den einzelnen Krankenkassen aus.

Das bewährte System der solidarischen Krankenversicherung bleibe auch in Zukunft im Hinblick auf aktuelle Herausforderungen an das Gesundheitssystem (sozialstrukturelle Veränderungen, Wandel des Morbi-

ditätsspektrums, hohe Innovationsdynamik) finanzierbar, wenn eine Konzentration auf notwendige, ausreichende und wirtschaftliche Leistungen erfolge. Dabei impliziere die Stärkung der Eigenverantwortung des „Kunden“ für seine Gesundheit

und die Solidarität für Kranke und Schwache in unserer Gesellschaft keinen Widerspruch; eine sinnvolle Abgrenzung von Solidarität und Subsidiarität gefährde nicht das Solidarprinzip, sondern sichere es in seinem ursprünglichen Sinne ab.

GESUNDHEIT UND MEDIEN IV

Abschied von der Prävention – aus ökonomischer Sicht kontraproduktiv?

Die Arbeitsgruppe „Gesundheitspolitik und Prävention“ unter Leitung von Prof. Dr. Horst Bourmer diskutierte unter ökonomischen Gesichtspunkten über die gesundheitspolitische Entscheidung, präventive Leistungen aus dem §20 SGB V zu streichen.

von Sabine Schindler

Mit der Einführung der Gesundheitsförderung ins Gesundheitswesen sind wir 1989 zu neuen Ufern aufgebrochen, mit der Streichung des § 20 SGB V sind wir 1997 in den alten Sumpf zurückgekehrt.“ Mit diesen Worten faßte Dr. Franz Kemper, Ministerium des Inneren und Sport, Mainz, sein Unverständnis über die politische Absage zur Gesundheitsförderung zusammen. Nicht nur aus individualmedizinischer Sicht, sondern auch unter ökonomischen Gesichtspunkten sei die Entscheidung für ihn unverständlich, da Studien längst gezeigt hätten, daß zielgerichtete Prävention Kosten spare. Unseriös sei für ihn auch, daß evaluierte Präventionskonzepte mit den vielzitierten „Bauchtanzgruppen“ der Kassen in einen großen Präventionstopf geworfen und mit diesen gemeinsam verunglimpft würden.

Fehlende Orientierung

Dieser Einschätzung schloß sich auch Prof. Dr. Dr. hc. Hubertus von

Voss, München, an. Er verdeutlichte an den Beispielen Folsäure-Prophylaxe, Kindesvernachlässigung, Unfallprävention und Impfschutz, in welchen Bereichen Prävention betrieben werden kann und nachweislich Kosten reduziert. „Bisherige Gesundheitsreformen haben kausal ausgerichtete Überlegungen zur Herkunft der Kostenexplosion im Gesundheitswesen nicht berücksichtigt“, erläuterte Voss. Deshalb habe man symptomorientierten Konzepten zur angeblichen Sanierung dieses „maroden“ Gesundheitssystems den Vorrang gegeben. Doch sei er der Auffassung, daß nicht die Betrachtung der Leistungserbringer in dieser Kostenschraube das Gesundheitssystem reformieren werde, sondern vielmehr die Analyse der Inhalte einer individual- und bevölkerungsmedizinisch nach Wirtschaftlichkeitsgeboten orientierten Gesundheitspolitik.

Mangelnde Orientierung im Bereich der Präventionspolitik warf auch Dr. Mark Schmid-Neuhäus,