

„ Es besteht derzeit kein Anlass zu einer Priorisierungs- und Rationierungsdiskussion

In der gesundheitspolitischen Diskussion um die demografische Entwicklung und den künftigen Leistungsbedarf in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird vielfach von zwangsläufigen Steigerungsraten ausgegangen. Hierbei wird jedoch übersehen, dass sowohl erhebliche Unsicherheiten in der Erwartung des Künftigen als auch wesentliche Einflussmöglichkeiten zu konstatieren sind. Weder die genaue Form beziehungsweise das Ausmaß des demografischen Wandels noch die darauf aufbauenden Prognosen zu Morbidität, Mortalität, Leistungsbedarf, Leistungen und Ausgaben sind jedoch fest vorgegeben. Dies wird auch bei der 12. Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes deutlich, in der mit einer Reihe von Varianten gearbeitet wird, die sich alle auf veränderliche Größen wie Lebenserwartung, Fertilität, Wanderungsbewegungen und Migration beziehen. Sie müssen zumindest als teilweise beeinflussbar angesehen werden und sind daher fortlaufend zu überprüfen und anzupassen.

Bei der Einschätzung des künftigen Leistungsbedarfs ist kritisch zu hinterfragen, ob die schlichte Projektion altersspezifischer Leistungsmengen auf die Zukunft ein geeignetes Verfahren ist oder ob es bei diesem Verfahren nicht zu einer Überschätzung kommt. Übersieht es doch den Zugewinn an Lebenserwartung, der den demografischen Wandel erst ermöglicht und der im Wesentlichen darauf basieren dürfte, dass gravierende Krankheiten erst später oder in weniger einschneidender Form einsetzen. Ein sehr viel bedeutenderer Faktor sind hingegen die Kosten, die mehr oder minder unmittelbar vor dem Versterben, Todesfall-Vermeidungskosten, entstehen. Wenn Menschen in einem höheren Lebensalter versterben, fallen diese wesentlichen Kosten beziehungsweise die diese auslösenden, intensiven Behandlungen auch erst später und nicht während der zusätzlichen Lebensjahre an. Dieser Sachverhalt ist inzwischen empirisch gut untersucht und im Grundsatz kaum mehr als strittig zu bezeichnen.

Ein auf dieser statistischen Grundlage prognostizierter massiver Ärztemangel für das Jahr 2030 erscheint vor dem Hintergrund der beschriebenen Unwägbarkeiten nicht sehr belastbar zu sein. Hinzu kommt, dass gegenwärtig einem bundesweiten Bedarf von 800 Ärzten, vorwiegend im

ländlichen Raum, eine Überversorgung von 25 000 Ärzten gegenübersteht. Auch ist derzeit ein Rückgang der Studienzahlen im Bereich der Medizin nicht zu erkennen. Angesichts einer Zunahme der Arztzahlen in den vergangenen 20 Jahren, allein im ambulanten Bereich um 47 000 Ärzte (plus 51,3 Prozent), kann derzeit nicht von einer mangelnden Attraktivität des Arztberufes gesprochen werden. Das zentrale Problem bei der ambulanten Versorgung ist nicht ein Mangel an Ärzten, sondern deren falsche Verteilung, der es durch Abbau der Überversorgung zu begegnen gilt. Sofern Versorgungsmängel bestehen, sollte insbesondere in ländlichen Regionen auf Gesundheitszentren oder niederschwellige medizinische Versorgungsstruktur auch unterhalb der Arzzebene, wie beispielsweise Gemeindegewerkschaften, zurückgegriffen werden. Die Bedarfsplanung ist zu einer Versorgungsplanung weiterzuentwickeln, die zwischen einer engmaschigen Primärversorgung, einer allgemeinen fachärztlichen Versorgung und einer spezialärztlichen Versorgung unterscheidet. Die spezialärztliche Versorgung soll sektorübergreifend auch die Kapazitäten im stationären Bereich mit einbeziehen und so auch zum Abbau von Doppelstrukturen beitragen.

Anstatt die seit Jahren zu beobachtenden Zuwächse in nahezu allen Struktur-, Mengen- und Kostenindikatoren mit dem medizinischen Fortschritt und dem demografischen Wandel zu erklären und damit als quasi gegeben hinzunehmen, sollten die bekannten strukturellen Probleme in vielen Leistungsbereichen angegangen werden. Insbesondere der medizinische Fortschritt sollte hierbei nicht unter dem Aspekt zusätzlicher Kosten betrachtet, sondern auch als ein Instrument der Effizienzsteigerung in der Versorgung angesehen werden. Es ist erstaunlich, dass in anderen gesellschaftlichen Bereichen der technische Fortschritt in der Regel zu Kostensenkungen führt, im Gesundheitswesen Innovationen aber grundsätzlich Kostensteigerungen zur Folge haben. Es ist auch in der Zukunft sicherzustellen, dass Innovationen Eingang in den Leistungskatalog der GKV finden, damit das hohe Versorgungsniveau für die gesetz-



Dr. Doris Pfeiffer

Foto: GKV-Spitzenverband

lich Versicherten gesichert werden kann. Auch wenn medizinische Innovationen so schnell wie möglich allen Versicherten zur Verfügung stehen sollten, muss aber der patientenrelevante Nutzen einer Innovation vor der flächendeckenden Einführung erst belegt sein.

Rationierung löst kein Versorgungsproblem

Bevor die Finanzprobleme der Zukunft diskutiert werden, sollte sehr genau analysiert werden, was heute im Gesundheitswesen geschieht, wem dies nutzt und was davon tatsächlich finanziert werden muss. Neben der Über-, Unter- und Fehlversorgung geht es hierbei insbesondere um die starke Fragmentierung der Versorgungsstrukturen und das immer noch unzureichende Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungsbereichen. Rationierung und Priorisierung sind jedoch keine Lösung für Versorgungsprobleme. Im Fokus der Anstrengungen aller Akteure des Gesundheitswesens sollte die Ermöglichung einer effektiven, effizienten, qualitätsgesicherten, dem medizinischen Wissensstand entsprechenden und humanen Krankenbehandlung stehen. Vor dem Hintergrund der älter werdenden Bevölkerung gilt es insbesondere die angewandte geriatrische und gerontologische Forschung sowie die Versorgungsforschung auszubauen und deren Erkenntnisse stärker in die Versorgung einfließen zu lassen.

Versorgungsvielfalt ermöglichen

Um die bestehenden Effizienzreserven im deutschen Gesundheitswesen heben zu können, sollten den Krankenkassen verstärkt selektivvertragliche Möglichkeiten eingeräumt werden. Im Krankenhausbereich sollte für ein definiertes Spektrum von planbaren Leistungen die Möglichkeit eröffnet werden, Direktverträge mit Krankenhäusern zu schließen. Um die Versorgung der Patienten zu verbessern, müssen Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, Leistungen schlechter Qualität aus der Versorgung auszuschließen und Preisverhandlungen zu führen. Bei der ambulanten Versorgung geht es hierbei insbesondere um die spezialisierte fachärztliche Versorgung, bei der Vertragsvielfalt angestrebt werden sollte, um einen Wettbewerb zwischen den verschiedenen Versorgungs- und Vertragsmodellen zu ermöglichen. Ziel eines solchen

Wettbewerbs ist eine Verbesserung der Versorgungsqualität bei möglichst effizientem Ressourceneinsatz.

Im deutschen Gesundheitswesen sollten verstärkt Anreize für mehr Qualität gesetzt werden. In den derzeitigen kollektiven und selektiven Vertragssystemen finden sich wenige Anreize zur Verbesserung der Versorgungsqualität, die vor allen Dingen auch darauf abzielen sollten, Fehl- und Unterversorgung zu vermeiden.

Qualität durch Anreize verbessern

Die Vergütungssysteme müssen deshalb so ausgestaltet werden, dass unterschiedliche Qualität von gleichen Versorgungsleistungen in Form von Zu- und Abschlägen berücksichtigt wird. Über den Einbezug von Routinedaten könnte eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung bei gleichzeitiger Entlastung der Leistungserbringer von Dokumentationsaufgaben organisiert werden.

Es besteht derzeit kein Anlass zu einer Priorisierungs- und Rationierungsdiskussion. Die GKV wird auch in der Zukunft ihren Versicherten eine umfassende medizinische Versorgung garantieren. Die demografische Entwicklung wird zwar vermutlich zu höheren Leistungsbedarfen führen, die genauen Ausmaße und tatsächlichen Entwicklungen sind aber mit großen Unsicherheiten behaftet und werden häufig überschätzt. Die größten Kostensteigerungen werden daher eher vom medizinisch-technischen Fortschritt verursacht werden. Bei bekannten Überkapazitäten und Variationen in den Leistungsmengen, die nicht entsprechend des medizinischen Bedarfs erklärlich sind, ist von Über- und Fehlversorgung auszugehen. Solange aber Überkapazitäten vorliegen, unerklärte Variationen und Probleme von Indikationsstellungen und -ausweitungen bekannt sind und die erwartete künftige Entwicklung des Leistungsbedarfs dramatisiert wird, kann von der Notwendigkeit einer Priorisierung und Rationierung keine Rede sein. Zu Recht besteht durch alle Parteien ein breiter Konsens, dass der umfassende solidarische Leistungskatalog der GKV weiter erhalten werden soll.

Dr. Doris Pfeiffer ist Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes.