

Antrag

der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink, Elisabeth Scharfenberg, Katrin Göring-Eckardt, Sven-Christian Kindler, Fritz Kuhn, Markus Kurth, Brigitte Pothmer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Wirksame Strukturreformen für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung auf den Weg bringen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Das deutsche Gesundheitswesen steht vor immensen Herausforderungen. Der demographische Wandel, die damit einher gehenden Veränderungen von Krankheitsbildern und auch die veränderten Ansprüche von Patientinnen und Patienten erfordern eine anders strukturierte Versorgung. Nötig sind etwa nach Auffassung des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) insbesondere eine Aufwertung der so genannten Primärversorgung, eine geänderte Arbeitsteilung zwischen den ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen, die Überwindung der Trennung zwischen den Sektoren des Gesundheitswesens sowie mehr Anreize für neue Versorgungsformen. Auch wirksame Schritte zur Vermeidung von Über- und Fehlversorgung hat der SVR wiederholt eingefordert.

Dem wird der Gesetzentwurf der Bundesregierung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz, Bundestagsdrucksache 17/6906) nicht gerecht. Nicht die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten stehen im Vordergrund, sondern die finanziellen Interessen einzelner Leistungserbringer. Neue Versorgungsleistungen werden behindert, bestehende Instrumente zum Abbau von Über- und Fehlversorgung werden wieder abgeschafft, wirksame Anreize für mehr Qualität werden nicht geschaffen und die Potentiale nichtärztlicher Gesundheitsberufe werden schlicht ausgeblendet.

Die Rechnung für dieses Reformversagen werden allein die Versicherten über Zusatzbeiträge zahlen müssen. Schlimmer noch: Die Versicherten werden gleich doppelt zur Kasse gebeten, denn die Bundesregierung bricht durch den Gesetzentwurf ihr Versprechen eines vollständig aus Steuermitteln finanzierten Sozialausgleichs für Menschen, die sich die steigenden Zusatzbeiträge nicht mehr leisten können. Einen großen Teil der Mittel für diesen Ausgleich werden künftig die Versicherten über ihre Beitragszahlungen aufbringen müssen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert deshalb die Bundesregierung auf, den bestehenden Gesetzentwurf zurückzuziehen und einen neuen Entwurf vorzulegen, durch den:

1. die bisherige Bedarfsplanung reformiert wird hin zu einer sektor übergreifenden und auf gründlichen Analysen (u.a. unter Berücksichtigung der Morbidität und Sozialstruktur) und Versorgungszielen fußenden Versorgungsplanung;
2. die Primärversorgung deutlich aufgewertet und in ihrer Rolle als Lotse der Versorgung gestärkt wird;

3. die Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen neu gestaltet wird, Anreize für mehr teamorientierter Zusammenarbeit entstehen und flexiblere, familienfreundliche Arbeitszeiten ermöglicht werden;
4. mehr Spielräume für neue und vor allem vernetzte Versorgungsformen wie regionale Versorgungsverbände, Gesundheitszentren und mobile Lösungen geschaffen werden;
5. wirksame Anreize zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung gesetzt werden.

Berlin, den 28. September 2011

Renate Künast, Jürgen Trittin und Fraktion

Begründung

Der wachsende Anteil chronischer und multimorbider Patientinnen und Patienten erfordert eine andere Art der gesundheitlichen Versorgung. Dabei müssen personenzentrierte Ansätze ebenso wie populationsbezogene Ansätze stärker als bisher zur Grundlage der Versorgungsgestaltung gemacht werden. Eine nutzerorientierte Versorgungsgestaltung kann einen wesentlichen Beitrag zur Vermeidung gesundheitlicher Ungleichheit wie auch zur Reduzierung von Über-, Unter- und Fehlversorgung leisten.

Der vorliegende Gesetzentwurf der Bundesregierung wird diesem Anspruch in keiner Weise gerecht. Statt Anreize für eine bessere Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe und die Überwindung der Sektorengrenzen zu schaffen, wird vorrangig an Einzelsymptomen herumgedoktert und die ärztliche Klientel bedient. Statt mehr Möglichkeiten für kreative Versorgungsansätze zu schaffen, werden Versorgungsformen wie die Medizinischen Versorgungszentren behindert.

Ziel ist ein bedarfsgerechtes Versorgungssystem, das mehr Möglichkeiten für gute Versorgung bietet und weitgehend dezentral ausgestaltet ist. Kern muss aus unserer Sicht die Primärversorgung sein, in der verschiedene Gesundheitsberufe etwa in Primärversorgungspraxen teamorientiert zusammen arbeiten.

Zu Nummer 1

Ziel von Planung und Steuerung sind die Gewährleistung eines möglichst gleichen Zugangs zum Gesundheitswesen sowie die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Die bestehende Bedarfsplanung ist vor diesem Hintergrund unverzichtbar aber auch stark reformbedürftig. Sie muss schrittweise zu einer sektor übergreifenden Versorgungsplanung weiterentwickelt werden, die auf gründlichen Versorgungsanalysen und darauf fußenden Versorgungszielen basiert. Dabei sollen auch mehr Spielräume für dezentrale Lösungen geschaffen werden. Kommunen sowie Patientinnen und Patienten sollen mehr Möglichkeiten erhalten, die Versorgung vor Ort selbst zu gestalten. Auch die Länder sollen stärker einbezogen werden. Im Einzelnen wird vorgeschlagen:

- Die Planung soll den ambulanten und stationären Sektor umfassen und nach den Versorgungsstufen Primärversorgung, allgemeine fachärztliche Versorgung und spezielle fachärztliche Versorgung differenziert werden. Die Primärversorgung wird generell kleinräumiger als bislang geplant. Für bestimmte spezialärztliche Bereiche (z.B. Transplantation, Behandlung seltener Erkrankungen, Einsatz von Großgeräten) ist eine großräumigere Planung bzw. Zulassung nötig. Je nach Spezialisierungsgrad kann dabei der Bezugspunkt der Landkreis, das Bundesland oder die Bundesrepublik sein.

- Auf der Grundlage der im Gesundheitssystem bereits vielfach vorhandenen Versorgungsdaten (u.a. nach §§ 303a – 303f SGB V) werden durch ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragtes unabhängiges Institut regelmäßig Sektor übergreifende Versorgungsanalysen unter Einbezug von demographischen und epidemiologischen Daten zur physischen und psychischen Gesundheit in den verschiedenen Regionen vorgenommen.
- Der G-BA beschließt unter Beteiligung der Länder Vorgaben für eine Sektor übergreifende Versorgungsplanung auf Landesebene. Dieser Beschluss enthält Mindestvorgaben zur Erreichbarkeit, zur Qualität sowie zum Umfang des vorzuhaltenden Leistungsangebots.
- Die Versorgungsplanung auf Landesebene erfolgt durch einen Sektor übergreifenden Versorgungsausschuss, der neben Vertretern der Leistungserbringer auch Land, Kommunen und Patientenverbände einbezieht. Unterstützt wird der Versorgungsausschuss durch eine unabhängige Stelle, die die auf der Bundesebene vorgenommenen Versorgungsanalysen aufbereitet.
- Der Versorgungsausschuss definiert auf der Basis der regionalen Versorgungsanalyse prioritäre Versorgungsziele und vereinbart den Landesversorgungsplan, der Art, Umfang, regionale Verteilung und Anforderungen an die Strukturqualität der vorzuhaltenden Versorgungsleistungen bestimmt. Diese Planung ist innovationsoffen und lässt notwendige regionale Freiräume für die Entwicklung neuer Versorgungsformen und eine geänderte Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen.
- Bei der Aufstellung der Versorgungspläne sind die Empfehlungen der in den Landkreisen und kreisfreien Städte zu bildenden Gesundheitskonferenzen der Landkreise und kreisfreien Städte zu berücksichtigen. Die Gesundheitskonferenzen, denen die Kommunen, lokale Leistungserbringer, Vertreter der Gesundheitsberufe und sachkundige Bürgerinnen und Bürger angehören, erheben auf der Basis von Befragungen lokale Bedürfnisse und Erfahrungen, entwickeln vor Ort umsetzbare Konzepte und beraten den Versorgungsausschuss auf Landesebene bei der Erstellung und Fortschreibung des Versorgungsplans.

Zu Nummer 2

Internationale Untersuchungen zeigen deutlich, dass eine gute Primärversorgung zu einer qualitativ besseren und wirtschaftlicheren Versorgung führt. Die Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft sind nur dann zu meistern, wenn die Primärversorgung einen deutlichen größeren Stellenwert erhält. Auf diese Weise ist auch eine Abkehr von einer rein krankheitsbezogenen Versorgung hinzu einem mehr patientenzentrierten Ansatz möglich. Gute Primärversorgung geht weit über die in Deutschland bislang praktizierten Hausarztmodelle hinaus. Sie verlangt neben der Weiterentwicklung des bestehenden Systems der Einzelpraxen hin zu teamorientierten und barrierefreien Primärversorgungszentren eine größere Patientenorientierung und die Einbindung weiterer Gesundheitsberufe. Eine solche Primärversorgung übernimmt eine stärker koordinierende und auch vorausschauend handelnde Funktion und wird so zum Kern guter Versorgung. Dies bedeutet unter anderem auch, die Aus- und Weiterbildung der ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufe stärker auf die Anforderungen der Primärversorgung auszurichten, eine Weiterentwicklung des Honorarsystems, das die Funktionen der Primärversorgung wie Team-, Präventions- und Steuerungsleistungen besonders berücksichtigt und mehr Anreize schafft, sich vorausschauend und mit mehr Zeit den Belangen der Patientinnen und Patienten zu widmen. Langfristig sollte für den Bereich der Primärversorgung ein weitgehend kontaktunabhängiges Vergütungssystem auf der Basis von Versichertenpauschalen (Capitation) und zusätzlichen Qualitätsanreizen (Pay for Performance) erprobt werden.

Zu Nummer 3

Chronisch und mehrfach sowie psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten benötigen weit mehr als nur eine medizinische bzw. therapeutische Versorgung. Sie brauchen neben der Behandlung ihrer akuten Beschwerden auch Hilfen zum Leben mit der Krankheit genauso wie Präventionsmaßnahmen, die die Verschlimmerung ihrer Krankheit verhindern oder verzögern. Für die künftige Versorgung heißt das: Ärztliche und nicht ärztliche Gesundheitsberufe werden weitaus stärker kooperieren müssen. Die nicht ärztlichen Gesundheitsberufe, insbesondere qualifizierte Pflegekräfte, werden eine erweiterte Rolle erhalten. Sie werden Aufgaben eigenverantwortlich übernehmen, die bisher unzureichend abgedeckt sind und sie werden pflegerische Bedarfe eigenständig einschätzen und medizinisch-pflegerische Interventionen selbst durchführen müssen. Die Illusion der Allzuständigkeit der Ärztinnen und Ärzte ist auch in deren eigenem Interesse aufzulösen.

Dabei streben wir statt einer bloßen Delegation ärztlicher Aufgaben eine grundsätzliche Neuformulierung heilkundlicher Aufgaben innerhalb der ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufe an. Dies umfasst konkret Rechtssicherheit für die Delegation und dauerhafte Übertragung ärztlicher Aufgaben an nichtärztliche Gesundheitsberufe sowie die Aufhebung des Arztvorbehaltes für bestimmte Tätigkeiten. Als erster Schritt soll hierzu in regionalen Modellprojekten besonders qualifizierten Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe im Rahmen einer vernetzten multiprofessionellen Versorgungsstruktur eine größere Eigenständigkeit wie etwa die Verordnungskompetenz für bestimmte Leistungen, ermöglicht werden.

Zu Nummer 4

Von großer Bedeutung ist der Ausbau der integrierten Versorgung hin zu regionalen Vollversorgungsangeboten, die den ambulanten und stationären Sektor umfassen. Diese sollen als eine Möglichkeit neben den herkömmlichen Versorgungsmodellen weiterentwickelt werden. Insgesamt sind mehr gesetzliche Spielräume für innovative Versorgungsmodelle nötig. Dies gilt beispielsweise für neue Vertragsformen oder die regionale Ausschreibung von Versorgungsverträgen. Zu erwägen sind wissenschaftliche begleitete und auf Darlehensbasis geförderte Modellprojekte, in denen neue Versorgungslösungen erprobt werden. Die Förderung könnte aus einem von GKV und PKV getragenen Innovationsfonds erfolgen. Bestehende Gesundheitsverbände, die einen bestimmten Anteil von Versicherten einer Region versorgen, sollen den Status von Leistungserbringern erhalten und sich so auch direkt im Arztsitze bewerben können. Die Möglichkeit, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu gründen, soll auf Ärztenetze, Gesundheitsverbände, Kommunen und Patientenorganisationen ausgeweitet werden. Die Leitung soll auch nicht ärztlichen Gesundheitsberufen wie beispielsweise Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder qualifizierten Pflegekräften ermöglicht werden. Eine Zulassung sollen künftig auch primärversorgende Gesundheitszentren bzw. Arztstationen erhalten können. Krankenkassen sollten die Möglichkeit erhalten, für bestimmte Versichertengruppen wie Unternehmensbelegschaften, Patientenorganisationen oder Behindertenverbände Gruppentarife, die spezielle Versorgungsformen vorsehen, anbieten zu können.

Zu Nummer 5

Ohne Steuerung kann ein solidarisch finanziertes Gesundheitswesen nicht funktionieren. Während in manchen vor allem ländlichen und sozial benachteiligten Regionen zunehmend Defizite in der Versorgung sichtbar werden, sind andere Regionen durch erhebliche Überversorgung gekennzeichnet. Durch eine stärkere Koordination und Vernetzung der Versorgung können Unter- und Fehlversorgung erheblich reduziert werden. Darüber hinaus sind Vergütungsanreize in unterversorgten Fachgruppen und Regionen sinnvoll. Diese werden aber nur dann zu finanzieren sein, wenn gleichzeitig auch die erhebliche Überversorgung in manchen Regionen und Versorgungsbereichen wirksam bekämpft wird. Die 2007 in das SGB V aufgenommene Zu- und Abschlagsregelung bei Unter- und Überversorgung darf daher nicht gestrichen werden sondern muss stattdessen durch die Selbstverwaltung endlich umgesetzt werden. Die Wiederbesetzung von Sitzen in überversorgten Regionen soll zur Ausnahme werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen regelhaft überzählige Sitze aufkaufen und stilllegen. In der Bedarfsplanung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten besteht keine systematische Verbindung zwischen der Zahl von Psychotherapeuten/100.000 Einwohner und den Versorgungsgraden. Daher ist eine kurzfristige Neuberechnung notwendig um zu verhindern, dass in rechnerisch überversorgten Gebieten durch einen Abbau faktische Unterversorgung entsteht.