

Das GKV-Versorgungsgesetz – was ist zu erwarten?

Das langwährende und nachhaltige Problem der GKV ist die sich immer wieder öffnende Einnahmen-/Ausgabenschere. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass die Ausgaben schneller wachsen als die Einnahmen der GKV. Die beiden dominierenden Faktoren hierbei sind die medizinischen Innovationen und die Demographie. Für die medizinischen Innovationen hat die Bundesregierung im Rahmen des Arzneimittelneuordnungsgesetzes erstmals ein Verfahren eingeführt, nach dem zu prüfen ist, ob die vielfältigen medizinisch-technischen Innovationen auch aus Sicht der Versicherungsgemeinschaft als Fortschritt zu bewerten sind. Dass sich hier eine Vielzahl von methodischen Problemen auftun, liegt auf der Hand. Trotzdem ist dieser Schritt wegweisend für die weitere Diskussion in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Denn es sind nicht nur die Arzneimittel, sondern auch viele Diagnose- und Therapieverfahren, die als Innovation eingeführt und zu schnell mit Fortschritt gleichgesetzt werden. Es wird auch für die übrigen Leistungsbereiche erforderlich sein, die jeweiligen Innovationen nach ihrem Nutzen für die Versicherungsgemeinschaft abzufragen. Dabei wird typischerweise der Mehrnutzen einer Innovation ins Verhältnis zu den Mehrkosten zu setzen sein. Innovationen, die nur mehr Nutzen versprechen, aber einen ungleich höheren Kostenzuwachs auslösen, werden sehr viel restriktiver zu behandeln sein, ja evtl. ganz abgelehnt werden müssen. Neben dem medizinischen Fortschritt ist es die Demographie, die die Einnahmen-/Ausgabenschere öffnet.

Demographie als Ursache

Die Demographie wirkt sowohl auf die Ausgaben- wie auf die Einnahmenseite. Einerseits braucht eine älter werdende Gesellschaft mehr medizinische Versorgung, wenn auch eine andersartig strukturierte als eine jüngere Bevölkerung. Andererseits wird eine älter werdende Bevölkerung weniger Beiträge aktiv erwirtschaften, und damit wird gleichzeitig die Finanzierungsseite ausgehöhlt. Von daher wirkt die demographische Entwicklung auf die Spreizung der Ausgaben/Einnahmen im doppelten Sinne.

Auf lange Sicht wird es darauf ankommen, die produktiven Lebenszeiten der Menschen zu verlängern. Das bedeutet letztlich, dass die Lebensarbeitszeiten verlängert werden müssen. Es liegt auf der Hand, dass eine Bevölkerung, die stetig älter wird, nicht gleichzeitig die Erwerbstätigenzeiten verkürzen kann.

Umstrukturierung der GKV-Versorgung erforderlich

Die oben genannten Faktoren verlangen auch eine Neustrukturierung der Versorgung. Hier konzentriert sich die Diskussion vor allen Dingen auf die zunehmende Entleerung der Regionen und die Konzentration der Versorgungseinrichtungen in Ballungsräumen. Für junge Ärztinnen und Ärzte sind Ballungsräume beruflich sehr viel attraktiver, als Entleerungsräume. Dies gilt vor allem, weil mehr und mehr Frauen den Arztberuf ergreifen und diese auf eine gute Infrastruktur für die Versorgung von Kindern, aber auch auf regelmäßige Arbeitszeiten angewiesen sind. Dies verstärkt den Trend, dass sich Ärzte vorwiegend in größeren Orten niederlassen und gleichzeitig zu Gruppen zusammenschließen. Beides bewirkt aber eine Ausdünnung der Ärzteversorgung auf dem Lande. Auf der anderen Seite zeigen die Zahlen, dass die Arztdichte in den letzten 20 Jahren in Deutschland ständig zugenommen hat. Es kann also nicht an der Zahl der Ärzte liegen, sondern es ist in erster Linie ein Problem der Verteilung.

Für die Krankenhausversorgung zeigt sich ähnliches. Auch hier kämpfen kleine, ländliche Krankenhäuser um ihre Existenz, während wir in den Ballungsräumen Überkapazitäten haben. Die Erreichbarkeit der Krankenhäuser in Deutschland liegt relativ hoch, so erreichen in Bayern mehr als 90 Prozent der Bevölkerung innerhalb von 20 Minuten ein Krankenhaus der Regelversorgung. In Sachsen-Anhalt, einem sehr viel dünner besiedelten Bundesland, liegen die Erreichzeiten nicht wesentlich niedriger, so dass für Deutschland insgesamt hier kein Mangel, sondern Überversorgung konstatiert werden muss.

Neuen Konfigurierungsbedarf gibt es in der Notfallversorgung. Die Notfallversorgung, die sich im Augenblick auf 4 bzw. 5 Säulen stützt, muss integriert und neu definiert werden. Es gibt übergreifende Koordination des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, des Notarztdienstes der Feuerwehr, des Rettungsdienstes und der Notfallambulanzen der Krankenhäuser. Es wäre sinnvoll, die Notfallversorgung als eigenen Versorgungsbereich zu definieren. Schließlich ist für die ländliche und städtische Bevölkerung in erster Linie die rasche Versorgung im Notfall von herausragender Bedeutung.

Vorschlag der CDU/CSU-Arbeitsgruppe

Wenn man die Vorschläge der CDU/CSU-Arbeitsgruppe betrachtet, so beschäftigen sich diese in erster Linie mit einer Neustrukturierung der ärztlichen Versorgung, insbesondere auf dem Lande. Dabei stehen die Planung und die Mengensteuerung im Mittelpunkt, während die Steuerung über Anreize und die Nutzung moderner Versorgungsformen, wie die Telemedizin, eher in den Hintergrund treten. Dies lässt sich damit erklären, dass man der Mengensteuerung und Planung einen rascheren Erfolg zuordnet, als den Anreizinstrumenten, die ja immer noch auf die Zustimmung bzw. auf das Ansprechen der jeweiligen Berufsgruppen angewiesen sind.

Es muss gleichwohl bezweifelt werden, dass man mit mehr Planung das Ziel erreicht.

Schließlich können wir heute auf einen Planungszeitraum von mehr als 40 Jahren zurückblicken. Sowohl in der kassenärztlichen Bedarfsplanung, wie auch in der Krankenhausplanung stimmen die Ergebnisse ernüchternd. Die Logik, dass Planungsfehler durch ein Mehr an Planung beseitigt werden können, hält der Verfasser für nicht überzeugend. Schließlich wissen wir, dass alle Planungssysteme die Tendenz haben, Fehler durch mehr und strengere Planung ausgleichen zu wollen, was aber in aller Regel zu einem Versagen bzw. zu einer großen Ressourcenverschwendung führt.