

Neue Versorgungsformen auf Bundesebene

Dr. Wolfgang Wodarg, MdB



Mit den zwei zurückliegenden Gesundheitsreformen – dem „Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (GMG) im Jahr 2003 und dem „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-WSG) im Jahr 2007 – hat der Gesetzgeber diverser neue Versorgungsformen eingeführt bzw. deren Voraussetzungen und Abläufe verändert. Zudem wurde auch durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz im Jahr 2008 für Pflegebedürftige die ambulante Versorgung in Pflegeheimen ermöglicht. Diese Neuerungen sollten eigentlich die Versorgungsqualität verbessern, Unter-, Über- und Fehlversorgung der Patienten eindämmen und langfristig zu Kostenersparnissen beitragen. Hierzu zählen u.a. Disease-Management-Programme (DMP), ambulante Behandlungen im Krankenhaus bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Behandlungsverlauf, bei Unterversorgung, in Einrichtungen der Behindertenhilfe und in stationären Pflegeeinrichtungen sowie Modellvorhaben und Strukturverträge ermöglichen u.a. die Bildung von Praxisnetzwerken, Hausarztzentrierte Versorgung und integrierte Versorgungsformen.

Diese Auflistung zeigt, wie komplex und auseinanderdividiert die neuen Versorgungsformen sind. Sie führen zu einem Regelungs-dickicht, der weder für den Patienten noch für die Leistungserbringer leicht zu durchschauen ist. Aufgrund mangelnder Stringenz und weit auseinander liegender Vorstellungen der Koalitionspartner ist ein fast chaotisch zu nennender Kompromiss entstanden. Es ist uns nicht gelungen, wesentliche Verbesserungen für die Versorgung der gesetzlich Versicherten zu erreichen und die Zwei-Klassen-Medizin in Deutschland zu beenden. Durch die neuen Versorgungsformen ist die Aufhebung der Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung nicht erreicht worden, sondern wird mit diversen Regelungshürden und administrativen Vorgaben nur in wenigen Bereichen ermöglicht.

Die Antragshoheit der Krankenkassen im Bereich der DMP, die beim Bundesversicherungsamt (BVA) die Auflage dieser Programme beantragen müssen, führt dazu, dass bisher nur wenige standardisierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranken vorhanden sind (nämlich Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit, Asthma und Chronisch obstruktive Lungenerkrankung).

Fortsetzung >>

Dr. Wolfgang Wodarg, MdB

Studium (Berlin, Hamburg).
1973 Approbation als Arzt.
Ab 1983 Amtsarzt, Flensburg.

MdB seit 1994 (Wahlkreis Flensburg- Schleswig). Mitglied im Ausschuss für Gesundheit sowie für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.

Stellv. Mitglied im Europa-Ausschuss.

2002 bis 2005 Sprecher der SPD-Fraktion in der Enquête-Kommission "Ethik und Recht der modernen Medizin", stellv. Leiter der deutschen Delegation beim Europarat, dort auch Vorsitzender des Gesundheitsausschusses und stellv. Vorsitzender des Kultur-Ausschusses.

Präsident der Deutschen Rheuma-Liga Schleswig Holstein e.V.



Neue Versorgungsformen auf Bundesebene

Dr. Wolfgang Wodarg, MdB



>> Fortsetzung

Ich erwarte, dass trotz der positiven Ergebnisse für die Patienten, auch in Zukunft nicht für alle chronischen Erkrankungen DMP aufgelegt werden. Auch der neu eingeführte morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) – das Bundesversicherungsamt hat die Liste der voraussichtlich 80 chronischen Erkrankten die Morbi-RSA Berücksichtigung finden sollen mittlerweile veröffentlicht; diese beinhaltet auch die rheumatische Erkrankung – wird hieran nichts ändern, da eine Verpflichtung zur Auflage von DMP hiermit nicht verbunden ist.

Gerade bei Rheuma ist die Früherkennung, sofortige Einleitung von spezialisierten Behandlungsmaßnahmen und die Compliance des Patienten notwendig um die Erkrankung langfristig eindämmen zu können. Im ersten Jahr nach Ausbruch der Erkrankung entscheidet sich der Schweregrad und weitere Verlauf der Erkrankung, so dass die Auflage eines DMP für die rheumatischen Erkrankungen sinnvoll ist.

Meiner Meinung nach sind aber die finanziellen Anreize, die durch das GKV-WSG geschaffen wurden nicht ausreichend um die Krankenkassen für die Auflage neuer DMP – insbesondere auch für die rheumatischen Erkrankungen – im großen Maßstab zu bewegen. Mit der Reform und der Einführung des Gesundheitsfonds sowie des neuen Morbi-RSV wird zwar ab 01.01.2009 auch die Finanzierung der DMP Änderungen erfahren. Die Krankenkassen erhalten dann zur Versorgung ihrer Versicherten aus dem Gesundheitsfonds eine Grundpauschale sowie Zuschläge zum Ausgleich des nach Alter, Geschlecht und Krankheit unterschiedlichen Versorgungsbedarfs. Der bisherige Ausgleich der erhöhten Leistungsausgaben der Krankenkassen für DMP-Versicherte im Risikostrukturausgleich entfällt ab diesem Zeitpunkt. Zur Förderung der DMP erhalten die Krankenkassen stattdessen eine sogenannte Programmkostenpauschale aus dem Gesundheitsfonds für jeden eingeschriebenen Versicherten zur Deckung der Programmkosten für medizinisch notwendige Aufwendungen wie Dokumentations- oder Koordinationsleistungen. Der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes hat am 08.09.2008 die nach der Risikostrukturausgleichsverordnung zu bestimmende Pauschale festgelegt. Für das Jahr 2009 beträgt sie 180 Euro je Versichertenjahr und eingeschriebenem Versicherten. Die Attraktivität der DMP für die Krankenkassen wird daher nicht zu letzt davon abhängen, ob dieser Betrag von den einzelnen Kassen als ausreichend angesehen wird und davon wie sie sich in den nächsten Jahren entwickeln wird. Daher wäre eine Verpflichtung der Krankenkassen zur Auflage bestimmter DMP meines Erachtens ein effektiveres Mittel zur Steigerung der Qualität der Versorgung von chronisch Kranken gewesen.

Sollte sich durch die neuen Regelungen herausstellen, dass eine qualifizierte Versorgung, die alle Aspekte der Prävention, Diagnostik, Prävention, Therapie und Rehabilitation beinhaltet, von den Kassen nicht flächendeckend für Rheumakranke sichergestellt wird, so muss der Gesetzgeber nachbessern und dafür sorgen, dass dieses geschieht. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) und der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sind aufgerufen entsprechende Verfahren, Leitlinien bzw. DMP vorzuschlagen und die Krankenkassen deren Auflage beim BVA zu beantragen.