

+++ Zusammenfassung +++**Staatsmedizin und alternative Kostenerstattungsmodelle**

Kiel/Frankfurt (07.11.2015). Der Gesetzgeber dieser Legislaturperiode forciert immer stärker einen gesundheitspolitischen Prozess, durch den niedergelassene Ärzte und ihre gesetzlichen und freiwilligen Vertretungen auf Landes- und auf Bundesebene immer neuen Repressalien ausgesetzt sind.

Dieser Prozess staatsmedizinischer Eingriffe in den ambulanten Bereich begann mit dem GKV-FQWG.¹ Der Prozess wurde mit dem GKV-VSG² intensiviert. Mit dem E-Health-Gesetz soll der Prozess eine digitalisierte Basis bekommen. Das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen soll den Prozess moralisch untermauern. Und mit dem KHSG³ ist der Prozess in dieser Legislaturperiode wohl zumindest an seinem gesetzgeberischen Höhepunkt angekommen: Die ambulanten Vergütungsbudgets (MGV) sind als Finanzierungsquelle für die stationäre Versorgung konstituiert. Weitere gesetzliche Regelungen zu Migration, Flucht und Asyl sind zu erwarten bzw. in den jüngsten Gesundheitsgesetzen bereits integriert - ebenfalls zulasten der Praxen.

Daneben beginnt aktuell eine nächste größere EBM-Novellierung, die sich aller Voraussicht nach bis hinter die nächste Bundestagswahl ziehen wird und damit für die vertragsärztliche Versorgung ein ungewisses Ergebnis hat. Auch die neue GOÄ, die zum Oktober 2016 in Kraft gesetzt werden soll, wird nach vorläufigen Einschätzungen nur geringe Honorarzuwächse zeigen, dafür aber strikteren Kontrollen seitens der Kostenträger ausgesetzt sein (vergütungsseitige Vorbereitung des einheitlichen Krankenversicherungsmarktes).

Es steht damit aktuell nicht besonders gut um die ambulante Vergütung und Versorgung: Planungssicherheit hat der Gesetzgeber nicht vor, für Arztpraxen zu erreichen, viel spricht für einen ambulanten, willentlichen Versuch eines Kollateralschadens. Denn der Prozess der staatsmedizinischen Eingriffe in den ambulanten Bereich ist als Markt-

¹ FQWG = Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz.

² VSG = Versorgungsstärkungsgesetz.

³ KHSG = Krankenhausstrukturgesetz.

bereinigungsmechanismus konzipiert: Verdrängung der ambulanten Praxen aus der Fläche, die im fachärztlichen Versorgungsbereich beginnt, durch Konzentrationsprozesse im hausärztlichen und zahnärztlichen Bereich („MVZ“) fortgesetzt wird und in einer „Industrialisierung“ des (teil)stationären Vor- und Nachversorgungsbereichs („Einweiser- und Entlassmanagement“) ihr Ende finden soll. Die gesundheitspolitischen Staatsmedizin-Planer müssen nicht mehr viel machen: Die „Entthronung der Götter in Weiß“ steht kurz bevor.

Hier könnte der Text enden: Wenn da nicht die GKV-Versicherten wären!

Was wünschen sich GKV-Versicherte, was wünschen sich über 90 % der Wähler?

- 75 % der GKV-Versicherten würden nicht auf ihre Arzt-Wahlfreiheit verzichten wollen⁴
- 22 % der GKV-Versicherten wären bereit, einen Eigenanteil an den Behandlungskosten zu tragen⁵
- 27 % der Versicherten wären bereit, die Kostenerstattung zu wählen⁶

Was bedeuten diese Zahlen? Diese Zahlen haben eine einfache Implikation: Es gibt in der GKV einen großen Anteil an Versicherten, die mit den Ergebnissen der staatsmedizinischen Eingriffe in den ambulanten Bereich ziemlich unzufrieden sein werden. Dieser große Versicherten-Anteil wird alternative Kostenerstattungsmodelle wählen, sofern ihm die Wahlfreiheiten und der niedergelassene Haus-, Fach- und Zahnarzt um die Ecke erhalten und Wartezeiten, Wartelisten und zwangshafte Terminzuweisungen erspart bleiben.

Dennoch: Für die ambulante Versorgung beginnt eine unangenehme Zeit. Denn noch kann der GKV-Versicherte erfolgreich unmündig gehalten werden, die Gesundheitspolitik ist kaum in Erklärungs- und

⁴ D.h. 75 % der GKV-Versicherten sind nicht bereit, „zu einem von Ihrer Krankenkasse ausgewählten Arzt zu wechseln“; vgl. KBV-Versichertenbefragung 2015 (repräsentative Befragung im Zeitraum März bis Mai 2015 durch FGW Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH).

⁵ D.h. 22 % der GKV-Versicherten sind bereit, „jährlich einen best. Anteil Ihrer Krankh.kosten selbst zu bezahlen“; vgl. KBV-Versichertenbefragung 2015.

⁶ D.h. 27 % der GKV-Versicherten sind bereit, „die Behandlung zunächst selbst zu bezahlen und dann mit der Krankenkasse abzurechnen“; vgl. KBV-Versichertenbefragung 2015.

Rechtfertigungsnot. Doch das ändert sich: Zwei Koalitionsperioden (ca. 10 Jahre) sind gesellschaftlich zu überstehen. Dann wird das Thema Gesundheitssystem das Topthema der geburtenstarken (und dann verrenteten) Jahrgänge sein. Dann werden Eigenbeteiligung und Kostenerstattung automatisch die politische Agenda aufrollen. Die Zeit bis dahin sollten die niedergelassenen Ärzte nutzen, die Vorbereitungen für diese Zeit zu treffen: Kostenerstattungsmodelle als Alternative zur rationierten Staatsmedizin gibt es schon. Das vom IfMDA bereits fertig ausgearbeitete Kostenerstattungsmodell bei 10-prozentiger Eigenbeteiligung (mit zusätzlicher Kofinanzierung der Eigenbeteiligung über ein Gesundheitskonto) ist ein solches Modell.

KONTAKT

Dr. Thomas Drabinski
Institutsleiter
Institut für Mikrodaten-Analyse (IfMDA)
Harmsstraße 13
24114 Kiel
Telefon 0431 385 7820
Telefax 0431 385 9135
Email institut@ifmda.de
Internet www.ifmda.de