

Antrag

der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, Elisabeth Scharfenberg, Dr. Franziska Brantner, Katja Dörner, Kai Gehring, Uille Schauws, Tabea Rößner, Doris Wagner, Beate Walter-Rosenheimer, Renate Künast, Corinna Rüffer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Gesundheitsversorgung umfassend verbessern – Patienten und Kommunen stärken, Strukturdefizite beheben, Qualitätsanreize ausbauen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland ist eine der besten weltweit. Gleichwohl ändern sich die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten: Es gibt zum Beispiel mehr chronisch und mehrfach erkrankte Menschen und die Bevölkerungszahl in etlichen ländlichen Regionen sinkt. Vorhandene Versorgungsangebote müssen daher weiterentwickelt werden, damit auch in Zukunft noch eine gute Versorgung aller Menschen gewährleistet ist.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hat in den letzten Jahren mehrfach auf wesentliche Probleme hingewiesen und Reformen angemahnt. Der von der Bundesregierung vorgelegte Gesetzentwurf zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (Bundesratsdrucksache 641/14) greift nur wenige dieser Vorschläge auf. Vielmehr verharrt die Bundesregierung weitgehend in einem System, indem die ambulante Versorgung und die Krankenhausversorgung grundsätzlich getrennt betrachtet werden. Es bleibt bei halbherzigen Versuchen wie der Schaffung eines zeitlich befristeten und unterfinanzierten Innovationsfonds. Auch die bisherige Planung der Gesundheitsstrukturen (Bedarfsplanung) beruht weiterhin auf dem Fortschreiben alter Zahlen und ist empirisch wenig fundiert.

Wirksame Verbesserungen im Gesundheitssystem können nur dann gelingen, wenn Barrieren überwunden werden. Das gilt sowohl für die Trennung von ambulanter Versorgung und Krankenhausversorgung wie auch für die teilweise mangelhafte Kooperation und überholte Aufgabenverteilung unter den unterschiedlichen Gesundheitsberufen. Eine zentrale Rolle sollten zukünftig die Kommunen und Regionen spielen, da diese die Versorgungsprobleme vor Ort kennen und in der Lage sind, passgenaue Lösungen zu entwickeln. Ihre Kompetenzen insbesondere bei der Planung gilt es zu stärken.

Darüber hinaus müssen Patientinnen und Patienten in die Lage versetzt werden, die Qualität der Versorgung, sei es im stationären, im niedergelassenen oder im Bereich der Krankenkassen, besser beurteilen zu können.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf vorzulegen, durch den

1. Kommunen und Regionen eine stärkere Rolle bei der Planung, Steuerung und Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung ermöglicht wird und Anreize für Sektor übergreifende Versorgungsmodelle geschaffen werden;
2. die bisherige Bedarfsplanung reformiert wird hin zu einer sektorübergreifenden und vorausschauenden Versorgungsplanung, die durch bundesweite, regional aufbereitete Versorgungsanalysen flankiert wird;
3. die Versorgungsqualität und die Gesundheitsergebnisse von vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Leistungserbringern mit geeigneten Indikatoren gemessen, transparent gemacht und für Versicherte und Patienten in verständlicher Form vergleichbar gemacht werden und der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen (SVR) durch die Bundesregierung mit der Prüfung und Entwicklung eines Verfahrens zur Qualitätsmessung und -transparenz für die gesetzlichen Krankenversicherungen beauftragt wird;
4. die Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen neu gestaltet wird, so dass Anreize für mehr teamorientierte Zusammenarbeit auf Augenhöhe entstehen und flexiblere, familienfreundliche Arbeitszeiten und -strukturen für Angehörige aller Gesundheitsberufe ermöglicht werden;
5. der Innovationsfonds nach § 92a SGB V n. F. dauerhaft implementiert sowie finanziell aufgestockt und der Kreis der möglichen Antragsteller deutlich ausgeweitet wird. Zugleich muss der Innovationsausschuss unabhängiger von den derzeitigen Trägern des Gemeinsamen Bundesausschusses werden.

Berlin, den 24. Februar 2015

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

Begründung

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten von 2014 wesentliche Probleme der derzeitigen Gesundheitsversorgung benannt. Neben einer unzureichenden Verzahnung von stationärem und ambulantem Sektor sind dies in erster Linie die regional und fachlich ungleiche Verteilung von Ärztinnen und Ärzten sowie das Fehlen einer empirisch fundierten Bedarfsplanung. Insbesondere die bislang getroffenen Maßnahmen zur Behebung der Unterversorgung in bestimmten Regionen reichen nicht aus.

Ziel jeder Strukturreform muss daher die Behebung der o. g. Defizite sein. Dafür muss ein bedarfsgerechtes Versorgungssystem geschaffen werden, das mehr Möglichkeiten für personenzentrierte und populationsbezogene Ansätze bietet, dezentral organisiert ist und den Nutzen für die jeweiligen Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellt. Dafür sind grundlegende Änderungen nötig.

Zu Nummer 1

Zur Verbesserung der Versorgung müssen mehr Spielräume für dezentrale Lösungen insbesondere in ländlichen und sozial benachteiligten Regionen geschaffen werden. Von großer Bedeutung ist der Ausbau der integrierten Versorgung hin zu regionalen Gesundheitsverbänden, die den ambulanten und stationären Sektor umfassen. Hierzu sind Anreize und Strukturveränderungen nötig, um solche sektorübergreifenden Lösungen voranzutreiben.

Eine Schlüsselrolle bei der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung können künftig die Kommunen einnehmen. Schon heute übernehmen sie Verantwortung in zahlreichen Feldern der sozialen Daseinsversorgung wie etwa in der Pflege, der Eingliederungshilfe, bei der Grundsicherung für Arbeitssuchende sowie als Träger kommunaler Krankenhäuser und des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Darüber hinaus gestaltet kommunale Politik in entscheidendem Maße gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen in den Städten und Gemeinden. Die Kommunen und Regionen sollen deswegen künftig auch eine stärkere Rolle bei der Planung, Steuerung und Gestaltung der Gesundheitsversorgung vor Ort innehaben. Dadurch wird Bürgerinnen und Bürgern die Möglichkeit gegeben, auf die Gestaltung der kommunalen Gesundheitslandschaft Einfluss zu nehmen. Um die oben genannten Ziele zu erreichen, sind u. a. folgende Maßnahmen notwendig:

- Kommunen, Rehabilitationsträger, Reha-Einrichtungen, weitere Sozialversicherungsträger sowie geeignete Patientenorganisationen sollen Vertragspartner der Krankenkassen für besondere Versorgungsverträge nach § 140a SGB V n. F. werden können. Zugleich müssen die Wirtschaftlichkeitsnachweise für Verträge nach § 140a SGB V n. F. abgeschafft werden. Die Regelung stellt angesichts der bei den Kassen durch den Beitragssatzwettbewerb ohnehin vorhandenen Wirtschaftlichkeitszwänge eine überflüssige Bürokratisierung besonderer Versorgungsverträge dar.
- Bestehende Gesundheitsverbände, die einen bestimmten Anteil von Versicherten einer Region versorgen, sollen den Status von Leistungserbringern erhalten und sich so auch direkt um Arztsitze bewerben können.
- Die bestehenden Beschränkungen zur Gründung Medizinischer Versorgungszentren hinsichtlich Trägerschaft und möglicher Betriebsformen sollen zudem entfallen. So könnten beispielsweise auch Ärztenetze, Gesundheitsverbände, Patientenorganisationen, Pflegeeinrichtungen oder Hebammen solche Zentren gründen. Die Leitung soll auch nichtärztlichen Gesundheitsberufen wie beispielsweise Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder qualifizierten Pflegekräften ermöglicht werden.
- Krankenkassen sollen die Möglichkeit erhalten, für bestimmte Versichertengruppen wie Patientenorganisationen, Behindertenverbände oder Unternehmensbelegschaften Gruppentarife, die spezielle Versorgungsformen vorsehen, anbieten zu können.
- Kommunale Spitzenverbände müssen künftig in allen Gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V mit Sitz und Stimme vertreten sein.

Wie das von der Bundesregierung in Auftrag gegebene Gutachten „Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung“ (BQS-Institut 2012) offenlegt, führt die qualitätsorientierte Vergütung von Gesundheitsleistungen in Deutschland noch ein Nischendasein. Daher sind auch auf der Ebene der kollektiv- und selektivvertraglichen Vergütungssysteme stärkere Anreize für eine sektorübergreifende Versorgung und mehr Qualität nötig. Die Bundesregierung soll daher den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen mit einem Sondergutachten beauftragen, das geeignete und im Wege von Modellprojekten auszuprobierende Instrumente zu einer stärker mit qualitätsanreizen verbundenen ambulanten Vergütung (Pay for Performance) enthält. Dabei sollten entsprechende Instrumente allerdings statt auf die einzelne Praxis bzw. den einzelnen Leistungserbringer vor allem auf regionale Zusammenschlüsse wie zum Beispiel Ärztenetze ausgerichtet werden. Das Gutachten soll überdies als eine Voraussetzung für eine stärker sektorübergreifende Versorgung Vorschläge zur mittel- bis langfristigen Zusammenführung der fachärztlichen ambulanten und stationären Vergütungssysteme entwickeln.

Zu Nummer 2

Während in manchen vor allem ländlichen und sozial benachteiligten Regionen zunehmend Defizite in der Versorgung sichtbar werden, sind andere Regionen durch erhebliche Überversorgung gekennzeichnet. Ohne Steuerung kann ein solidarisch finanziertes Gesundheitswesen nicht funktionieren. Ziel von Planung und Steuerung ist ein möglichst gleicher Zugang zum Gesundheitswesen für alle Menschen sowie die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung.

Die bestehende Bedarfsplanung ist allerdings stark reformbedürftig. Sie basiert auf einer Fortschreibung eines bestimmten Status quo und ist weniger an dem realen Bedarf in der Bevölkerung orientiert. Besonders deutlich wird dies beispielsweise an der aktuellen psychotherapeutischen Bedarfsplanung, nach der behandlungsbedürftige Menschen selbst in rechnerisch Überversorgten Regionen regelmäßig drei Monate auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch warten müssen. Fragwürdig an der Planung ist außerdem, dass der Versorgungsgrad bei Städten oder Regionen mit vergleichbarer Anzahl von Psychotherapeuten pro Einwohner teilweise über 100 %

voneinander abweicht. Zudem werden Versorgungskapazitäten im stationären Bereich bislang unzureichend einbezogen.

Die Bedarfsplanung muss daher schrittweise zu einer sektorübergreifenden Versorgungsplanung weiterentwickelt werden, die auf gründlichen Versorgungsanalysen und darauf fußenden Versorgungszielen basiert.

Mit dem Versorgungsgesetz von 2011 wurden in den Ländern durch § 90a SGB V Gemeinsame Landesgremien geschaffen, die zu Sektor übergreifenden Versorgungsfragen Stellung nehmen und Empfehlungen zur Bedarfsplanung abgeben können. Die Empfehlungen haben jedoch keine Verbindlichkeit. In einem ersten Schritt sollte das Gemeinsame Gremium in unterversorgten Regionen verbindliche Entscheidungen treffen und sektorübergreifende Versorgungsverträge initiieren bzw. ausschreiben dürfen. Mittelfristig ist dieses Gremium zu einem sektorübergreifenden Versorgungsausschuss auszubauen, der neben Vertretern der Leistungserbringer auch Land, Kommunen und Patientenverbände einbezieht.

Auf der Grundlage der im Gesundheitssystem bereits vielfach vorhandenen Versorgungsdaten (u. a. nach den §§ 303a bis 303f SGB V) sollen zudem durch ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragtes unabhängiges Institut regelmäßig sektorübergreifende Versorgungsanalysen unter Einbezug von demographischen und epidemiologischen Daten zur physischen und psychischen Gesundheit in den verschiedenen Regionen vorgenommen werden. Der G-BA beschließt unter Beteiligung der Länder Vorgaben für eine sektorübergreifende Versorgungsplanung auf Landesebene. Dieser Beschluss enthält Mindestvorgaben zur Erreichbarkeit, zur Qualität sowie zum Umfang des vorzuhaltenden Leistungsangebots.

Der vorgeschlagene Versorgungsausschuss auf Landesebene soll durch eine unabhängige Stelle unterstützt werden, die die auf 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 Kommunen zu bildenden Gesundheitskonferenzen zu berücksichtigen. Die Gesundheitskonferenzen, denen neben den 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. Bund und Länder sind in der Pflicht, die Kommunen bei der Gründung von Gesundheitskonferenzen insbesondere beim Wissenstransfer in geeigneter Weise zu unterstützen.

Zu Nummer 3

Die Patientinnen und Patienten sowie die Versicherten sollen auch in ihren Möglichkeiten gestärkt werden, gute Versorgungsqualität einzufordern. Dazu ist die Transparenz vor allem über die von den Leistungserbringern erzielten Gesundheitsergebnisse weiter auszubauen. Solche Qualitätsdaten müssen verständlich aufbereitet sein und einen Vergleich zwischen den einzelnen Einrichtungen ermöglichen.

Mit der Gründung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen und den damit verbundenen Regelungen für den stationären Sektor wurde zwar ein erster Schritt in diese Richtung getan, allerdings hat es die Große Koalition versäumt, die nötige Qualitätstransparenz auch auf vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Einrichtungen auszuweiten. Daher ist es mittelfristig nötig, durch das inzwischen gegründete Institut auch für den ambulanten Sektor geeignete Indikatoren zur Messung insbesondere der Ergebnisqualität zu entwickeln und den Patientinnen und Patienten einen verständlichen Vergleich zwischen ambulanten Leistungserbringern zu ermöglichen.

Während sich Leistungserbringer in zunehmenden Maße Qualitätsvergleichen stellen müssen, sind die gesetzlichen Krankenkassen selbst davon bislang nicht erfasst. Dabei haben Krankenkassen durch die Gestaltung der Versorgung, durch eigene Anstrengungen zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz ihrer Versicherten sowie zur Unterstützung von Gesundheitsförderung einen enormen Einfluss darauf, ob die Gesundheit ihrer Versicherten erhalten oder verbessert wird bzw. ob Versicherte ihren jeweiligen Bedürfnissen entsprechend versorgt werden und Hilfe finden.

Vor diesem Hintergrund soll der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen durch die Bundesregierung damit beauftragt werden zu prüfen, wie ein System zur Messung und Bewertung der Versorgungsleistung und -qualität von Krankenkassen etabliert werden kann und wie es ausgestaltet sein muss. Die Bewertung kann zum Beispiel auf Versichertenbefragungen, den Gesundheitsergebnissen der jeweiligen Krankenkasse unter Einbeziehung soziodemografischer Kriterien, der Erfassung von Strukturqualitätsmerkmalen wie etwa dem Engagement für bestimmte Versichertengruppen wie etwa sozial Benachteiligte oder Menschen mit Behinderungen, für regional vernetzte patientengerechte Versorgungskonzepte, den Umgang mit sozialen Bürgerrechten ihrer Versicherten sowie der Zugangsgerechtigkeit der jeweiligen Krankenkasse beruhen.

Die Versicherten erhielten ein Instrument an die Hand, um Krankenkassen auf der Grundlage sinnvoller und verständlicher Qualitätskriterien miteinander zu vergleichen, die Krankenkassen einen größeren Anreiz, sich um eine bessere Versorgung ihrer Versicherten zu bemühen. Auf diese Weise würde die Bedeutung der Versorgungsqualität im bisher vor allem auf Preis- bzw. Beitragsunterschiede setzenden Wettbewerb zwischen den Krankenkassen im Sinne der Versicherten ausgebaut.

Zu Nummer 4

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 nichtärztlichen 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.

Dabei ist statt einer bloßen Delegation ärztlicher Aufgaben eine grundsätzliche Neuformulierung heilkundlicher Aufgaben innerhalb der ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufe anzustreben. Dies umfasst konkret Rechtssicherheit für die Delegation und dauerhafte Übertragung ärztlicher Aufgaben an nichtärztliche Gesundheitsberufe sowie die Aufhebung des Arztvorbehaltes für bestimmte Tätigkeiten.

Dazu ist mittelfristig eine konsistente berufsrechtliche Neuordnung der Gesundheitsberufe insbesondere durch neue gesetzliche Vorschriften zu Aufgaben und Tätigkeiten der Heilberufe sowie zur Anpassung des Haftungsrechts an die Erfordernisse einer kooperativen Berufsausübung zu entwickeln.

Die Erprobung der größeren Eigenständigkeit nichtärztlicher Gesundheitsberufe in Modellprojekten wurde im Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachten der Entwicklung im Gesundheitswesen von 2007 („Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“) empfohlen. Die von der Bundesregierung 2009 geschaffene Möglichkeit für Modellprojekte zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde durch Pflegekräfte (§ 63 Abs. 3c SGB V) hat sich allerdings als unwirksam erwiesen. Bislang ist nach Angaben der Bundesregierung kein einziges derartiges Modellvorhaben nach dieser Vorschrift initiiert worden. Als Grund wird häufig die diese Modellvorhaben eher ausbremsende Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses genannt.

Ausgehend von diesen Erfahrungen ist es nicht zweckmäßig, den Gemeinsamen Bundesausschusses – wie von der Bundesregierung beabsichtigt – mit der Entwicklung von standardisierten Ausbildungsmodulen für die Kranken- und Altenpflege zu beauftragen (§ 4 Absatz 7 Krankenpflegegesetz n. F. und § 4 Abs. 7 Altenpflegegesetz n. F.) – noch dazu durch eine unverbindliche Kann-Regelung und ohne Fristsetzung. Außerdem stellt sich die Frage, warum ausschließlich die gesetzlich Versicherten für eine solche Aufgabe aufkommen sollen, die im gesamtgesellschaftlichen Interesse liegt. Vor diesem Hintergrund muss mittelfristig sichergestellt werden, dass in der geplanten Neuordnung der Pflegeausbildungen eine adäquate Qualifizierung für die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten als Regelausbildung verankert wird. Für eine Übergangsphase muss die Bundesregierung dafür Sorge tragen, dass ausreichend standardisierte Qualifizierungsangebote geschaffen werden, die examinierten Pflegekräften ermöglichen, ärztliche Aufgaben zu übernehmen.

Die Bundesregierung muss darüber hinaus einen erneuten Anlauf nehmen, damit eine Übertragung ärztlicher Aufgaben im Sinne des § 63 Abs. 3c SGB V in der Praxis erprobt werden kann. Hierzu sollten die bestehenden G-BA Richtlinien praxistauglich überarbeitet werden und die nötigen Anforderungen für die Entwicklung von

Modellprojekten durch ein Zusammenwirken von maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe sowie der Bundesärztekammer unter Hinzuziehen pflegewissenschaftlichen und pflegepädagogischen Sachverständigen vorangetrieben werden. In diesem Sinne verpflichtet sich die Bundesregierung, bis Ende 2015, mindestens drei Modellprojekte in der Förderung nach § 63 Abs. 3c SGB V auf den Weg zu bringen.

Die bessere Kooperation der Gesundheitsberufe vor allem in der Primärversorgung sowie die Erprobung flexiblerer und familienfreundlicher Arbeitszeiten sollten zudem Schwerpunkte der durch den geplanten Innovationsfonds geförderten Projekte bilden.

Zu Nummer 5

Der von der Bundesregierung geplante Innovationsfonds ist zwar grundsätzlich begrüßenswert, allerdings sind stabile und nachhaltige Verbesserungen der Versorgungsqualität durch ihn angesichts der verglichen etwa mit der bis 2009 praktizierten Anschubfinanzierung für Verträge der integrierten Versorgung niedriger Investitionssumme, der zeitlichen Begrenzung sowie der Konstruktion des über die Förderanträge entscheidenden Innovationsausschusses, kaum zu erwarten. Der Innovationsfonds sollte stattdessen langfristig angelegt sein und über eine größere Fördersumme verfügen. Die Finanzierung sollte auch die Private Krankenversicherung einbeziehen. Der Innovationsausschuss sollte überdies eine größere Unabhängigkeit von den Trägern des Gemeinsamen Bundesausschusses aufweisen. Auch der Kreis der möglichen Antragsteller sollte um die Vertragspartner der besonderen Versorgungsverträge nach § 140a SGB V n. F., Kommunen, die Landesgremien nach § 90a SGB V sowie Ärztenetzwerke erweitert werden.

