

# Weiterentwicklung der Versorgung aus der Sicht der Krankenkassen

**Biersdorfer Krankenhausgespräche am 16.09.2011**

**Wilfried Jacobs**

Vorsitzender des Vorstandes  
der AOK Rheinland/Hamburg



Ich möchte das von Ihnen gestellte Thema ergänzen.

Nicht „Weiterentwicklung der Versorgung aus der Sicht der Krankenkassen“, sondern:

**„Weiterentwicklung der Versorgung aus der Sicht des Patienten“**

## Warum Ergänzung?

Jede Ebene im Medizinbetrieb spricht von den Interessen der Patienten. Die Beschreibungen der Patienteninteressen sind durchaus unterschiedlich und geprägt vom jeweiligen Auftrag in der Versorgungskette.

Vergleicht man die vielen Beschreibungen der Patienteninteressen der Player im Gesundheitswesen mit den berechtigten artikulierten Wünschen der wirklichen Patienten, stellt man schlicht und ergreifend fest, dass sie nicht übereinstimmen.

## Daraus ergibt sich die Frage:

Würden wir, wenn wir uns an den berechtigten Wünschen der Patienten orientierten, den Medizinbetrieb auch so organisieren, wie er derzeit ist oder würden wir die Strukturen und Abläufe verändern?

### **Sich einer solchen Frage ernsthaft zu nähern, ist herausfordernd und gefährlich zugleich.**

Warum?

1. Wenn man die aktuellen Strukturen des Medizinbetriebes mehr als nur marginal verändert, hat dies immer ökonomische Verschiebungen zwischen den Versorgungsebenen zur Folge.
2. Für wirklich innovative Ablaufstrukturveränderungen aus Patientensicht fehlen im Gesetz die notwendigen Gestaltungsfreiheiten. Wenn Gestaltungsmöglichkeiten im Gesetz stehen, sind die sie wieder einschränkenden Regelungen Ursache für überzogene Bürokratie.

3. Die immer häufiger die Patienten unnötig belastenden Ablaufprobleme im Medizinbetrieb, wozu auch die Krankenkassen gehören, zur Orientierung von Veränderungsvorschlägen zu machen, birgt die Gefahr in sich, der „Veränderungsvorschlagende“ sei eher ein Kleingeist. Ökonomen, Betriebswirtschaftler, Controller oder Spezialisten anderer Studiengänge werden dagegen als grundsätzlich innovativer angesehen.

Allerdings: Während der kleingeistig erscheinende Praktiker/Macher immer den leibhaftigen Patienten vor sich sieht, brauchen die vorgenannten Spezialisten nicht unbedingt den Patienten auf dem Schirm. Zumindest nicht in seiner Realität.

4. Sollte ein Gesundheitspolitiker eine Gesetzesinitiative einbringen oder planen, woraus man unschwer erkennt, dass die Initiative direkt auf die Verbesserung praxisbezogener Abläufe im Medizinbetrieb ausgerichtet ist, wird er mit absoluter Sicherheit zum Populisten erklärt.

### Beispiel:

Dr. Montgomery in Richtung Gesundheitsminister Bahr, der eine Gesetzesinitiative für zeitnahe Termine der GKV-Patienten bei den Fachärzten angekündigt hat (SPIEGEL vom 05.09.2011). Der Präsident der Bundesärztekammer zu Bahrs, von den Patienten geschätzten Vorschlag: „Populistisch, naiv, und infantil.“

Das sind Sätze, die ersticken sofort alles!

## Ein Zwischen-Fazit

1. Der Medizinbetrieb heute ist in einem Ausmaß überreglementiert, überbürokratisiert, überökonomisiert und überideologisiert, dass die Patienten die von ihnen wahrgenommenen Abläufe oder Handlungen im Medizinbetrieb immer häufiger weder verstehen, noch sie als nützlich empfinden. Wir müssen zurück zur echten patientenbezogenen Realwelt. Wir brauchen einen Boxenstopp, eine Phase des Innehaltens und Neuorientierens an praxisbezogenen Werten.
2. Wir können uns in Deutschland glücklich schätzen, notwendige Verbesserungen der Versorgungsablaufstrukturen auf herausragendem medizinischen Niveau aufzusetzen. Aber was nutzt das gute medizinische Niveau, wenn die Reglementierungslust zum Reglementierungswahnsinn wird.



### Die einfachen, aber verständlichen Erwartungen und Orientierungen der Patientinnen und Patienten im Medizinbetrieb

1. Er ist versichert, zahlt Beiträge, erwartet dafür ein gutes Serviceumfeld seiner Krankenkasse, selbstverständlich die notwendigen Leistungen sowie eine qualitätsgesicherte Medizin. Er ist eher bereit, höhere Beiträge zu zahlen, als Leistungskürzungen hinzunehmen. Er ist immer informierter - sowohl was die Krankenversicherung betrifft als auch die medizinische Versorgung.

Das Internet sein Dauerbegleiter.

Ein Ausbau der Online-Kommunikation mit seiner Krankenkasse und in immer stärkerem Maße auch mit der Medizin (Arzt, Krankenhaus etc.) ist perspektivisch zu erwarten.

2. Wird der Beitragszahler zum Patienten, erwartet er berechtigt
  - Einen schnellen Zugang zur Medizin  
(keine Facharzttermine in zwei Monaten)
  - Eine sichere Diagnose, gut erklärte Therapie, gute Zusammenarbeit der behandelnden Ärzte
  - Bei notwendigem Krankenhausaufenthalt erwartet er
    - eine Einweisung in das fachlich richtige Krankenhaus
    - kein Vier-Bett-Zimmer
    - kein Bett auf dem Flur (abgesehen bei Notfällen)
    - gute „Einstiegs-Medizin“, gute Pflege auf der Station
    - gutes Entlassmanagement; wo sinnvoll, ambulante Weiterbehandlung durch das Krankenhaus

3. Bei herausfordernden Krankheitsbildern wünscht der Patient eine „Begleitung durch den Medizinbetrieb“.

## Acht Patientenorientierte Handlungsfelder in der Versorgung (Beispiele, die direkten Praxisbezug haben).

### 1. Mehr Zeit des behandelnden Arztes für Gespräche mit dem Patienten.

#### Lösungsansatz:

- Umstrukturierung der Gebührenordnung
- Höhere Honorierung für dieprechende Medizin

### 2. Zeitnahe Termine beim Facharzt.

#### Lösungsansatz:

Wenn keine zeitnahen Termine in der Region angeboten werden (Kardiologie, Neurologie etc.), können die Krankenkassen die fachärztliche ambulante Versorgung über die Krankenhäuser organisieren (Bahr-Vorschlag vom 05.09.2011 ist richtig).

**3. Die ambulante fachärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen ist nicht ausreichend sichergestellt.**

Lösungsansatz:

Die Sicherstellung geht bei Mängeln bis zur Behebung auf die Krankenhäuser über (direkte Verträge der Krankenkassen mit den Krankenhäusern bei Bereinigung des KV-Budgets).

**4. Nimmt der Patient mehr als fünf verschiedene Medikamente pro Tag, muss die Arzneimittelverträglichkeit regelhaft beobachtet werden.**

Lösungsansatz:

Sieht die Krankenkasse, dass ein Patient fünf und mehr Medikamente pro Tag nimmt und hierfür keine Schlüssigkeit direkt zu erkennen ist, wird auf Kosten der Krankenkasse von Spezialisten/Ärzten/Apothekern die Arzneimitteltherapie hinterfragt.

### 5. **Der Schwerstkranke (Krebs, Schlaganfall) oder chronisch Kranke braucht auf seinem oftmals langen und beschwerlichen Weg durch den Medizinbetrieb Begleitung.**

#### Lösungsansatz:

Die Krankenkassen verfügen über alle medizinischen Daten des Patienten. Sie müssten auch erkennen können, ob die angebotene Medizin zielführend und schlüssig ist. Wo gibt es Entwicklungen, die der Patient auslöst, ohne dass die behandelnden Ärzte davon wissen bzw. sich die Frage des Hinzuziehens eines Experten anbietet, der den geplanten therapeutischen Weg bewertet und Anregungen gibt. Letztentscheidung bleibt immer beim Arzt.

Ein sinnvolles Fallmanagement darf nicht nur eine vorrangig ökonomische, sondern muss mit gleicher Wertigkeit eine medizinische Orientierung haben.

- 6. Der therapeutische Weg eines Krebs- oder Schlaganfallpatienten (Beispiele) beginnt in aller Regel in einem Krankenhaus. Der Patient erwartet, dass bei seiner Krankenhausentlassung das kompetente Krankenhaus ihn auf den richtigen weiteren therapeutischen Weg lenkt.**

Lösungsansatz:

Die Krankenhäuser sollten bei bestimmten Krankheitsbildern ein professionelles Entlassmanagement nicht nur organisieren, sondern dafür auch besonders bezahlt werden. Eine virtuelle Patientenbegleitung durch das Krankenhaus nach der Entlassung sollte ebenfalls in besonderen Verträgen (Modelle) mit den Krankenkassen vereinbart werden können.

### **7. Im Notfall möchte der Patient schnell an die Hilfeeinrichtung gelangen, die fachkundig ist.**

#### Lösungsansatz:

Die Wochenend-Notdienste werden generell durch die Krankenhäuser organisiert und auch dort angeboten unter aktiver Mitwirkung der niedergelassenen Ärzte. Der Sicherstellungsauftrag des Wochenend-Notdienstes wird zur gemeinsamen Aufgabe der Krankenhäuser und der Kassenärztlichen Vereinigung. Konsequenz wäre auch eine neue Finanzierungsregelung.



### 8. Damit trotz der beispielhaft genannten praxisorientierten Vorschläge zur Versorgungsverbesserung aus Patientensicht die aktuelle Gesundheitspolitik bedient wird.

#### Anmerkungen zum geplanten Versorgungsgesetz:

- Für die Patienten steht wenig „Greifbares“ im Gesetz. Auch nicht für die Krankenhäuser.
- Das Gesetz will auf jeden Fall die Ärzte und Zahnärzte besser versorgen.
- Obwohl es weder aktuell noch in den nächsten zehn Jahren eine zahlenmäßige Unterversorgung im ambulanten Bereich geben wird, ist es richtig, die „Ärzteverteilung“ im Auge zu behalten. Engpässe auf dem Lande sollten ggf. auch durch „Portal-Kliniken/Ambulanzen“ behoben werden.

- Die kleinzelligere und stärker am tatsächlichen Bedarf orientierte Planung der Arztsitze ist richtig.
- Die im Versorgungsstrukturgesetz vorgesehene Neuregelung der spezialärztlichen Versorgung geht in den Ansätzen davon aus, dass es in diesem Handlungsfeld einen Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten geben soll. Es bleiben Zweifel über die Wirksamkeit der geplanten Änderungen. Die Krankenhäuser stärker in die spezialisierte Behandlung einzubinden, ist allerdings richtig.
- Der Ausbau der wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen auf Landesebene ist die konsequente Ergänzung zum Zusatzbeitrag, den nur der Versicherte zu zahlen hat.

## Zur Abrundung

### Was sonst noch 2011 oder 2012 kommen sollte

1. Noch in diesem Jahr eine nachhaltig wirkende Pflegereform (CSU-Pläne: Neuer Zweig der Sozialversicherung – Behinderte, Demenzkranke, schwere Pflegefälle).
2. Neues Medikationsmanagement (Modellvorhaben § 64 a), konsequente Umsetzung der neuen Regelungen zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln.
3. Für elektive Krankenhausbehandlungen Aufhebung des Kontrahierungszwanges mit dem Ziel, andere Behandlungsstandards und Preise zu vereinbaren.
4. Verbot, Krankenhauszimmer mit mehr als drei Patientinnen oder Patienten zu belegen.
5. Den Fusionsprozess der Krankenkassen fördern. 150 Krankenkassen sind nicht notwendig. Es reichen 30 bis 50.