

## **Prof. Wasem auf dem Symposium zur integrierten Patientenversorgung, Bad Brückenau 25./26.09.2009 – Dr. Karl Ebertseder**

Dieses Wochenende - am Vorabend der für das Gesundheitswesen in Deutschland schicksalhaften Bundestagswahl - fand im Dorint-Parkhotel in Bad Brückenau das „3. interaktive nationale Partnerforum“ der Firma AstraZeneca zum Thema integrierte Patientenversorgung statt, bei dem als prominentester Referent Prof. Wasem auftrat.

Prof. Wasem ist 1. Lehrstuhlinhaber für Gesundheitsmanagement in Essen und führender „Gesundheitsexperte“ in Deutschland, 2. Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirates zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA, dessen eigentlicher „Vater“ er ist, 3. Vorsitzender des erweiterten Bewertungsausschusses und damit oberster Schlichter bei den Verhandlungen zwischen der KBV und den Kassen. Damit ist Wasem nicht nur einer der einflussreichsten Berater in der Gesundheitspolitik, sondern auch der Beweger von Hunderten von Milliarden Euro im deutschen GKV-System. Prof. Wasem selbst sprach eingangs von „drei Hüten“ und erklärte - schon mal prophylaktisch - dass er sehr wohl klar trennen würde, welchen Hut er gerade auf habe, so dass er sich z.B. schon mal als Wissenschaftler für etwas ausspreche, was er in seiner Eigenschaft als oberster Schlichter dann ablehne. Er glaubt, damit auch keinerlei Problem zu haben.

Wasem gliederte seinen Vortrag in 6 Thesen:

### **These 1: Bei der Einführung der Direkt- bzw. Selektivverträge habe es kein schlüssiges Gesamtkonzept gegeben.**

Ausschlaggebend seien aber drei Motive gewesen:

- ordnungspolitisches Motiv: Aufbrechen des Monopols der KVen und der Kontrahierungszwänge des Kollektivvertrags..
- versorgungspolitisches Motiv: „Flexibilisierung“ der Versorgungsangebote, die im Kollektivvertrag nicht möglich sei, in dem immer die letzten das Tempo bestimmten.
- finanzielles Motiv: Preissenkung durch Umgehung des Kollektivvertrags als Schutzzaun der Leistungserbringer.

### **These 2: Während der Morbi-RSA die Chancen des Versorgungsmanagements verbessere, sei die Wirkung des Gesundheitsfonds in seiner gegenwärtigen Ausgestaltung ambivalent.**

Diese „Ambivalenz“ resultiere im wesentlichen aus den Regelungen zu den Zusatzbeiträgen, die sich als Hindernis für die Direktverträge und damit auch für das Gesundheitsmanagement erwiesen.

Der Morbi-RSA (eine Konzeption die von ihm selbst Mitte der 90er Jahre aus den USA übernommen worden sei) begünstige die großen Kassen, was ordnungspolitisch so gewollt sei, und schaffe Grundlage für die breite Einführung eines systemorientierten Versorgungsmanagements im GKV-Bereich. Die Folge für das Geschäftsmodell der Kassen sei gravierend, weil es nicht mehr lukrativ sei, möglichst viele gesunde Versicherte zu haben, sondern möglichst viele chronisch Kranke mit Diagnosen, die in den Morbi-RSA fallen - was das Versorgungsmanagement für die Kassen überhaupt erst attraktiv mache.

Aber: Der Gesundheitsfonds, wie er derzeit gestrickt sei, erweise sich hier wiederum als Bremse, insbesondere aufgrund der Regelungen zu den Zusatzbeiträgen. An sich hätte er,

Wasem, von Anfang an Zusatzbeiträge bei allen Kassen präferiert. Dann hätte sich ein Wettbewerb um Zusatzbeiträge entwickeln können, der dem Markt der Selektivverträge in Schwung gebracht hätte. Stattdessen versuchten die Kassen jetzt um jeden Preis (auch den der Fusion mit einer anderen Kasse, wie jetzt GEK/Barmer), einen Zusatzbeitrag zu vermeiden. In der Konsequenz liege so der Gesundheitsfonds wie eine „bleierne Belastung“ auf den Selektivverträgen.

### **These 3: Die Abschaffung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung sei ein Fehler gewesen.**

Dies nicht nur wegen des Wegfalls der unmittelbaren Subventionierung der IV-Verträge, sondern v.a. durch die dadurch entstandene Problematik der „Bereinigung“ des Kollektivvertrags (wobei die Anschubfinanzierung letztlich auch schon eine „Bereinigung“ war). Schwierig sei schon die Bereinigung der Gesamtvergütung. Geradezu „unendlich schwierig“ aber die Bereinigung der Regelleistungsvolumina.

Die „Bereinigung“ habe zwei Aspekte: 1. die Kasse dürfe nicht 2x zahlen, 2. der Arzt (im Selektivvertrag) solle „nicht doppelt bluten“ müssen. Die eigentliche Schwierigkeit liege beim 2. Aspekt. Die KV versuche alles zu blocken, was in Richtung Bereinigung des Kollektivvertrags gehe, weil dies den Druck in Richtung Selektivverträge erhöhe und die Existenz der KV bedrohe. Die KV versuche daher, den Ärzten im Selektivvertrag „so viel wie möglich zu schaden“, in dem sie sich sträube, eine „Bereinigung“ auf Kosten der nicht-selektivvertragsteilnehmenden Kollektivvertragsärzte vor zu nehmen. Hier sei dringend Hilfe von Seiten des Gesetzgebers nötig. Allerdings hänge dies vom Ausgang der Wahl ab: Schwarz-Gelb werde den Schutzzaun der KV erhalten, wobei v.a. die FDP sich mit ihrem Eintreten für die Freiberuflichkeit als „Bewahrerin der Zunftstrukturen des 19. Jahrhunderts“ positioniert habe.

Als virtueller Ersatz für die Bereinigung sei ein „Innovationsfonds“ vorgesehen, der nach der Wahl komme. Eine erneute Anschubfinanzierung werde es bei dem breiten Widerstand in der Politik sicher nicht geben (Argument: die 5 Jahre, in denen es das gab, seien genug).

### **These 4: Die 73b-Hausarztverträge seien eine ernste Gefahr für „echte“ Direktverträge.**

Die Hausarztverträge beinhalteten genau das, was das Versorgungsmanagement nicht wolle, nämlich mehr Geld für die gleiche Leistung, und eine Monopolstellung auf der Leistungserbringerseite, zumal einem Monopol des Hausärzteverbands, der nicht als Körperschaft öffentlichen Rechts (wie die KV) der staatlichen Direktive unterliege.

Ulla Schmidt habe sich hier als beratungsresistent erwiesen, als sie auf die Linie zu Gunsten des Hausärzteverbands eingeschwenkt sei (in der Diskussion wurde die Frage aufgeworfen, ob hinter der Förderung der Hausarztverträge nicht auch der strategische Zweck einer Spaltung der Ärzteschaft stehe, worauf Prof. Wasem aber nicht weiter eingehen wollte). Durch die 73b-Verträge hätten die Hausärzte kein Interesse, sich an Direktverträgen i.S. des Versorgungsmanagements zu beteiligen.

Er erwarte, dass die Hausarztverträge nach der Wahl wieder auf den Status von 2003 zurückgestuft würden. Dann wären auch die „echten“ Direktverträge nicht mehr behindert.

### **These 5: Selektivverträge mit sektorenübergreifendem Versorgungsauftrag sind prädestiniert für die Adoption von P4P („pay for performance“)-Modellen der GKV.**

Dabei sei „sektorenübergreifend“ nicht gleich zu setzen mit „Vollversorgung“. Ein Beispiel sei der Kardiologenvertrag in Baden-Württemberg. Es sei zu hoffen, dass das P4P-Modell in der künftigen Gesundheitsreform rein geschrieben werde.

Von großer Bedeutung für die Anbieter von P4P-Modellen seien geeignete Risiko-Meßmethoden.

### **These 6: Neue Formen der Kooperation zwischen GKV und PKV können sinnvolle Weichenstellungen für das Versorgungsmanagement leisten.**

Hierauf ging Prof. Wasem leider wegen der fortgeschrittenen Zeit nicht näher ein. Er verwies darauf, dass es bereits Fusionen zwischen privaten Versicherern und gesetzlichen Kassen gebe, wie z.B. die Allianz-KKH (Wasem ist u.a. Aufsichtsratsmitglied der privaten Allianz-Krankenversicherung - früher Vereinte – und sitzt in Beiräten mehrerer PKVen).

#### **Aus der anschließenden Diskussion greife ich ein paar flash-lights heraus:**

- Eine Abschaffung des Gesundheitsfonds wird es sicher nicht geben.
- Die Rahmenbedingungen für die Kassen müssen so sein, dass diese ihre gesellschaftspolitische Funktion erfüllen können. Deutschland habe sich nun mal, anders wie in anderen Ländern, für ein System gesetzlicher Kassen entschieden.
- Der Morbi-RSA ist ein „lernendes System“
- Die Zahl der Diagnosen im Morbi-RSA sei nicht entscheidend - leuchtendes Vorbild dieses Konzepts sei ja Holland, wo der Morbi-RSA sehr effektiv wirke, trotz wesentlich weniger Diagnosen.
- Die Frage eines Kollegen, ob er es den gut finde, dass durch die Codierung die Bürokratielast für uns niedergelassene Ärzte noch einmal massiv gesteigert würde, stieß bei Wasem zunächst auf völliges Unverständnis, schließlich gehöre das Verschlüsseln von Diagnosen immer schon zu den Pflichten der Leistungserbringer..
- Es komme auch nicht darauf an, möglichst vollständig alle Zusatzdiagnosen zu codieren (als konkretes Beispiel wurde der Diabetes genannt). Die ICD-Codes (für den Morbi-RSA) würden vielmehr „kondensiert, aggregiert und hierarchisiert, um die Versorgungswirklichkeit abzubilden“.
- Bisher sei die Diagnose der zentrale Punkt (für den Morbi-RSA). Diese sei aber manipulationsanfällig. Daher müsse zusätzlich eine Validierung eingeführt werden, z.B. die Verordnung eines bestimmten Arzneimittels zusätzlich zur Diagnose.
- Zur Frage nach der Zukunft der MVZ's, insbes. in Hinblick auf die jüngste Entscheidung des Bewertungsausschusses bezüglich Änderung der Fallzahlbewertung im Rahmen der RLV-Berechnung (es gelten jetzt Behandlungsfälle statt Arztfälle, was ein „Auslutschen“ von Patienten verhindern soll): Dies sei eine Entscheidung des Bewertungsausschusses (nicht des *erweiterten* Bewertungsausschuss) gewesen, bei der er nicht involviert gewesen sei. Klar

würden arztgeführte MVZ's dadurch gegenüber Klinik-MVZ's benachteiligt, wo es weniger Überschneidungen gebe.

- Zur Frage Übernahme durch Kapitalgesellschaften: Er teile nicht die Auffassung, dass Gewinne aus selbständiger Tätigkeit „gute“ Gewinne, und Gewinne von Kapitalgesellschaften „schlechte“ Gewinne seien. Das müsse der Markt regeln. Beispielsweise seien in Großbritannien schon lange alle Restriktionen gegen Apothekenketten weggefallen, trotzdem seien immer noch rund 50% der Apotheken in der Hand von Selbstständigen (die Frage ungleicher Wettbewerbsbedingungen aufgrund gesetzgeberischer Vorgaben wurde nicht aufgeworfen!).

- Die Fusion der Kassen erhöhe grundsätzlich die Chancen für Versorgungsmanagement, das sich nur bei einer entsprechend großen Zahl von Versicherten lohne.