

Antrag

der Abgeordneten Christine Aschenberg-Dugnus, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, Renata Alt, Nicole Bauer, Jens Beeck, Dr. Jens Brandenburg (Rhein-Neckar), Dr. Marco Buschmann, Britta Katharina Dassler, Hartmut Ebbing, Dr. Marcus Faber, Daniel Föst, Otto Fricke, Thomas Hacker, Markus Herbrand, Dr. Christoph Hoffmann, Reinhard Houben, Ulla Ihnen, Olaf in der Beek, Gyde Jensen, Thomas L. Kemmerich, Dr. Marcel Klinge, Daniela Kluckert, Carina Konrad, Konstantin Kuhle, Alexander Graf Lambsdorff, Ulrich Lechte, Michael Georg Link, Alexander Müller, Roman Müller-Böhm, Dr. Martin Neumann, Dr. Wieland Schinnenburg, Matthias Seestern-Pauly, Frank Sitta, Judith Skudelny, Dr. Hermann Otto Solms, Bettina Stark-Watzinger, Dr. Marie-Agnes Strack-Zimmermann, Stephan Thomae, Manfred Todtenhausen, Dr. Andrew Ullmann und der Fraktion der FDP

Qualitätsorientierte Versorgung stärken – Pay-for-Performance-Modelle in der ambulanten Versorgung fördern

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Eine große Herausforderung für die Finanzierbarkeit unseres Gesundheitswesens sind die steigenden Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Gesamtausgaben der GKV sind von 194,5 Mrd. Euro im Jahr 2013 auf 239,4 Mrd. Euro im Jahr 2018 um 23,1 Prozent gestiegen (www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2019Bund_Juli_2019.pdf). Das sind durchschnittlich 4,24 Prozent pro Jahr. Diese Steigerung liegt vor allem an der in den letzten Jahren betriebenen intensiven Politik der Leistungsausweitungen. So sind die Leistungsausgaben von 194,49 Mrd. Euro in 2013 auf 226,22 Mrd. Euro in 2018 um 16,3 Prozent gestiegen. Die Inflationsrate in Deutschland betrug für diesen Zeitraum lediglich 5,4 Prozent (www.destatis.de/DE/Themen/Wirtschaft/Preise/Verbraucherpreisindex/Tabellen/Verbraucherpreise-12Kategorien.html).

Zwar gab es immer wieder den Griff in die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, die trotz andauernder Überschüsse von 13,6 Mrd. Euro im Jahr 2013 auf 9,7 Mrd. Euro im Januar 2019 gesunken ist (www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2019/2-quartal/finanzergebnisse-gkv-1q-2019.html). Aber vor allem wurden dauerhaft wirksame Leistungsausweitungen getätigt. Die aktuelle Gesetzgebung setzt diesen Trend fort: Allein die Mehrausgaben aufgrund des Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes (PpSG) und des Terminservice- und Versorgungsgesetzes

(TSVG) gehen in die Milliarden (www.handelsblatt.com/politik/deutschland/gesundheitspolitik-neues-termingesetz-zusatzhonorare-fuer-aerzte-von-mehr-als-einer-milliarde-euro/24067638.html). Als erste Folge dieser Leistungsausweitungen wird ab 2020 der durchschnittliche Zusatzbeitragsatz in der gesetzlichen Krankenversicherung um 0,2 Prozentpunkte auf 1,1 Prozent steigen (www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2019/4-quartal/gkv-zusatzbeitragsatz.html).

Eine große Aufgabe ist es deshalb, andere Wege zu finden, um unser Gesundheitswesen fit für die Zukunft zu machen. Denn dazu besteht heute mehr denn je die Notwendigkeit. Es ist dabei sinnvoll, der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen die Definition des Leistungskatalogs zu übertragen und ihn nicht zu einem politischen Spielball zu machen. Gleichzeitig müssen wir mehr und fairen Wettbewerb im Gesundheitswesen schaffen und dies mit einem Gewinn an Wirtschaftlichkeit und einer Verbesserung der Qualität flankieren.

Aus diesem Grund muss in allen Bereichen des Gesundheitswesens die Qualität betont und die Versorgung unter diesem Aspekt neu ausgerichtet werden. An eine gute Qualität muss auch eine gute Vergütung geknüpft sein.

Insbesondere im ambulanten Versorgungssektor ist das Vergütungssystem intransparent, ist für Leistungserbringer und Kostenträger gleichermaßen unbefriedigend. Es ist in seinem Verteilungsmodus nicht gerecht und hat keine an guter Versorgung orientierte Steuerungsfunktion. Vielmehr spüren alle Beteiligten die Auswirkungen der Budgetierung ärztlicher Leistungen.

Weitere Folgen sind zum Beispiel auftretende Resistenzen. Deutlich bemerkbar wird das zum Beispiel beim Antibiotikamanagement. Als mögliche Ursachen werden mit Hinweis auf wissenschaftliche Erkenntnisse von der Kommission „Antiinfektiva, Resistenz und Therapie“ (ART) beim Robert Koch-Institut unter anderem Verordnungsdruck durch die Patienten, Festhalten an der eigenen Erfahrung, Angst vor Einschränkung der Diagnostik- und Therapiefreiheit, mangelnde Möglichkeiten oder fehlende Ressourcen genannt (www.aerzteblatt.de/archiv/186460/Infektiologische-Leitlinien-Nur-die-praktische-Anwendung-zaehlt). So verschreiben Ärzte am Nachmittag häufiger Antibiotika, nach Ansicht von amerikanischen Wissenschaftlern aus Erschöpfung (<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1910546?resultClick=1>). In Deutschland befassen sich Forschungsprojekte bereits damit, wie die fast 30 Prozent überflüssigen Antibiotikaverordnungen – insbesondere im Bereich der Atemwegs- und Harnwegsinfekte, reduziert werden können (www.helmholtz-hzi.de/de/forschung/forschungsprojekte/ansicht/projekt/detail/wasa).

Bereits 2007 hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bemängelt, Patienten würden im Durchschnitt nur in 55 Prozent der Fälle die empfohlene, leitliniengerechte Therapie erhalten und sich deshalb mit der qualitätsbezogenen Vergütung (pay for performance, P4P) befassen (<https://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf>). Bei Osteoporose sollen nur 20 Prozent der Betroffenen eine leitliniengerechte Therapie (<https://m.medical-tribune.de/medizin-und-forschung/artikel/osteoporose-nur-jeder-fuenfte-wird-leitliniengerecht-behandelt/>) erhalten, bei Schuppenflechte nur die Hälfte (www.aerzteblatt.de/nachrichten/98825/Psoriasispatienten-weiterhin-oft-unterversorgt-und-stigmatisiert).

Sinnvoll kann es deshalb sein, Anreize für qualitätsorientierte Behandlungen zu setzen. Pay for performance oder besser Pay for quality kann dafür eine Möglichkeit sein, denn sie geht weiter als das Erfassen und Veröffentlichen von Qualitätsdaten. Kernpunkt ist die Orientierung der Vergütung weg von der Budget- hin zu einer Qualitätsorientierung. Überflüssig würde dann auch die Budgetierung ärztlicher Leistungen. Mit der Umsetzung von evidenzbasierten Leitlinien sowie näher zu bestimmenden Endpunkten oder der Barrierearmut des Zugangs kann die ärztliche Versorgung eingeordnet und anschließend entsprechend honoriert werden.

Allerdings müssen bei der Einführung von qualitätsbezogenen Vergütungsmodellen

unerwünschte Nebenwirkungen wie überflüssige Bürokratie durch geeignete Maßnahmen verhindert werden. Auch müssen die Verfahren der Qualitätsmessung und -bewertung verfügbar, fair und zuverlässig sein.

- II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung deshalb auf,
1. ein Versorgungs-Qualität-Gesetz vorzulegen, das die qualitätsbasierte Versorgung im ambulanten Sektor fördert, dabei sollen insbesondere Pay-for-quality-Vergütungsmodelle einbezogen werden,
 2. die entsprechenden Verfahren und Indikatoren zur Qualitätsmessung und -bewertung vom Gemeinsamen Bundesausschuss festlegen zu lassen.

Berlin, den 12. November 2019

Christian Lindner und Fraktion

