

Versorgung sicherstellen und Kostensteigerungen vermeiden

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung

14. Oktober 2011

Zusammenfassung

Die Sicherstellung einer flächendeckenden wohnortnahen medizinischen Versorgung ist ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel. Dieses Ziel kann und muss jedoch ohne zusätzliche Belastung der Beitragszahler zur gesetzlichen Krankenversicherung erreicht werden. Dazu muss bestehende Überversorgung zugunsten bestehender Unterversorgung abgebaut werden. Es ist gesetzliche Aufgabe der Ärzteschaft, überall eine ausreichende ärztliche Versorgung sicherzustellen. Wenn sie dazu bislang nicht in der Lage ist und der Gesetzgeber deshalb jetzt aktiv werden muss, dann darf diese Fehlleistung nicht noch mit einem Honorarzuwachs belohnt werden. Wenn die Reform kostenneutral umgesetzt wird, erübrigt sich zugleich jede weitere Diskussion um eine Kürzung der Bundesmittel für den Sozialausgleich.

Nach dem Gesetzentwurf sind Kostenmehrbelastungen der Beitragszahler jedoch nicht ausgeschlossen. Er lässt eine dringend erforderliche fundierte Kostenfolgenabschätzung vermissen. Im Gegensatz zu den Annahmen im Gesetzentwurf gehen die Krankenkassenverbände davon aus, dass die Umsetzung der Maßnahmen im Bereich der ärztlichen Versorgung zu überproportionalen Ausgabensteigerungen für ärztliche Honorare kommt.

Eine Mehrbelastung der Beitrags- und Steuerzahler muss unbedingt vermieden werden. Bereits im laufenden Jahr haben der Beitragssatz mit 15,5 % und der Bundeszu-

schuss mit über 15 Mrd. € Rekordhöhen erreicht. Zudem sind die Arzthonorare und Krankenhausbudgets seit 2007 durch die Politik mehrfach deutlich überproportional angehoben worden. Neben dem ambulanten Bereich sollte der Gesetzgeber auch die Effizienzpotenziale im stationären Bereich angehen, auf den über ein Drittel der Kosten des Gesundheitssystems entfallen. Zur Hebung der Effizienzpotenziale ist mehr Wettbewerb und Vertragsfreiheit erforderlich.

Unverständlich ist, dass sich der Gesetzentwurf weniger mit dem Problem der Behebung von Unterversorgung beschäftigt, sondern vorrangig Regelungen enthält, die den Beitragszahlern unnötige Kosten aufzubürden drohen – insbesondere mit der neuen Berechnung der Honorare niedergelassener Ärzte. Ein großer Teil der zu erwartenden Kosten ist der Versorgung hoch spezialisierter Ärzte geschuldet, nicht aber der medizinischen Versorgung der Patienten. Eine flächendeckende Versorgung kann kostenneutral nur dann sichergestellt werden, wenn Anreize und Förderinstrumente für die Niederlassung in unterversorgten Gebieten kombiniert werden mit entsprechenden Einsparungen in überversorgten Gebieten.

Die vorgesehenen Maßnahmen zur Reform des Gemeinsamen Bundesausschusses, wie insbesondere das Verfahren zur Benennung der unparteiischen Vorsitzenden, die Regelung zur Stimmrechtsübertragung bei sektorbezogenen Beschlüssen sowie die Einführung eines Mindestquorums bei Beschlüssen zum Ausschluss von Leistungen,



bergen die Gefahr der politischen Einflussnahme und eine Verzögerung der Abstimmungsverfahren und sind daher kritisch zu sehen.

Positiv zu bewerten ist das Schließen der Regelungslücke für den Fall der Insolvenz einer Krankenkasse und in Teilen auch die verbesserte Koordinierung ambulanter und stationärer Versorgung sowie die Maßnahmen zur Flexibilisierung des Zulassungsrechts.

Im Einzelnen

Honorarreform für niedergelassene Ärzte kostenneutral gestalten

Eine zusätzliche Belastung der Beitrags- und Steuerzahler muss unbedingt vermieden werden. Beitragssatz und Bundeszuschuss erreichen bereits in 2011 Rekordhöhen.

Die vorgesehene Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems trägt demgegenüber nicht erkennbar zur Verbesserung der medizinischen Versorgung bei, sondern droht diese erheblich zu verteuern. Denn vor allem bleiben die Regelungen, die den Ärzten in den vergangenen Jahren deutliche Honorarzuwächse beschert haben, in Kraft.

Zudem soll die Vergleichbarkeit der ärztlichen Vergütungen zwischen verschiedenen Regionen bzw. verschiedenen Krankenkassen aufgehoben werden.

Nicht nachvollziehbar ist in diesem Zusammenhang, dass einerseits die verbindliche Anwendung der Kodierrichtlinien als einzige Regelung zur Sicherung der Qualität der Diagnosen aufgegeben werden soll, und andererseits daran festgehalten werden soll, den Honoraranstieg der Ärzte über Diagnosen und deren Veränderungen festzulegen.

Schließlich passt in dieses Bild auch, dass der Entwurf vorsieht, dass in Zukunft nur noch die Kassenärztlichen Vereinigungen über die Honorarverteilung entscheiden sollen, die es bisher nicht geschafft haben – auch nicht über finanzielle Anreize und

Strukturanpassungen – Über- und Unterversorgungen auszugleichen.

Es ist gesetzliche Aufgabe der Ärzteschaft, überall eine ausreichende ärztliche Versorgung sicherzustellen. Wenn sie bislang dazu nicht in der Lage ist und deshalb jetzt der Gesetzgeber aktiv werden muss, dann darf diese Fehlleistung nicht noch mit einem Honorarzuwachs belohnt werden. Wenn die Reform kostenneutral umgesetzt wird, erübrigt sich zugleich jede weitere Diskussion um eine Kürzung der Bundesmittel für den Sozialausgleich.

Bewährte Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sichern

Die vorgesehenen Regelungen zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), wie vor allem das Verfahren zur Benennung der unparteiischen Vorsitzenden, die Regelung zur Stimmrechtsübertragung bei sektorbezogenen Beschlüssen sowie die Einführung eines Mindestquorums bei Beschlüssen zum Ausschluss von Leistungen, sind kritisch zu sehen. Sie sind kontraproduktiv und drohen den in gemeinsamer Selbstverwaltung organisierten, staatsfernen G-BA zu schwächen.

Das im Gesetzentwurf enthaltene Benennungsverfahren für die unparteiischen Vorsitzenden des G-BA erhöht den Einfluss der Politik, da die von den Trägerorganisationen vorgeschlagenen Personen zum einen vom Bundestagsausschuss für Gesundheit abgelehnt werden können und bei zweimaliger Ablehnung zum anderen die Letztentscheidung beim Bundesministerium für Gesundheit liegen kann.

Durch die vorgesehene Regel, dass nur noch Personen als unparteiische Mitglieder benannt werden können, die in den vorausgegangenen 3 Jahren für keine Trägerorganisation, nicht im Krankenhaus, als Arzt, Psychotherapeut oder Zahnarzt tätig waren, droht ein Verlust von Expertise.



Ein Mindestquorum bei Beschlüssen zum Ausschluss von (bisherigen) GKV-Leistungen sollte nicht eingeführt werden. Die Regelung würde Beschlüsse zum Ausschluss von GKV-Leistungen deutlich erschweren. Der G-BA könnte seinem Auftrag, den Leistungskatalog entsprechend der medizinisch-wissenschaftlichen Datenlage zu bereinigen, weniger und nur mit einer zusätzlichen formalen Hürde nachkommen. Ein über die bisherige einfache Mehrheit hinausgehendes Mindestquorum ist kontraproduktiv und würde die Handlungsfähigkeit des G-BA in diesem wichtigen Arbeitsfeld einschränken.

Ziel muss vielmehr sein, den G-BA dahingehend zu stärken, dass er eine Basissicherung der gesetzlichen Krankenversicherung definiert. Es dürfen nur noch solche Leistungen übernommen werden, deren Nutzen nachgewiesen ist und die wirtschaftlich erbracht werden.

Die vorgesehene Regelung, dass bei sektorübergreifenden Themen die Stimmen aufgeteilt werden, ist ebenfalls kritisch zu bewerten. Die erst mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz im Jahr 2008 eingeführten sektorübergreifenden Beschlüsse des G-BA haben sich bewährt und sollten beibehalten werden. In der Vergangenheit hatten sich sektorbezogene Beschlüsse als problematisch erwiesen, da es hier bei gleichen Methoden und Rahmenbedingungen in den Sektoren zu unterschiedlichen Entscheidungen und Qualitätsanforderungen kam.

Die vorgesehene Abschätzung der Bürokratiekosten bei Richtlinienbeschlüssen des GBA ist positiv. Dabei muss aber sichergestellt werden, dass hierdurch keine unnötigen Verzögerungen oder andere Hemmnisse der Beratungsverfahren erfolgt.

Ergänzende Regelungen bei Schließung von Krankenkassen sind sachgerecht

Die vorgesehenen Maßnahmen bei Schließung von Krankenkassen sind zu befürworten. Vor dem Hintergrund der Schließung der

City BKK offenbarte sich Regelungsbedarf. Insbesondere die Erstellung und Weiterreichung eines Vordrucks durch die zu schließende Krankenkasse, deren Behandlung als „Körperschaft in Abwicklung“, die umfassende Rechtsetzungs- und Verwaltungsdelegation an den GKV-Spitzenverband sowie die Bindungswirkung von Leistungsentscheidungen der geschlossenen Krankenkasse, sind positiv zu bewerten.

Es ist zu erwarten, dass die Mitglieder einer insolventen Krankenkasse mit einem Vordruck für den Kassenwechsel sowie einer Liste der wählbaren Krankenkassen besser als bisher informiert werden.

Zu den positiv zu bewertenden Maßnahmen gehört ausdrücklich auch die neu festgelegte Kompetenz des Bundesversicherungsamtes, einer aushelfenden Krankenkasse mit einem Liquiditätsdarlehen aus der Liquiditätsreserve zu helfen, bis die neuen Mitgliedschaftsverhältnisse geklärt sind.

Sektorenverbindenden Versorgungsbe- reich in der ambulanten spezialärztlichen Versorgung einführen

Es ist richtig, ambulante und stationäre Versorgung besser zu koordinieren. Gerade in Ballungszentren gibt es eine ausgeprägte Überversorgung in den Bereichen, in denen Krankenhäuser und Vertragsärzte gleichermaßen an der Versorgung teilnehmen. Durch verbesserte Koordination lassen sich teure Doppelstrukturen und -untersuchungen reduzieren.

Kritisch ist allerdings, dass es an einer Mengensteuerung fehlt. Das Motto „wer kann, der darf“ droht zu unnötigen Folgekosten zu führen, da so auf gesicherte Qualität und nachvollziehbare Wirtschaftlichkeit verzichtet wird.

Die Blickverengung auf den Bereich hochspezialisierter Leistungen, seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen ist ebenfalls kritisch zu sehen. Teure Doppelstrukturen müssen auch in anderen Bereichen angegangen werden.



Problematisch ist auch die grundsätzliche Aufnahme aller nicht kontrollierten und nicht anerkannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die ambulante spezialärztliche Versorgung. An Stelle dieses Verbotsvorbehalts sollte bei der Zulassung von Leistungserbringern durch die Landesbehörden ein Erlaubnisvorbehalt treten. Generell sollten nur solche Leistungen übernommen werden, deren Nutzen nachgewiesen ist und die wirtschaftlich erbracht werden.

Flexibilisierung des Zulassungsrechts reicht nicht aus

Die im Referentenentwurf vorgesehenen Ansätze zur Flexibilisierung des Zulassungsrechts sind ein Schritt in die richtige Richtung.

Positiv ist im Referentenentwurf, dass eine Flexibilisierung des Zulassungsrechts dadurch erreicht wird, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen den freiwilligen Verzicht auf Zulassung als Vertragsarzt finanziell fördern.

Kritisch ist jedoch, dass weiterhin auch in überversorgten Regionen Zulassungen „vererbt“ werden können. In keinem anderen Bereich wird Firmeninhabern eine Nachfolge bzw. ein Käufer des Unternehmens staatlich garantiert. International ist eine Regelung in dieser Form einmalig. Besser wäre es, die freiwerdenden Arztsitze in überversorgten Gebieten generell nicht mehr zu vergeben. Auch die zeitlich befristete Zulassung kann ein geeignetes Instrument sein.

Abzulehnen ist auch, dass in Zukunft Ärzte, die einige Zeit in einem unterversorgten Gebiet ärztlich tätig waren, dies später als Bewerber in überversorgten Gebieten positiv angerechnet bekommen. Das bestehende Verteilungsproblem der Ärzte wird damit langfristig nicht gelöst.

Solange Ärzte auch in besonders attraktiven, überversorgten Regionen eine Zulassung erhalten, bleiben Maßnahmen gegen die Unterversorgung in weniger attraktiven Regio-

nen entweder unnötig kostspielig oder weitgehend wirkungslos.

Zulassung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) nicht beschränken

Die Zulassung Medizinischer Versorgungszentren sollte nicht beschränkt werden. Denn MVZ und Arztstationen sind dazu geeignet, auch in unterversorgten Gebieten die medizinische Versorgung zu verbessern.

Der Wettbewerb um die beste Form der Versorgung darf nicht dadurch behindert werden, dass der ärztliche Leiter eines MVZ selbst als Vertragsarzt oder angestellter Arzt in dem betreffenden MVZ tätig sein muss. Auch die Einschränkung der Gründungsmöglichkeiten, indem in der Regel nur noch Vertragsärzte oder zugelassene Krankenhäuser zugelassen werden sollen ist kontraproduktiv. Die Beschränkung auf bestimmte Rechtsformen, die beispielsweise Aktiengesellschaften für eine Gründung ausschließen, ist ebenfalls abzulehnen.

Gegenüber Einzelpraxen bieten solche Zentren sowohl Patienten als auch Ärzten große Vorteile bei Service und Wirtschaftlichkeit. Auch Krankenhäuser sind in ihrer Rechtsform nicht beschränkt. Gewinnerzielungsabsichten halten gegenwärtig weder Ärzte noch Krankenhäuser von einer verantwortungsvollen Versorgung der Patienten ab. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass Einrichtungen anderer Rechtsformen, die für MVZ ausgeschlossen werden sollen, zumindest die gleiche Versorgungsqualität liefern und mehr Wert auf Qualitätstransparenz legen als Einrichtungen der nach dem Gesetzesentwurf erlaubten Rechtsformen.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

soziale.sicherung@arbeitgeber.de