



Hochschule Fulda · Postfach 2254 · D-36012 Fulda

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Der Vorsitzende
Dr. Edgar Franke, MdB
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(32)
gel. ESV zur öAnhörung am 25.03.
15_GKV-VSG
23.03.2015

Fulda, 23. März 2015

**Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zum
GKV-VSG am Mittwoch, den 25. März 2014 von 15.30 bis 18.30 Uhr**

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

ich danke Ihnen für die Einladung zur Teilnahme an der oben
genannten Anhörung und die Gelegenheit zur Abgabe der beigefügten
schriftlichen Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Stefan Greß

Der Dekan

Prof. Dr. Stefan Greß

Leipziger Str. 123
D-36037 Fulda

stefan.gress@hs-fulda.de

Sekretariat
06 61/96 40-600

Durchwahl
06 61/96 40-601

Telefax
06 61/96 40-649

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG).

Bundestagsdrucksache 18/4095 vom 25.2.2015

und zu den Anträgen

Fraktion DIE LINKE: Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen – Hochwertige und effiziente Versorgung für alle (Bundestagsdrucksache 18/4099 vom 25.2.2015).

Fraktion DIE LINKE: Wohnortnahe Gesundheitsversorgung durch bedarfsorientierte Planung sichern (Bundestagsdrucksache 18/4187 vom 2.3.2015).

Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Gesundheitsversorgung umfassend verbessern: Patienten und Kommunen stärken, Strukturdefizite beheben, Qualitätsanreize ausbauen (Bundestagsdrucksache 18/4153 vom 2.3.2015).

Hiermit nehme ich zu den wesentlichen Inhalten des Gesetzentwurfs und der genannten Anträge folgendermaßen Stellung.

Vorbemerkung

Ziel des Gesetzentwurfes ist es nach Angaben der Bundesregierung insbesondere, künftig eine flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung sicherzustellen und den Versicherten einen schnellen und sektorenübergreifend durchgehenden Zugang zur medizinischen Versorgung zu verschaffen. So soll die Situation der Versicherten im konkreten Versorgungsalltag verbessert werden. Diese Zielsetzung ist grundsätzlich zu begrüßen. Die genannten Ziele können jedoch nur erreicht werden, wenn die konkreten Maßnahmen im Gesetzentwurf adäquate Anreize für die Akteure im Gesundheitssystem setzen. Aus meiner Sicht bestehen jedoch erhebliche Zweifel daran, ob die vorgeschlagenen Maßnahmen die Anreizstruktur im Hinblick auf die oben genannten Zielsetzungen hinreichend verändern können. Dies lässt sich anhand der zentralen Maßnahmen des Gesetzentwurfs zeigen.

Terminservicestellen

Mit Inkrafttreten des GKV-VSG sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden, Terminservicestellen einzurichten. Diese sollen den Versicherten innerhalb von vier Wochen einen Termin bei einem Facharzt in zumutbarer Entfernung vermitteln. Gelingt dies nicht, können die Versicherten auch einen Facharzt im stationären Bereich aufsuchen. Hintergrund

dieser auf den ersten Blick durchaus sinnvollen Maßnahme ist laut Gesetzesbegründung (S. 91) die Beobachtung, dass gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten immer wieder über teilweise sehr lange Wartezeiten auf einen Termin beim Facharzt berichten würden. Die genannte Beobachtung ist grundsätzlich korrekt, greift jedoch zu kurz. Es müsste vielmehr heißen, dass gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten regelmäßig von deutlich längeren Wartezeiten als privat versicherte Patientinnen und Patienten berichten. Die Empirie hierzu ist mittlerweile als gesättigt anzusehen.

Die Ursache für diese Ungleichbehandlung liegt darin, dass Fachärzte für privat versicherte Patientinnen und Patienten ein um ein Mehrfaches höheres und dazu noch nicht budgetiertes Honorar abrechnen können. An diesen Fehlanreizen ändern die geplanten Terminservicestellen nichts – insofern ist die Wirksamkeit dieser Maßnahme im Hinblick auf die beabsichtigte Zielstellung als gering einzuschätzen. Die Zugänglichkeit zur fachärztlichen Versorgung würde sich nur dann für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten nachhaltig verbessern, wenn die Vergütungssystematik für gesetzlich und privat versicherte Patientinnen und Patienten angeglichen wird. Diese könnte etwa im Zusammenhang mit der Einführung einer Bürgerversicherung geschehen.

Nachbesetzungsverbot von Arztsitzen in überversorgten Planungsbezirken

Die Bundesregierung verschärft in dem vorliegenden Gesetzentwurf die Regelungen zur Nachbesetzung von Arztsitzen in überversorgten Planungsbezirken. Schon in der Vergangenheit hatten die Zulassungsausschüsse die Möglichkeit, in diesen Bezirken zum Abbau von Überversorgung auf ein Nachbesetzungsverfahren zu verzichten. Zukünftig wird aus der bisherigen Kann-Regelung eine Soll-Regelung, damit – so die Gesetzesbegründung (S. 113) – mehr Ärztinnen und Ärzte für die Versorgung der Patientinnen und Patienten in weniger gut versorgten Regionen zur Verfügung stehen.

Die geplante Neuregelung ist grundsätzlich zu begrüßen, da es in den letzten Jahrzehnten offensichtlich zu einer Fehlallokation von Arztsitzen gekommen ist. Die bisherige Bedarfsplanung konnte ein Ungleichgewicht von überversorgten und unterversorgten Regionen nicht verhindern. Allerdings ist fraglich, ob die Regelung überhaupt greifen wird. Es ist zu befürchten, dass die Vertreter der KVen in den Zulassungsausschüssen einen Verzicht auf die Nachbesetzung in überversorgten Regionen weiterhin verhindern können. Notwendig wäre es daher, die finanziellen Anreize zu einer Niederlassung in überversorgten Regionen zu verringern und spiegelbildlich die finanziellen Anreize zu einer Niederlassung in unterversorgten Regionen zu erhöhen.

Empirisch gibt es einen klaren Zusammenhang zwischen Regionen mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil von privaten Patientinnen und Patienten auf der einen Seite und einer überdurchschnittlich hohen Facharztdichte. Insofern erschweren die aus dem dualen System von GKV und PKV resultierenden Vergütungsanreize für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten nicht nur den Zugang zu fachärztlicher Versorgung (siehe oben), sondern sind auch ein zentrales Hindernis auf dem Weg zu einer regional bedarfsgerechten Versorgung. Eine Angleichung der Vergütungsregelungen für gesetzlich und privat versicherte Patientinnen und Patienten etwa im Rahmen der Einführung einer Bürgerversicherung würde diese Fehlanreize beseitigen und die Effizienz der Versorgung nachhaltiger verbessern als die im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Maßnahmen.

Gründung von medizinischen Versorgungszentren (MVZ)

Die Förderung einer bedarfsgerechten Versorgung kann nicht ausschließlich durch die Neujustierung finanzieller Anreize erfolgen. Der Gesetzgeber muss auch die Rahmenbedingungen für die Entwicklung organisatorischer Innovationen schaffen. In diesem Zusammenhang sind die vorgesehenen Neuregelungen zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren grundsätzlich zu begrüßen. Erstens wird zukünftig auch die Gründung arztgruppengleicher MVZ ermöglicht. Die angestellte Tätigkeit in Kombination mit Vertretungsregelungen, überschaubarem ökonomischen Risiko und kollegialem Austausch könnte insbesondere für Hausärztinnen und Hausärzte ein attraktiveres Modell auch in ländlichen Regionen darstellen als das derzeitige Modell der Einzelpraxis.

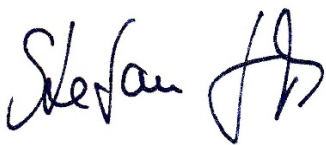
Zu begrüßen ist außerdem die Möglichkeit für Kommunen, künftig medizinische Versorgungszentren gründen zu können. Viele Kommunen wenden heute schon nicht unerhebliche finanzielle Mittel auf, um Hausärzte entweder zu halten oder eine Nachbesetzung zu fördern. Die Gründung von MVZ könnte eine weitere Möglichkeit sein, diese Investitionen sinnvoll zu kanalisieren. Nichtsdestoweniger sind die Hinweise in der Stellungnahme des Bundesrats (S. 212) ernst zu nehmen, wonach die Risiken aus dem Betrieb der ambulanten Versorgungseinrichtungen aufgrund des dortigen Ärztemangels regelmäßig die Kommunen in strukturschwachen Regionen treffen – die wiederum wegen der dortigen Strukturbedingungen häufig eher finanzschwach sind.

Innovationsfonds

Gegenstand des Gesetzentwurfs ist ein beim Gemeinsamen Bundesausschuss angesiedelter Innovationsfonds zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung. Der Innovationsfonds soll in den Jahren 2016 bis 2019 aus Beitragsmitteln gespeist werden. Einerseits ist die finanzielle Förderung von Investitionen in innovative sektorenübergreifende Versorgungsformen und die Versorgungsforschung zu begrüßen. Auch die Pflicht zur Evaluation ist grundsätzlich sinnvoll. Unklar bleibt jedoch, warum die Versorgungsforschung aus Beitragsmitteln und nicht aus Steuermitteln – etwa im Rahmen eines Forschungsförderprogramms beim BMBF – gefördert werden soll.

Weit schwerwiegender wiegt die Tatsache, dass innovative Versorgungsmodelle immer auf regionaler Ebene entwickelt werden müssen – die Förderung durch den Innovationsfonds jedoch durch einen beim Gemeinsamen Bundesausschuss angesiedelten Innovationsausschuss administriert werden soll. Der Innovationsausschuss wird laut Gesetzentwurf ausschließlich von Vertretern von zentralen, bundesweit tätigen Verbänden bzw. Bundesministerien gebildet. Die Perspektive und Expertise der regionalen Ebene fehlt hier völlig. Insofern sollten mindestens auch Repräsentanten von Bundesländern und Kommunen an dem Entscheidungsprozess beteiligt werden – wie es der Bundesrat in seiner Stellungnahme (S. 206) zumindest für die Bundesländer gefordert hat. Perspektivisch ist ohnehin eine regionale Verankerung des Innovationsfonds anzustreben.

Fulda, den 23. März 2015

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Stefan Greß', with a stylized flourish at the end.

Prof. Dr. Stefan Greß

Inhaber der Professur für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie

Dekan des Fachbereichs Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda