

Gute Ansätze, aber auch elementare Fehler

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) (BT-Drs. 18/4095)

sowie zu den Anträgen der Fraktion DIE LINKE (BT-Drs. 18/4099, 18/4187) und dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (BT-Drs. 18/4153)

20. März 2015

Zusammenfassung

Der Gesetzentwurf enthält sinnvolle Ansätze, um die medizinische Versorgung zu verbessern und die flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Die geplanten finanziellen Anreize für Ärzte zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten müssen jedoch durch den Abbau der Überversorgung gegenfinanziert werden, damit die Versorgungssteuerung im Ergebnis kostenneutral erfolgt.

Die vorgesehene Einbeziehung von Vertretern der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der Pflegeberufe in die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) sollte unterbleiben. Andernfalls würden Personen in die Selbstverwaltung einbezogen, die nicht für die Kosten ihrer Entscheidungen einstehen müssen und teilweise sogar durch Beeinflussung der Entscheidungen ihr eigenes berufliches Einkommen auf Kosten der Solidargemeinschaft erhöhen können.

Die geplante Privilegierung freiberuflicher Hebammen durch die Übertragung ihrer Berufshaftpflichtrisiken auf die Krankenkassen ist verfehlt, weil dadurch sachwidrig die Beitragszahler für die von einer Berufsgruppe verursachten Schäden haften würden.

Die Förderung von Innovationen im Gesundheitswesen sollte nicht durch die geplante Schaffung eines Innovationsfonds, sondern

vielmehr dadurch erreicht werden, dass der Wettbewerb im Gesundheitswesen auf allen Ebenen intensiviert wird.

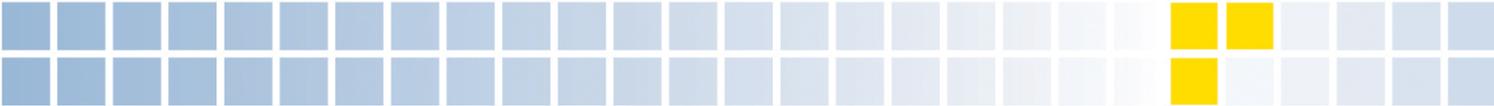
Die Umsetzung der BDA-Forderung nach einer Erweiterung der selektivvertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten wird ausdrücklich begrüßt.

Forderungen der Fraktion DIE LINKE nach einer Abschaffung der privaten Krankenversicherung als Vollversicherung sind zurückzuweisen. Eine Abschaffung der PKV wäre schon deshalb ein Fehler, weil sie durch ihre sehr hohen Altersrückstellungen besonders gut auf den demografischen Wandel vorbereitet ist.

Im Einzelnen

Gute Ansätze für Verbesserung der Versorgungsformen und -strukturen umsetzen

- Es ist zu begrüßen, dass zur Sicherung einer flächendeckenden Versorgung Anreize zum Abbau von Unterversorgung geschaffen werden und zugleich der Abbau der Überversorgung angegangen wird. Es ist insbesondere richtig, dass Anreize für Ärzte zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten durch Erlass der Zulassungsgebühren und Bezuschussungen aus einem



Strukturfonds der kassenärztlichen Vereinigungen geboten werden. Dieser Strukturfonds sollte jedoch nicht zur Hälfte von den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen, sondern vollständig von den kassenärztlichen Vereinigungen finanziert werden, damit die Steuerung der Versorgung im Ergebnis kostenneutral für die Beitragszahler gestaltet wird. Die beste Steuerungswirkung würde erreicht werden, wenn die Zuschläge für Ärzte in unterversorgten Gebieten zulasten der Ärzte in überversorgten Gebieten finanziert würden. Dies hat auch der Sachverständigenrat in seinem Gutachten zur bedarfsgerechten Versorgung (2014) vorgeschlagen und auf die Kostenneutralität großen Wert gelegt. Wenn es für den notwendigen Abbau der Überversorgung nicht ausreicht, dass Anträge auf Nachbesetzung von frei werdenden Arztsitzen in überversorgten Gebieten jetzt abgelehnt werden „sollen“, und nicht mehr nur – wie bisher – abgelehnt werden „können“, dann muss der Aufkauf von frei werdenden Arztsitzen durch die kassenärztlichen Vereinigungen in eklatant überversorgten Gebieten gesetzlich verpflichtend geregelt werden.

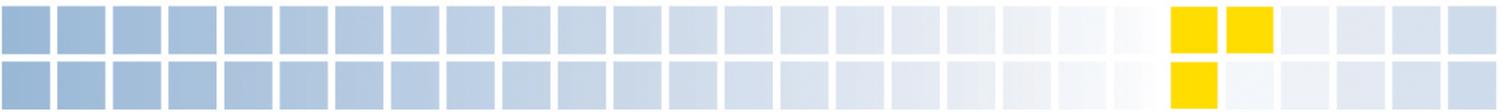
- Es wird richtigerweise mit dem Gesetzentwurf versucht, Versorgungslücken durch eine Förderung von Praxisnetzen und eine Ermächtigung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung in unterversorgten Gebieten zu schließen. Wie von der BDA seit Langem gefordert, wird im Gesetzentwurf endlich auch eine Erweiterung der Zulassungsmöglichkeiten von medizinischen Versorgungszentren vorgesehen.
- Um eine schnellere Patientenversorgung sicherzustellen, kann die angestrebte Verkürzung der Wartezeiten durch eine zentrale Terminvergabe für Fachärzte hilfreich sein.
- Das Recht auf eine ärztliche Zweitmeinung kann sinnvoll sein, um unnötige Operationen zu verhindern und Qualität

zu sichern. Der Anspruch auf eine Zweitmeinung sollte zunächst aber nur befristet eingeführt werden, um zu gewährleisten, dass nach einem bestimmten Zeitraum eine Überprüfung stattfindet, ob ein solcher umfassender Anspruch sachgerecht ist oder modifiziert ausgestaltet werden sollte.

Keine dritte Bank in der Selbstverwaltung der MDK einführen

Die Einbeziehung von Vertretern der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der Pflegeberufe in die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) ist strikt abzulehnen. Interessengruppen, die für die Kosten der von ihnen getroffenen Entscheidungen nicht auch selbst finanziell einzustehen haben, sind zu Recht von der Mitwirkung in der Selbstverwaltung ausgeschlossen. Vielmehr würde es durch die Beteiligung von Leistungserbringern (Verbände der Pflegeberufe) zu Interessenkollisionen kommen, da sie durch die Beeinflussung von Entscheidungen z. T. ihr eigenes berufliches Einkommen erhöhen könnten. Gegen die Einbeziehung von Vertretern der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen spricht, dass diese Gruppe bereits über die Versichertenvertreter im Verwaltungsrat repräsentiert ist.

Die Zusammensetzung der Verwaltungsräte aus Arbeitgeber- und Versichertenvertretern hat sich seit Jahrzehnten bewährt, da die Vertreter aufgrund der gleichen Stimmenverteilung konstruktiv gemeinsame Lösungen finden müssen und sich hierbei die unterschiedlichen Ansichten und Erfahrungen sinnvoll ergänzen. Ein Mehrwert der vorgesehenen Besetzungsänderung für die Erfüllung der satzungsgemäßen Aufgaben des Verwaltungsrates des jeweiligen MDK ist nicht zu erkennen. Die angeführte Begründung, damit solle der MDK von den Krankenkassen unabhängiger werden, ist jedenfalls absurd, denn wie der Name bereits ausweist, ist der MDK eine Einrichtung der Krankenkassen. Es passt nicht zusammen, dass der Gesetzgeber die Krankenkassenarten mit der Einrichtung des MDK beauftragt,



dann aber fordert, dass der MDK von den Krankenkassen unabhängig ist.

Zu Recht hat auch der Bundesrat festgestellt, dass diese Neuregelungen nicht sachgerecht sind und einen Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht darstellen.

Beitragszahler dürfen nicht für von Hebammen verursachte Schäden haften

Die geplante Regelung, nach der die Kranken- und Pflegekassen die Ansprüche, die gemäß § 116 Absatz 1 SGB X auf sie übergegangen sind, gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen nicht geltend machen können, hätte zur Folge, dass im Ergebnis die Beitragszahler für die von diesen Hebammen verursachten Schäden haften müssten. Es wäre systemwidrig und ordnungspolitisch verfehlt, eine einzelne Berufsgruppe derart zu privilegieren und das Risiko der privaten Berufshaftpflicht auf die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung zu übertragen. Zudem setzt diese Regelung den Fehlanreiz für Krankenhäuser, keine angestellten Hebammen mehr zu beschäftigen und nur noch mit freiberuflichen Hebammen zu arbeiten, weil sie damit ein eigenes Haftungsrisiko vermeiden können.

Innovationsfonds zur Finanzierung von Versorgungsprojekten ist der falsche Weg

Der vorgesehene Innovationsfonds zur Finanzierung von sektorenübergreifenden Versorgungsprojekten ist der falsche Ansatz zur Verbesserung der Versorgungsqualität in der gesetzlichen Krankenversicherung. Der bessere, kostengünstigere und wirkungsvollere Weg zu mehr Innovationen bei der Versorgung wäre, den Wettbewerb im Gesundheitswesen auf allen Ebenen zu intensivieren. Insbesondere sollten die im Wettbewerb stehenden Krankenkassen selbst unterschiedliche Versorgungsformen anbieten können. Durch halbstaatliche Fonds, die bürokratisch Mittel zuweisen, entstehen keine Innovationen. Zudem kann es nicht sein, dass die Krankenkassen und damit die Bei-

tragszahler mit 300 Mio. € im Jahr einen Fonds finanzieren, ohne dass sie über die Verwendung der Mittel selbst bestimmen können. Dieser Eingriff in die Selbstverwaltungshoheit der Krankenkassen ist nicht hinnehmbar.

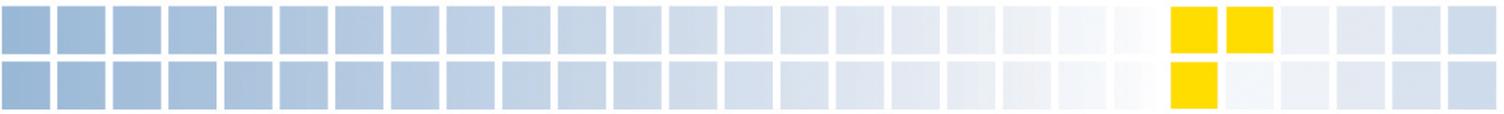
Dementsprechend geht die Forderung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN nach einer dauerhaften Implementierung und finanziellen Aufstockung des Innovationsfonds komplett in die falsche Richtung.

Ausbau von Selektivverträgen bremst Kosten und erhöht Qualität

Die Umsetzung der BDA-Forderung nach einer Erweiterung der selektivvertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten wird ausdrücklich begrüßt. Es ist richtig, bürokratische Hemmnisse für Selektivverträge abzubauen und den möglichen Leistungsumfang sowie den Kreis der Vertragspartner für die Krankenkassen zu vergrößern. Nur mit einer erweiterten Vertragsfreiheit sind Verhandlungsergebnisse zu erwarten, die zu stabilen oder sinkenden Kosten führen und gleichzeitig für mehr Qualität und Qualitätstransparenz sorgen.

Duales Gesundheitssystem aus GKV und PKV erhalten

Die von der Fraktion DIE LINKE geforderte Abschaffung der privaten Krankenversicherung (PKV) als Vollversicherung ist zurückzuweisen. Das duale Gesundheitssystem aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung hat sich bewährt. Mit einer Abschaffung der PKV würde ausgerechnet diejenige Krankenvollversicherung aufgegeben, die besonders gut auf den demografischen Wandel vorbereitet ist. Mit Alterungsrückstellungen in Höhe von derzeit insgesamt über 200 Mrd. € verfügt die PKV über Mittel in Höhe des Achtfachen der jährlich ausgezahlten Versicherungsleistungen der privaten Krankenversicherungsunternehmen und ist dadurch wirksam in der Lage, alterungsbedingten Beitragssteigerungen entgegenzuwirken.



Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

soziale.sicherung@arbeitgeber.de