



Versorgungsstärkungsgesetz – Top und Flop

**Franz Knieps und Julia Kunkel,
BKK Dachverband**

Obwohl sich bereits im Juni die Gerüchte verdichtet hatten, dass noch im Sommer mit einem „Versorgungsstrukturgesetz II“ zu rechnen sei, mussten sich die Akteure des Gesundheitssystems doch noch ein wenig gedulden. Erst am 21. Oktober erblickte der Entwurf eines Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) das Licht der Öffentlichkeit.

Mit dem Referentenentwurf ist ein weiterer Schritt getan, die Versorgung an die sich wandelnden Anforderungen an das Gesundheitssystem anzupassen. Der Abbau von Hürden für sektorübergreifende Angebote, neue innovative Möglichkeiten, Behandlungsstrukturen und -prozesse weiter zu entwickeln, sowie Lösungsansätze für die sich bereits abzeichnenden unterschiedlichen Versorgungssituationen in Ballungsgebieten und ländlichen Räumen sollen Patienten eine bedarfsgerechte, flächendeckende medizinische Versorgung sichern. Der BKK Dachverband begrüßt die Zielsetzung des Referentenentwurfs und sieht

darin eine deutliche Verbesserung des Versorgungsangebots für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Die Betriebskrankenkassen haben nun deutlich mehr Spielräume, auf ihre Versicherten und ihre Regionen zugeschnittene Versorgungsangebote zu entwickeln und einzuführen. Insbesondere die Neugestaltung des selektivvertraglichen Bereichs in Form eines neu gefassten § 140a eröffnet neue Gestaltungsoptionen für die Krankenkassen. Durch den Wegfall der Vorlagepflicht – ein bisheriges Übel für die Krankenkassen aufgrund der zum Teil sehr engen Auslegung des SGB V durch das Bundesversicherungsamt – sowie den Nachweis der Wirtschaftlichkeit nach vier Jahren haben mehr Selektivverträge eine Chance, Eingang in das Versorgungsgeschehen zu finden. Auch die Möglichkeiten, mit Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge abzuschließen und Vereinbarungen zu treffen, die nur die Organisation der Versorgung betreffen, eröffnen weitere Gestaltungsspielräume.

So aussichtsreich sich die Regelungen des neuen § 140a anhören, konterkariert werden die flexibleren Rahmenbedingungen durch einen weiteren Absatz im Referentenentwurf: Stellt die Aufsicht in Zukunft erhebliche Rechtsverstöße bei dem Abschluss eines Selektivvertrages fest, kann diese ein Zwangsgeld bis zu einer Höhe von 10 Millionen Euro verhängen. Insbesondere die ungewisse Auslegung eines „erheblichen Rechtsverstoßes“ kann den Anreiz zum Abschließen neuer, evtl. bisher unerprobter Versorgungsansätze deutlich senken. Dies widerspricht der Intention des Gesetzgebers, die Hürden und Hemmnisse im selektivvertraglichen Bereich abzubauen, sondern bewirkt das Gegenteil.

Einen Ideenwettbewerb zwischen den Krankenkassen kurbelt der neu einzurichtende Innovationsfonds an. Die Betriebskrankenkassen sehen an dieser Stelle die Chance, neuartige Versorgungsprojekte auszuprobieren. Nach Ansicht der betrieblichen Krankenversicherungen sollten aber nicht nur Projekte zur Überwindung der klassischen Schnittstellen zwischen dem ambulanten und stationären Bereich gefördert werden, sondern es muss auch eine Verzahnung mit anderen Leistungsbereichen, wie z.B. der Arbeitsmedizin oder das betriebliche Gesundheitsmanagement, sowie weiteren Sozialversicherungsträgern möglich sein. Wenn der Gesetzgeber zudem an dem Vorschlag festhält, dem G-BA die Ausgestaltung des Innovationsfonds zu übertragen, müssen die Krankenkassen direkt an der Erarbeitung der Kriterien und den Entscheidungen über die Förderfähigkeit beteiligt werden. Die Krankenkassen wissen mit ihrem selektivvertraglichen Knowhow am besten, welche Versorgungsprojekte praktikabel sind und demnach finanziell unterstützt werden sollen.

Erhebliche Verbesserungen in der individuellen Versorgung können durch die gezielte Beratung der Versicherten erzielt werden.

Damit die Rolle der Krankenkassen in der Verbesserung der Versorgung ihrer Versicherten gestärkt wird, muss das GKV-VSG um weitere gesetzliche Legitimationen ergänzt werden:

- Die GKV versteht sich als aktiver Mitgestalter bei der Gesundheitsversorgung ihrer Versicherten. Diese von Versicherten gewünschten Beratungsmöglichkeiten sind jedoch nicht gegeben. Eine gezielte, auf die Versorgungssituation des einzelnen Versicherten abgestimmte und gesetzlich legitimierte Ansprache, ist hierfür notwendig – nicht nur bei der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.
- Des Weiteren können Krankenkassen wertvolle Hilfestellung im Zweitmeinungsverfahren leisten. Sie sollten ihre Versicherten über qualifizierte Gutachter informieren können und deshalb frühzeitige Information durch die Leistungserbringer erhalten. Zudem benötigen sie die rechtssichere Einbindung auch von nicht zugelassenen Leistungserbringern.

Einige Regelungen tragen aber nicht zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten bei und sind aus Sicht der GKV zwingend zu überdenken. Die Einbeziehung von Pflegekräften in die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste der Kranken- und Pflegekassen lehnt der BKK Dachverband ab. Dies wäre ein Dammsbruch. Bald würden andere Leistungserbringer folgen. Die Einbeziehung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sollte an geeigneter Stelle erfolgen. Hierzu sind die Verwaltungsräte aber das falsche Gremium. Entscheidungen, die die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen direkt betreffen, werden hier nicht getroffen.

Auch der Regressverzicht der Kranken- und Pflegeversicherung gegenüber freiberuflichen Hebammen führt nicht zu einer bedarfsgerechten, flächendeckenden, gut erreichbaren Versorgung. Die Regelung bewirkt eine Ungleichbehandlung von angestellten und freiberuflichen Hebammen in der klinischen Entbindung und wirft damit erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken auf. Für Krankenhäuser besteht sogar ein Anreiz, angestellte Hebammen aus Kostengründen in die Freiberuflichkeit zu drängen. Schließlich besteht die Gefahr, dass hier bald weitere Berufsgruppen oder gar Einrichtungen die gleiche Regelung beanspruchen.

Kritisch sind auch einige Regelungen zum Abbau von Über- und Unterversorgung zu betrachten. Der Gesetzgeber macht es sich hier einfach: Können niedergelassene Ärzte innerhalb von vier Wochen keinen Facharzttermin ermöglichen, sollen die Krankenhäuser diese Versorgungslücken kompensieren. Ob unterversorgte Räume dadurch wieder ein flächendeckendes, engmaschiges Versorgungsangebot erhalten, ist fraglich. Auf einem völlig anderen Blatt steht, ob alle Krankenhäuser die zusätzlichen ambulanten Kapazitäten überhaupt bewältigen können. Auch der Abbau von Überversorgung bleibt wirkungslos. Zwar sollen die von Ärzten und Krankenkassen paritätisch besetzten Zulassungsausschüsse ein Nachbesetzungsverfahren in überversorgten Gebieten ablehnen, aber bei

Stimmengleichheit ist weiterhin dem Antrag auf Nachbesetzung zu entsprechen. Des Weiteren ist auch die geplante Konvergenz der ärztlichen Vergütung problematisch. Die GKV wird deutliche Mehrausgaben finanzieren müssen, denen keine Verbesserung der Versorgungsstrukturen oder -qualität für ihre Versicherten gegenüber steht. Es erscheint auch unrealistisch, durch solche Vergütungsangleichungen einen etwaigen Arztmangel in unterversorgten Regionen zu beseitigen.

Bettet man das GKV-VSG in den gesamtpolitischen Kontext der Agenda der schwarz-roten Bundesregierung ein, bleibt Skepsis angesichts der optimistischen Stimmung der Bundesregierung über die scheinbar gute Finanzausstattung der GKV zurück. Mit den vorgesehenen Regelungen des GKV-VSG sind ab dem Jahr 2016 Mehrausgaben in zusatzbeitragssatzrelevanter Höhe verbunden. In den Startlöchern steht auch schon das Präventionsgesetz mit erheblichen Ausgabensteigerungen für die GKV und bei der Reform der Krankenhäuser werden die gesetzlichen Krankenkassen mit Sicherheit ihre immer schmaler werdenden Schatullen großzügig aufhalten müssen. Wie war das nochmal mit der umsichtigen Ausgabenpolitik, wie im Koalitionsvertrag angekündigt?



HIGHLIGHTS
MAGAZIN

FORUM
FÜR GESUNDHEITSPOLITIK

IV
Institut für Gesundheitsökonomie
3-4/14

Zeit zur Positionierung

Zeit zur Positionierung

Ausgabe 3-4/14

Forum für
Gesundheitspolitik

Online lesen