

GVSG: Reform mit Gießkanneneffekt statt Strukturreform

Die Zielsetzung des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) ist richtig. Allerdings müssen vordringlich Über-, Unter- oder Fehlversorgung sowie fehlende Kooperation und Koordination zwischen den ärztlichen und nicht-ärztlichen Professionen strukturell und nachhaltig angegangen werden. Grundsätzlich ist zudem eine Erhöhung von Effizienz und Effektivität in der Regelversorgung notwendig. Diesen Anspruch löst das GVSG jedoch nicht ein. Zwar ist zu begrüßen, dass der Gesetzentwurf – anders als frühere Zwischenstände – im Moment nicht mehr so viele Regelungen enthält, deren Mehrwert zur Verbesserung der Versorgung bei erheblicher Kostenwirkung zweifelhaft ist. Zudem ist es sachgerecht, staatliche Aufgaben wie die Finanzierung von Medizinstudienplätzen nicht den Beitragszahlenden der GKV aufzubürden. Fragwürdig bleibt aber eine Versorgungsverbesserung primär über finanzielle Anreize mit Gießkanneneffekt wie eine Entbudgetierung im hausärztlichen Bereich herbeizuführen und strukturelle Reformen darüber zu vernachlässigen. Damit droht die Entwicklung des letzten Jahrzehnts fortgesetzt zu werden, Geld in defizitäre Versorgungsstrukturen zu gießen, anstatt Anreize für die notwendige Transformation zu geben. Insbesondere die gestrichenen Primärversorgungszentren hätten das Potenzial, besonderen Versorgungsbedarfen besser entgegenzukommen und nicht-ärztliche Professionen besser einzubinden. Sinnvoll wirken könnten auch die geplanten Vorhalte- sowie Versorgungspauschalen. Allerdings kommt es an dieser Stelle auf eine adäquate Umsetzung an.

Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen

Die Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen ist eine kostspielige Maßnahme mit eingeschränkter Versorgungsrelevanz. Sie wird absehbar zu keiner spürbaren Verbesserung in der hausärztlichen Versorgung führen. Denn: In den meisten Regionen werden die erbrachten Leistungen bereits nahezu vollständig und unquotiert vergütet, zum Teil werden die zur Verfügung gestellten Mittel auch gar nicht ausgeschöpft. Fehlende finanzielle Ressourcen sind auch nicht das Problem bei Unterversorgung, etwa im ländlichen Raum. Als nachteilig kann sich eine Entbudgetierung in gut versorgten Regionen erweisen. Das GVSG setzt nun einen kontraproduktiven Anreiz, sich in solchen Gebieten zu betätigen und nicht dort, wo gravierende Versorgungsengpässe bestehen. Ein weiterer Fehlanreiz entsteht dadurch, dass Honorargarantien gegeben werden, die unabhängig von der tatsächlichen Leistungsanspruchnahme zu vergüten sind. Hier verkehrt die Entbudgetierung in der komplizierten Konstruktion des GVSG das beabsichtigte Ziel, mehr Behandlungskapazitäten zu schaffen, eventuell sogar ins Gegenteil: Einer Leistungsreduktion würde nicht zwingend ein entsprechender Vergütungsrückgang gegenüberstehen. Zudem ist festzuhalten, dass das gewählte Verfahren sehr aufwendig umzusetzen und mit einer hohen Intransparenz verbunden ist. Eine klassische Ausdeckelung wäre hier, abseits der Frage nach Sinn und Kosten der Entbudgetierung, zu bevorzugen. Eine Bereinigung wäre dann nicht mehr

notwendig. Bei den zu erwartenden Kosten muss die zu erwartende Mengendynamik berücksichtigt werden. Der Gesetzentwurf lässt dies völlig außen vor.

Forderung: Vor dem Hintergrund der generellen Finanzentwicklung sollte auf die geplante Entbudgetierung verzichtet werden. Alternativ sollte sie strikt auf unterversorgte oder von Unterversorgung bedrohte Regionen begrenzt werden.

Versorgungs- und Vorhaltepauschale

Die neue Versorgungspauschale ist sinnvoll, wenn medizinisch nicht notwendige Arztbesuche vermieden werden können. Sachgerecht ist ebenso, dass die Neuregelung im Vergleich zum Status quo keine Mehrausgaben verursachen darf. Zudem hat der Bewertungsausschuss laut GVSG-Gesetzentwurf „die Möglichkeit“, die Versorgungspauschale in Stufen abzubilden. Ähnliches gilt bei der Vorhaltepauschale: Klare Standards bei der Auszahlung der Pauschale sind sachgerecht, um eine hochwertige und leistungsfähige hausärztliche Versorgung anzubieten. Nachvollziehbar ist ebenso, dass die neue Vorhaltepauschale die bisherige, einem ähnlichen Ziel dienende, GOP 03040 zur finanzneutralen Umsetzung vollständig ersetzt. Positiv ist, dass die letztendliche Ausgestaltung und Kriterien-Festlegung dem Bewertungsausschuss obliegt. Grundsätzlich nachvollziehbar ist zudem, dass laut Gesetzesbegründung ein Kontakt- und Quartalsbezug (außer für Chronikerinnen und Chroniker) vorgesehen zu sein scheint. Damit folgt die Vergütung grundsätzlich einer Leistung, was unbedingt anzustreben ist.

Forderung: Aufgrund medizinisch unterschiedlicher Chroniker-Konstellationen sollte der Bewertungsausschuss zu einer Stufenunterscheidung bei der Versorgungspauschale verpflichtet werden. Bei Versorgungs- und Vorhaltepauschale gilt zudem: Es muss auch weiterhin sichergestellt sein, dass keine Mehrkosten für die GKV anfallen.

Psychotherapeutische Versorgung

Im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung hat das GVSG mittlerweile einen weiteren Schwerpunkt. Dabei werden aber auch falsche Weichenstellungen vorgenommen: So soll künftig auf das zweistufige Antragsverfahren in der Kurzzeittherapie verzichtet werden, um Bürokratie zu verhindern. Ein solcher Schritt ist strikt abzulehnen: Der zweite Antragsschritt wurde mit der Richtlinienreform im Jahr 2017 aus gutem Grund eingeführt. Die Unterteilung der Kurzzeittherapie führt zu einer Reflexion innerhalb der Therapie und zu einer Konzentration der Inanspruchnahme innerhalb der Kurzzeit-Kontingentschritte. Eine unsachgemäße Ausweitung der Inanspruchnahme ist zu befürchten. Betroffene würden länger in der Versorgung bleiben und diese Kapazitäten würden für Neufälle fehlen. Auch das Bürokratieabbauargument verfängt nicht: Wirklich helfen würde eine verpflichtende Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens. Problematisch sind auch die geplanten neuen Ermächtigungstatbestände, die für die Behandlung von Betroffenen mit schweren Lebensumständen, etwa Suchterkrankten, gelten sollen: Für solche Betroffenenengruppen existieren bereits funktionierende Regelungen in der Psychotherapie-Richtlinie sowie in der gerade neu geschaffenen Komplex-Versorgung (KSVPsych-Richtlinie) des G-BA. Die GVSG-Ideen hingegen würden die Bedarfsplanung durch die Hintertür aushebeln! Die vertragspsychotherapeutischen und vertragsärztlichen Versorgungsaufträge durch die KVen bzw. KBV evaluieren zu lassen, ist hingegen sinnvoll. Allerdings greifen die GVSG-Vorschläge viel zu kurz.

Forderung: Die neuen Ermächtigungstatbestände sind zu streichen. Das gilt auch für die Novellierung des Antragsverfahren bei der Kurzzeittherapie. Ein Antragsverfahren, welches immer noch in papiergebundener Form erfolgt, an nur einer Stelle ändern zu wollen, führt nicht zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgung. Wirklich helfen würde eine

verpflichtende Digitalisierung des Antrags- und Gutachtenverfahrens. GKV-Vorschläge hierzu liegen auf dem Tisch. Diese würden zu einer wirklichen Beschleunigung in der Versorgung führen. Für die Versorgungsaufträge gilt: Um eine bundesweit einheitliche Prüfung und Bewertung ihrer Einhaltung zu gewährleisten, müssen die Bundesmantelvertragspartner den Auftrag erhalten, bundesweit verbindliche Vorgaben zu treffen.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Die Regelung einer Geringfügigkeitsgrenze in den Rahmenvorgaben von 300 Euro bis zu deren Erreichung keine Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b Abs. 1 SGB V beantragt werden sollen, ist nicht sachgerecht: Mengenmäßig finden im Bereich von 100 Euro bis 300 Euro die meisten Verstöße statt, welche dann nicht mehr geahndet werden könnten. Zudem würde die verhaltenssteuernde Wirkung einer theoretisch möglichen Kontrolle entfallen.

Forderung: Die geplante Novellierung der Regeln für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen ist entbehrlich.

Leistungstransparenz

Die Regelungen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität der Krankenkassen nach § 217f Abs. 4 SGB V werden grundsätzlich begrüßt. Es ist richtig und wichtig, dass eine einheitliche Vorschrift zu den Leistungs- und Qualitätsdaten der Krankenkassen geschaffen wird. Somit kann durch eine höhere Verbindlichkeit der Vorgaben für Transparenzberichte und damit eine direkte Vergleichbarkeit in der Zukunft sichergestellt werden. Die bisherigen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes haben gezeigt, dass sich nicht alle Krankenkassen an die festgelegten Kennzahlen halten und eine direkte Vergleichbarkeit nicht möglich ist. Hier braucht es eine klare Beauftragung durch den Gesetzgeber. Hinzu kommt: Die im Gesetzentwurf aufgeführten konkreten Kennzahlen führen absehbar zu mitunter erheblichen Umsetzungsproblemen. In den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes ist dies nicht der Fall. Dort wurde vielmehr ein Set an Kennzahlen festgelegt, das Transparenz erhöht, durch die Krankenkassen operativ überhaupt umsetzbar ist und im Ergebnis sinnvolle Rückschlüsse erlaubt.

Forderung: Der GKV-Spitzenverband sollte eine abschließende Richtlinienkompetenz erhalten und im Konsens mit den Kassen verbindliche Vorgaben umsetzen.

Techniker Krankenkasse
Büro Berlin
Luisenstraße 46, 10117 Berlin
Tel. 030 - 28884710
berlin-gesundheitspolitik@tk.de