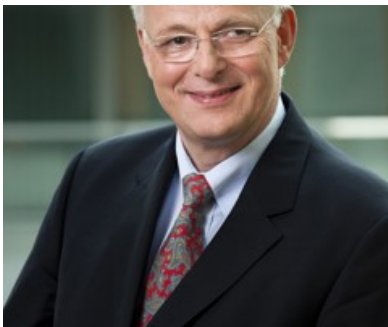


GKV-Spitzenverbands-Vize v. Stackelberg

„Mehr Versorgung ist für die Patienten nicht immer besser“

Die Bundestagsabgeordneten haben das Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) in der vergangenen Woche abgenickt. Kurz davor hatten sich die Politiker der Regierungskoalition noch auf noch diverse Änderungen am ursprünglichen Entwurf geeinigt. Wie bewertet der GKV-Spitzenverband nun die endgültig beschlossenen Reformen? Der änd fragte den stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden Johann-Magnus Frhr. v. Stackelberg.



Das Gesetz ist in vielen Punkten nicht konsequent genug, kritisiert v. Stackelberg.
© GKV-Spitzenverband

Herr von Stackelberg, der Bundestag hat nun final über das Versorgungsstärkungsgesetz beraten und dann grünes Licht für die Reformen geben. Im Endeffekt sind viele Lösungen nur Kompromisse, die Union und SPD schon im Rahmen der Koalitionsverhandlungen festgelegt haben. In welchen Punkten hätten Sie sich ein energischeres und vielleicht auch mutigeres Vorgehen der Politik gewünscht?

Das Versorgungsstärkungsgesetz beinhaltet einige Ansätze zur Verbesserung der Versorgung. Die Terminservicestellen etwa greifen das offensichtliche Problem der Zwei-Klassen-Gesellschaft im Wartezimmer auf und sind zumindest ein Versuch, den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen konkreter auszugestalten. Andere Regelungen, wie die zum Aufkauf von Arztpraxen, wenn der Praxisinhaber diese beispielsweise aus Altersgründen aufgeben möchte, wurden

allerdings so weit aufgeweicht, dass ihre Wirkung vermutlich kaum merkbar sein wird. Damit wurde erneut die Chance vertan, Fehlanreize im System abzubauen und die Versorgung weiterzuentwickeln. Hier hätten wir uns mehr Konsequenz gewünscht.

Viele strukturelle Probleme wurden überhaupt nicht thematisiert. Stattdessen wird viel Geld für politisch motivierte Maßnahmen ausgegeben, etwa für Infrastruktur- und Wirtschaftsförderung, selbst für Forschung und Lehre. Das sind alles keine Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und es ist auch zumindest fraglich, ob damit positive Effekte für die Versorgung verbunden sein werden. Diese Entwicklung sehen wir sehr kritisch, nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass künftige Ausgabensteigerungen allein durch Zusatzbeiträge der Arbeitnehmer zu finanzieren sind.

In den vergangenen Wochen haben sich die Gesundheitspolitiker ja noch auf einige Änderungen am Gesetzentwurf verständigt. Zum Teil kamen die Impulse auch aus den Ländern. Können Sie in den „Last-Minute-Veränderungen“ noch Verbesserungen erkennen – oder sind gute Ideen nun verwässert worden?

Aus unserer Sicht gab es bei den späten Änderungen keine positiven Überraschungen. Im Nachgang wurden noch sehr viele und zum Teil weitreichende Regelungen aufgenommen, die problematisch zu bewerten sind, weil sie bei unklarem Nutzen für die Versicherten hohe Mehrausgaben verursachen werden. Einige gute Ansätze wurden so weit verwässert, dass sie vermutlich kaum noch einen Effekt haben werden, etwa die bereits erwähnten Regelungen zum Aufkauf von Arztpraxen. Andere Regelungen erscheinen technisch unausgereift, so etwa im Zusammenhang mit der Anrechnung der Ermächtigten Einrichtungen. Und wieder anderen Themen - wie der Überarbeitung der Bedarfsplanung - hätte eine ausführlichere Diskussion im Vorfeld sicher gut getan.

Gerade die Regelung zum Praxis-Aufkauf hat in der Ärzteschaft für starke Diskussionen gesorgt. Der Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Gassen, bezweifelt, dass der Aufkauf von Praxen in Regionen mit hohem Versorgungsgrad automatisch die Situation in unterversorgten Regionen verbessert. Ist das Versorgungsstärkungsgesetz da nicht zu einseitig auf einen Kampf gegen vermeintliche Überversorgung ausgerichtet – und vernachlässigt eine Attraktivitätssteigerung des Arztberufes in den ländlichen Regionen?

Nein, ganz im Gegenteil. Es gibt sehr viele Maßnahmen, um die Attraktivität des Arztberufes in ländlichen Regionen zu stärken. Es ist allerdings so, dass man die strukturellen Nachteile peripherer Regionen durch kein Geld der Welt ausgleichen kann, wenn sich jemand für ein Leben in einer urbanen Region entscheidet und beruflich auch die Möglichkeit dazu hat.

Es gibt Städte, in denen drei Mal mehr Leistungserbringer tätig sind, als für eine gute Versorgung benötigt werden. Das Überangebot geht mit geringeren Fallzahlen und höheren Fallwerten einher. Die Ärzte behandeln also weniger Patienten und rechnen pro Patient mehr Leistungen ab. Ob eine Leistung sinnvoll und notwendig ist, kann ein Patient oft nicht beurteilen, deshalb ist die Gefahr einer angebotsindizierten Nachfrage groß. Mehr Versorgung ist für die Patienten aber nicht immer besser, sie kann oft auch unnötig, unwirksam oder sogar schädlich sein.

Gleichzeitig bindet die Überversorgung Kapazitäten, die an anderer Stelle dringend gebraucht werden. Durch das starre Zulassungsrecht haben wir keine Möglichkeit, Überversorgung abzubauen, weil Zulassungen quasi vererbt und verkauft werden dürfen. Und in den beliebten überversorgten Gegenden gibt es trotz hoher Preise regelmäßig mehr Interessenten als frei werdende Arztpraxen. Überversorgung wird so festgeschrieben. Solange es außerhalb der Kliniken ausreichend Möglichkeiten zur Niederlassung in städtischen Regionen gibt, ist der Anreiz gering, eine Tätigkeit auf dem Land aufzunehmen. Ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation in den ländlichen Regionen ist es daher, Überversorgung, die für die Versorgung nicht erforderlich ist, konsequent abzubauen.

Die Regierung fordert nun eine Reform der Bedarfsplanung – was offenbar auch von der ärztlichen Selbstverwaltung begrüßt wird. Wie stehen Sie dazu? Wie sollte eine optimale Bedarfsplanung aussehen?

Die Bedarfsplanung wurde erst im Jahr 2012 grundlegend überarbeitet. Die neuen Regelungen traten 2013 in Kraft. Das ist in einem langfristig ausgelegten Steuerungsbereich ein zu kurzer Zeitraum, um zu beurteilen, welche Maßnahmen bereits gut funktionieren und welche weiter verbessert werden müssen. Selbstverständlich überprüft der G-BA seine Regelungen permanent. Wir hätten uns allerdings mehr Zeit gewünscht, um zu sehen wie die neue Bedarfsplanung wirkt.

Grundsätzlich sind wir skeptisch, inwieweit sich die Erwartungen der Politik an die Ermittlung des „tatsächlichen“ Bedarfs erfüllen lassen. Der Bedarf an medizinischer Versorgung ist nicht objektivierbar. Bei der Zahl der Ärzte, die für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung benötigt werden, handelt es sich letztendlich um eine normative Entscheidung, die versuchen muss, die unterschiedlichen Interessen innerhalb einer Gesellschaft gegeneinander abzuwägen.

Verschiedene Indikatoren können dabei helfen zu beschreiben, in welchen Regionen der Bedarf relativ höher ist als in anderen. Hier wird die Verteilungsebene angesprochen. Es gibt aber keine wissenschaftlich valide Methode, die in der Lage wäre, über Indikatoren das optimale absolute Niveau an Ärzten einer Arztgruppe in einer Region zu bestimmen. Es wird insofern vermutlich sehr schwierig, in diesen Fragen innerhalb der gesetzten Frist zu einer methodisch nicht angreifbaren Konzeption zu gelangen.

Und es bleibt das grundsätzliche Problem, dass viele politische Akteure die Zahl von Ärztinnen und Ärzten in einer Region vornehmlich als Standortfaktor begreifen. Das ist individuell zwar nachvollziehbar, zur Weiterentwicklung des Gesamtsystems jedoch wenig hilfreich. Denn entgegen einer weitläufigen Annahme der Politik führt eine höhere Zahl an Ärzten nicht automatisch zu besseren Versorgungsergebnissen.

Aus unserer Sicht wäre eine flexiblere Versorgungssteuerung sinnvoll. Das System der vererbaren und verkäuflichen Zulassung steht dem entgegen und verfestigt Allokationsprobleme. Es muss möglich sein, Versorgungsaufträge strukturell und inhaltlich stärker vorzugeben und zeitlich zu befristen. Der Einstieg in ein System, das die Zulassung auf die Lebensarbeitszeit des Arztes beschränkt, ist überfällig. Gleichzeitig sollten Medizinische Versorgungszentren keine Zulassung auf ewig haben.

Sind im Versorgungsstärkungsgesetz Ihrer Meinung nach Regelungen enthalten, welche die Prozesse an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung optimieren können?

Ja, solche Regelungen sind durchaus enthalten. Allem voran zielen die geplanten Neuregelungen im Bereich des Entlassmanagements direkt auf die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Schon bisher war das Entlassmanagement gesetzlich geregelt und als Bestandteil der Krankenhausbehandlung definiert, allerdings haben es die Kliniken in unterschiedlicher Qualität durchgeführt. Ein Blick in die Darstellung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser hierzu spricht Bände: Während der Großteil der Krankenhäuser beispielsweise mit schriftlichen Standards zum Entlassmanagement arbeitet und spezielle Organisationseinheiten im Krankenhaus zuständig sind, gibt es andererseits auch Krankenhäuser, die das Entlassmanagement nicht in ausreichendem Maße etabliert haben.

Die nun vorgesehene Neuregelung wird den Handlungsrahmen der Krankenhäuser beträchtlich erweitern und kann zur Verbesserung des Übergangs in die Anschlussversorgung beitragen. So sieht das Versorgungsstärkungsgesetz etwa vor, dass Krankenhäuser im Rahmen eines Entlassmanagements Leistungen für die Dauer von maximal sieben Tagen verordnen bzw. die Arbeitsunfähigkeit feststellen können, soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist. Ein dreiseitiger Rahmenvertrag auf Bundesebene soll die Details regeln. Der GKV-Spitzenverband begrüßt dieses Vorhaben und erhofft sich davon Veränderungen zugunsten der Versicherten im Übergang von der stationären in die Anschlussversorgung.

Innerhalb der Ärzteschaft wird derzeit viel über die noch relativ junge ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV) diskutiert. Ein Konzept, das gestärkt werden sollte?

Die Auseinandersetzung innerhalb der Ärzteschaft um die ASV zeigt uns, dass das Zusammenspiel von Regelversorgung im niedergelassenen Bereich und Versorgungsformen außerhalb dessen ordnungspolitisch nicht sauber geregelt ist. Die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung kann und sollte weitergehen – die ASV und mit ihr zum Beispiel die Aushebelung des Genehmigungsvorbehaltes für ambulante Leistungen kann aber nicht Blaupause für die Ausdehnung auf weitere oder gar alle Versorgungsbereiche sein. Was für seltene Erkrankungen richtig und gut ist, ist bei der Versorgung von Volkskrankheiten nicht das passende und angemessene Mittel.

Kommen wir zu den geplanten Termin-Servicestellen. Zahlreiche Krankenkassen bieten Ihren Versicherten bereits telefonische Unterstützung bei der Suche nach einem passenden Arzttermin. Sind die im Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehenen Terminservicestellen da überhaupt nötig?

Es ist richtig, dass einige größere Krankenkassen ihre Versicherten dabei unterstützen, einen Termin beim Facharzt zu bekommen. Es ist aber nicht ihre gesetzliche Aufgabe und es ist auch kein Angebot, das den Versicherten aller Krankenkassen zur Verfügung steht. Zuständig für die Sicherstellung einer zeitnahen fachärztlichen Versorgung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie haben diesen Bestandteil ihres Sicherstellungsauftrags bisher nicht ausreichend wahrgenommen. Daher ist es konsequent, dass sie nun vom Gesetzgeber verpflichtet werden, Termin-Servicestellen einzurichten. Angesichts der Überversorgung im fachärztlichen Bereich sind Wartezeiten von mehreren Monaten auf einen Behandlungstermin nicht akzeptabel.

15.06.2015 06:56:30, Autor: js, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG

Quelle: <https://www.aend.de/article/158350>