



Spitzenverband

PRESSEMITTEILUNG

19. 10. 2011

Richtige Ziele im Blick - gesetzliche Umsetzung problematisch

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz hat die Bundesregierung die richtigen Ziele im Blick. Im Interesse der 70 Millionen gesetzlich Versicherten ist es notwendig, die flächendeckende, hochwertige, bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung, die die gesetzliche Krankenversicherung heute auszeichnet, für die Zukunft zu sichern.

„Die Bundesregierung geht die richtigen Ziele an, aber mit den im Gesetz vorgesehenen Maßnahmen werden diese leider kaum zu erreichen sein“, so Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes.

Überversorgung abbauen - Unterversorgung verhindern

Es gibt in Deutschland mehr niedergelassene Fachärzte, als für die ambulante Versorgung benötigt werden. Gleichzeitig entstehen gerade im ländlichen Raum erste Versorgungslücken im Bereich der hausärztlichen Versorgung.

„Honorarzuschläge können bei einem derzeitigen Durchschnitts-Bruttoeinkommen nach Abzug der Praxiskosten von derzeit über 160.000 Euro für einen Arzt wohl kaum dafür sorgen, dass ein Arzt sich auf dem Land niederlässt statt in einer heute überversorgten Region wie z. B. rund um den Starnberger See.

In überversorgten Regionen sollte es für neue Ärzte Honorarabschläge und eine verpflichtende gesetzliche Vorgabe geben, dass freiwerdende Arztsitze stillgelegt werden. Sonst wird hier die teure und medizinisch unnötige Überversorgung z. B. durch einen nachfolgenden jungen Arzt für Jahrzehnte fortgesetzt, ohne dass im Gegenzug mehr Ärzte aufs Land gehen. Leidtragende wären die Versicherten, weil sie zum einen in strukturschwachen Regionen immer schwerer einen Arzt finden und zum anderen mit steigenden Beiträgen für ihre Versorgung nicht benötigte Ärzte alimentieren müssen“, so Johann-Magnus v. Stackelberg, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes.

Kontakt:
Florian Lanz
Pressestelle

Tel.: 030 206288-4200
Fax: 030 206288-84201

Presse@
gkv-spitzenverband.de

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51
10117 Berlin

www.gkv-spitzenverband.de

Neuregelungen zur ärztlichen Vergütung nicht sachgerecht

Sowohl die alleinige Kompetenz der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Honorare ohne Mitspracherecht der Krankenkassen zu verteilen, als auch die Streichung der ambulanten Kodierrichtlinien bei gleichzeitigem Festhalten an den Diagnosen als Grundlage für Vergütungssteigerungen ist nicht sachgerecht und stellt einen Rückschritt in der Honorarpolitik dar, der die Versorgung verteuern, aber nicht verbessern wird.

Spezialärztliche Versorgung umfassend konzipieren

Viele hoch spezialisierte ärztliche Leistungen werden heute parallel von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten erbracht, ohne dass es eine Abstimmung zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich gibt. Es ist gut, dass der Handlungsbedarf in diesem Bereich mit dem vorliegenden Gesetzentwurf grundsätzlich anerkannt worden ist.

Notwendig wäre in diesem Bereich eine umfassende und ordnungspolitisch klare Neustrukturierung. Die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf geplanten Neuregelungen beziehen sich jedoch lediglich auf einen kleinen Ausschnitt hoch spezialisierter Leistungen, auf seltene Erkrankungen und auf Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen. Ausgabenbegrenzende oder Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur fehlen ganz. Deshalb können die geplanten Gesetzesänderungen zwar in einem sehr begrenzten Rahmen helfen, taugen aber keinesfalls als Muster für eine Ausweitung auf andere Krankheiten oder Versorgungsbereiche.

Neue Gelddruckmaschine für Ärzte und Apotheker verhindern

Durch den Änderungsantrag Nr. 4 zum Versorgungsstrukturgesetz soll ein Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung verpflichtend eingeführt werden.

Ärzte, Apotheker und Krankenkassen sollen sich in allen KV-Regionen jeweils auf einen Modellversuch einigen. Kommt es zu keiner Einigung, soll ein Schiedsamt mit Zwei-Drittel-Mehrheit entscheiden. Damit könnten Ärzte und Apotheker den Krankenkassen die Konditionen für einen Modellversuch, an dem sie selbst viel Geld verdienen wollen, diktieren!

„Dies ist ein Geschenk für Ärzte und Apotheker, das nur darauf abstellt, die Einnahmen beider Berufsgruppen zu maximieren – denn die erzielten Einsparungen sollen zumindest teilweise in die Taschen der Ärzte und Apotheker fließen. Es ist geradezu absurd, dass über ein für die Kassen verpflichtendes Modellvorhaben die wirtschaftliche Wirkstoffverordnung und -abgabe getestet werden soll. Dazu sind bereits heute alle Instrumente vorhanden, ohne dass die Beitragszahler dafür einen Cent mehr bezahlen müssten“, so Johann-Magnus v. Stackelberg.

Staatsferne hat sich bewährt

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist ein Herzstück des deutschen Gesundheitswesens, denn in diesem selbstverwalteten und staatsfernen Gremium werden die wesentlichen Leistungsentscheidungen für die gesetzliche Krankenversicherung getroffen.

Die bewährte Balance zwischen politischer Rahmensetzung durch Gesetz und konkreter Ausgestaltung durch die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen unter Beteiligung von Patientenvertretern wird durch das Versorgungsstrukturgesetz aus dem Gleichgewicht gebracht.

Im G-BA werden die Entscheidungen unter fachlichen Gesichtspunkten im Interesse der Patientinnen und Patienten getroffen. Bei Nichteinigung entscheiden die Stimmen der unparteiischen Mitglieder.

Bei der künftigen Berufung der Unparteiischen Mitglieder im G-BA ist nun ein neues Widerspruchsverfahren mit Beteiligung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages vorgesehen. Dieses Vorgehen stellt die Entscheidung der gemeinsamen Selbstverwaltung unnötig in Frage. Politische Erwägungen könnten die Auswahl von Unparteiischen Mitgliedern dominieren und letztlich durch die Ersatzvornahmemöglichkeit des BMG auch durchgesetzt werden.

Die nach dem neuen Verfahren ausgewählten Unparteiischen dürfen, so sieht es das Versorgungsstrukturgesetz vor, künftig in den drei vorangegangenen Jahren nicht bei den Trägerorganisationen des G-BA und deren Verbänden, als Leistungserbringer in Praxen oder in Krankenhäusern tätig gewesen sein. Dabei ist gerade die fachliche Qualifikation der Unpartei-

schen für die Qualität der Beratungen und der Beschlussfassung unverzichtbar. Ohne sie würde die G-BA-Arbeit insgesamt leiden.

Im Interesse der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung der gesetzlich Versicherten gehört es zu den Aufgaben des G-BA, Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV auszuschließen. Dafür braucht es derzeit die Mehrheit der Stimmen der 13 Mitglieder des G-BA. Wenn sich die 5 Vertreter der Leistungserbringer und die der Krankenkassen nicht einig waren, konnte mit Hilfe von 2 der 3 unparteiischen Mitglieder eine Mehrheitsentscheidung für eine der beiden Seiten erfolgen. Künftig soll es jedoch so sein, dass für den Ausschluss von Leistungen mindestens 9 Stimmen der 13 Mitglieder notwendig sind. Es wird keinen Leistungsausschluss mehr geben, wenn nicht mindestens einer der 5 Leistungserbringervertreter dem Ausschluss zustimmt.

„Die Partikularinteressen der 5 Leistungserbringervertreter im G-BA werden die Interessen der anderen 8 dominieren. So werden Leistungserbringer- statt Patienteninteressen gestärkt“, so Johann-Magnus v. Stackelberg.

Der GKV-Spitzenverband ist der Verband aller 153 gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Als solcher gestaltet er den Rahmen für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland; er vertritt die Kranken- und Pflegekassen und damit auch die Interessen der 70 Millionen Versicherten und Beitragszahler auf Bundesebene gegenüber der Politik, gegenüber Leistungserbringern wie Ärzten, Apothekern oder Krankenhäusern. Er übernimmt alle nicht wettbewerblichen Aufgaben in der Kranken- und Pflegeversicherung auf Bundesebene. Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.