

Viele kleine Schritte zu einer besseren Versorgung – Der Entwurf eines Versorgungsstärkungsgesetzes

FRANZ KNIEPS,
JULIA KUNKEL,
KERSTIN MACHEREY

Franz Knieps ist Vorstand des BKK Dachverbandes e.V. in Berlin und Mitherausgeber der Zeitschrift „Gesundheits- und Sozialpolitik“

Julia Kunkel ist Referentin für Politik im BKK Dachverband e.V. in Berlin

Kerstin Macherey ist ebenfalls Referentin für Politik im BKK Dachverband e.V. in Berlin

Das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) ist der nächste Tagesordnungspunkt auf der Agenda der schwarz-roten Koalition. Die Zielrichtung des Gesetzentwurfes stimmt; trotzdem besteht an einigen Punkten erheblicher politischer und fachlicher Nachbesserungsbedarf. Nur so können die eingeräumten Spielräume und Möglichkeiten effektiv genutzt und damit die Versorgung der Patienten spürbar verbessert werden. Letztlich dürfen alle Verbesserungen auch die geänderte Finanzierungssystematik und die enger werdenden finanziellen Spielräume der Krankenkassen nicht aus dem Auge verlieren. Schließlich ist auch zu konstatieren, dass tiefer liegende Probleme wie die Fehlanreize aus unterschiedlichen Honorarsystemen für GKV und PKV oder die sektorale Steuerung der Versorgung nicht angetastet werden.

1. Richtungsentscheidungen im Koalitionsvertrag – Das BMG im Umsetzungstakkato

Denkt man an die Anfänge der schwarz-roten Koalition zurück, ist vor allem der etwas schleppende Anlauf nach der letzten Bundestagswahl in Erinnerung geblieben. Die Große Koalition ließ sich viel Zeit mit der Aushandlung des Koalitionsvertrages, der dann gerade im Themenfeld der Gesundheitspolitik überraschend detailliert ausfiel. Überdies waren dann die SPD-Mitglieder gefordert, per Mitgliederentscheid ihr Votum zum Koalitionsvertrag abzugeben. So konnte Bundeskanzlerin Angela Merkel erst kurz vor Weihnachten ihr neues Kabinett bekannt

geben. Hermann Gröhe, bislang nicht im gesundheitspolitischen Bereich beheimatet, wurde Bundesminister für Gesundheit. Er machte sich sofort an die Arbeit, den Koalitionsvertrag buchstabengetreu umzusetzen.

Die gesundheitspolitische Arbeit der Koalition hat zwischenzeitlich mächtig an Fahrt aufgenommen. Gut ein Jahr nach Unterzeichnung des Koalitionsvertrages lässt sich eine beachtliche Zahl an Vereinbarungen der schwarz-roten Bundesregierung als „erledigt“ abhaken:

- Der Bestandsmarktaufruf des AMNOG wurde beendet; dafür wurden das Preismoratorium im Eilverfahren verlängert und der Herstellerabschlag auf sieben Prozent festgelegt.

- Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität für alle Verträge der hausarztzentrierten Versorgung wurde aufgehoben.
- Ein Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen wurde ins Leben gerufen.
- Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wurde zumindest teilweise umgestellt. Der paritätische Beitragssatz wurde bei 14,6% eingefroren. Ab 01.01.2015 müssen Krankenkassen, deren Fondsdeckung nicht ausreicht, allein von den Versicherten zu tragende prozentuale Zusatzbeiträge erheben.
- Das zwischen den Krankenkassen hart umkämpfte RSA-Thema wurde nur teilweise abgearbeitet. Speziell für die zielgenaue Zuweisung im Leistungsbereich Krankengeld gibt es noch keine Regelung.
- Die erste Stufe der Pflegereform mit Dynamisierung und Verbesserung von Leistungen wurde eingeleitet.

Mit der Veröffentlichung des Referentenentwurfs des Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) kann der Bundesminister für Gesundheit nun an vielen weiteren Stellen des Koalitionsvertrages ein – vorbehaltliches – Häkchen machen. Der Referentenentwurf handelt fast den kompletten Bereich der ambulanten Versorgung im Vertrag zwischen CDU, CSU und SPD ab und greift darüber hinaus einzelne Punkte der stationären Versorgung und der Arzneimittelversorgung auf.

2. Licht und Schatten – Der Entwurf in der Kritik

Zentrale Intention des Entwurfs ist es, eine bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten auf hohem Niveau sicherzustellen und die Versorgung an die sich wandelnden Anforderungen anzupassen. Dies ist im Grundsatz gelungen: In der besonderen Versorgung erhalten die Krankenkassen größeren Spielraum. Der Innovationsfonds soll neuartigen Versorgungsprojekten zusätzlichen Schub geben. Das Entlassmanagement soll so gestaltet werden, dass Versorgungsbrüche an den Sektorengrenzen vermieden werden. Über den gesetzlichen Anspruch auf eine Zweitmeinung soll Patienten die Sicherheit gegeben werden, dass auch nur die Eingriffe durchgeführt werden, die medizinisch wirklich

notwendig sind. Der Gesetzgeber reagiert damit auf Anzeichen, dass Eingriffe vermehrt aus Abrechnungserwägungen ohne qualitätsgesicherte Indikationsstellung durchgeführt werden.

Wo Licht ist, fällt aber leider auch Schatten:

- Dem Entwurf fehlt die Zuweisung einer aktiveren Rolle der Krankenkassen bei der Verbesserung der Versorgung ihrer Versicherten. Der Entwurf zeigt an vielen Stellen ein tiefes Misstrauen gegen die Selbstverwaltung, das den Verantwortlichen in der GKV zu denken geben sollte.
- Durch die Aussicht auf ein Zwangsgeld von bis zu zehn Millionen Euro werden die Chancen erweiterter Rahmenbedingungen im selektivvertraglichen Bereich konterkariert.
- Ohne die selektivvertragliche Kompetenz der Krankenkassen bleibt der Innovationsfonds ohne Bezug zum tatsächlichen Versorgungsgeschehen.
- Das Entlassmanagement benötigt für eine flächendeckend zufriedenstellende Umsetzung eine Definition dessen, was überhaupt unter einem Entlassmanagement zu verstehen bzw. welche (auch qualitativen) Mindestanforderungen es zu erfüllen hat.
- Pflegebedürftige und ihre Angehörigen müssen an der richtigen Stelle in die Strukturen des MDK eingebunden werden, Leistungserbringer zum Erhalt der Unabhängigkeit der Dienste weiter außen vor bleiben.
- Der Regressverzicht der Kranken- und Pflegekassen gegenüber freiberuflichen Hebammen wird die Haftpflichtprämien nicht senken, wirft aber zahlreiche (verfassungs-)rechtliche und ordnungspolitische Fragen auf.
- Die Regelungen zum Abbau von Unter- und Überversorgung bleiben trotz der seriellen apokalyptischen Warnungen der verfassten Ärzteschaft weitgehend zahnlose Tiger.

Mehr Spielräume mit Hilfe der besonderen Versorgung – Freie Fahrt für Selektivverträge

Krankenkassen sollen deutlich mehr Spielräume erhalten, auf ihre Versicherten und ihre Regionen zugeschnittene Versorgungsangebote zu entwickeln und einzuführen. Insbesondere die Neugestal-

tung des selektivvertraglichen Bereichs in Form eines neu gefassten § 140a SGB V eröffnet flexiblere Gestaltungsoptionen und mehr Wettbewerbsmöglichkeiten für die Krankenkassen. In Zukunft kann nun aus einem deutlich größeren Leistungspotential, das über den Leistungsumfang der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht, ein besonderer Vertrag konstruiert werden. Durch den Wegfall der präventiven Aufsicht und gegebenenfalls einen Nachweis von Wirtschaftlichkeitskriterien zukünftig erst vier Jahre nach Wirksamwerden des Vertrages haben zudem mehr Selektivverträge die Chance, dauerhaft Eingang in das Versorgungsgeschehen zu finden. Auch die erweiterten Möglichkeiten, mit Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge abzuschließen sowie sog. Management-Verträge zu konzipieren, und die Klarstellung, dass nicht nur sektorübergreifende Ansätze gewählt werden können, erschließen weitere Gestaltungsspielräume. Mehr Flexibilität könnte der Gesetzgeber jedoch in die Wahl der Vertragspartner bringen. Es ist fraglich, ob allein der zugelassene Leistungserbringer wirklich immer die richtige Wahl ist. So könnte an der einen oder anderen Stelle ein Werks- und Betriebsarzt oder ein systemisch ausgerichteter Psychotherapeut eine Versorgungslücke im Sinne einer verbesserten Versorgung der Versicherten schließen.

Eng verknüpft mit dem neu gefassten § 140a SGB V ist auch die Modifizierung der Beitragsstabilität nach § 71 SGB V. Besonders hilfreich ist hier die vorgesehene Streichung der präventiven Vorlagepflicht von Selektivverträgen – ein bisheriges Übel für die Krankenkassen aufgrund der zum Teil kleinlichen Auslegung des SGB durch das Bundesversicherungsamt.

So aussichtsreich sich die geplanten Regelungen des selektivvertraglichen Bereichs anhören, konterkariert werden die erweiterten Rahmenbedingungen durch einen weiteren Absatz in § 71 SGB V: Stellt die Aufsicht in Zukunft erhebliche Rechtsverstöße bei dem Abschluss eines Selektivvertrages fest, kann diese ein Zwangsgeld bis zu einer Höhe von zehn Millionen Euro verhängen. Die bisherigen Rechte des Aufsichtshandels reichen aber im Falle von Rechtsverletzungen vollständig aus. Darüber hinaus kann die ungewisse Auslegung eines „erheblichen Rechtsverstoßes“ 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.

Innovationen aus der Zentrale – Kritik an der Ausgestaltung des Innovationsfonds

Einen Ideenwettbewerb zwischen den Krankenkassen soll der neu einzurichtende Innovationsfonds ankurbeln. Damit werden die Chancen erhöht, neuartige Versorgungsprojekte auszuprobieren. Dabei sollten nicht nur Projekte zur Überwindung der klassischen Schnittstellen zwischen dem ambulanten und stationären Bereich gefördert werden, sondern es sollte auch eine Verzahnung mit anderen Leistungsbereichen, wie z.B. der Arbeitsmedizin oder des betrieblichen Gesundheitsmanagements, sowie mit weiteren Sozialversicherungsträgern möglich werden. Zudem sollte zwingend vorgesehen werden, dass nicht nur in der Regel, sondern immer mindestens eine Krankenkasse bei der Antragstellung zu beteiligen ist.

Auch die Konstruktion der neuen Aufgabenzuweisung an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sollte noch einmal überdacht werden. Der G-BA tritt mit dem vorgesehenen Innovationsausschuss erstmals als Entscheider über konkrete selektive Vertragsleistungen mit unmittelbarer Finanzwirkung für die Krankenkassen auf. Es ist vorgesehen, dass dem Innovationsausschuss alle Partner der Kollektivverträge, Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit (und damit der Exekutive)

Die Krankenkasse wissen mit ihrem Knowhow am besten, welche Versorgungsprojekte praktikabel sind: Sie müssen direkt an den Entscheidungen des Innovationsausschusses beteiligt werden.

sowie der unparteiische Vorsitzende des G-BA angehören. Und wo sind die selektivvertraglich Erfahrenen? Die Krankenkassen müssen direkt an der Erarbeitung der Kriterien und den Entscheidungen über die Förderfähigkeit beteiligt werden, denn sie wissen mit ihrem Knowhow am besten, welche Versorgungsprojekte praktikabel

sind und demnach finanziell unterstützt werden sollten. Alle anderen Lösungen widersprechen dem Selbstverwaltungsprinzip und der wettbewerblichen Ausrichtung der GKV, die nicht nur in Sonntagsreden beschworen werden sollte. Schließlich sollte die Wissenschaft stärker in die Kriterienbildung und die Mittelverteilung für die Versorgungsforschung einbezogen werden.

Bei der Umlagefinanzierung des von den Krankenkassen zu tragenden Anteils ist eine Finanzierung je Mitglied einzuführen, da die entsprechenden Mittel den Krankenkassen nicht über die Zuweisungen des Gesundheitsfonds je Versicherten zufließen, sondern von diesen über einen erhöhten Zusatzbeitragssatz je Mitglied zu finanzieren sind.

Aktive Mitgestaltung der Krankenkassen bei der Gesundheitsversorgung – Stoppschild durch Datenschutz?

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:

Viele Versicherte zeigen eine wachsende, gesundheitliche Eigenverantwortung und Selbstbestimmung, verbunden mit der Erwartung einer aktiven und individuellen Gesundheitsberatung durch ihre Krankenkasse. Sie wünschen sich, dass die Krankenkasse sie aktiv unterstützt,

Hilfe anbietet und Aufgaben im Versorgungsmanagement übernimmt. Die dazu zwingend notwendigen proaktiven Beratungsmöglichkeiten der Krankenkassen sind jedoch nicht explizit formuliert. Die gesetzlichen Krankenkassen sollten daher ausdrücklich legitimiert werden, bezüglich der im SGB V definierten Leistungen – nicht nur bei der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit – eine aktive, individuelle Kommunikation zu ihren Versicherten aufnehmen zu können, die im Sinne des § 1 SGB V zur Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes beiträgt. In diesem Zusammenhang sollen die Krankenkassen die dazu erforderlichen personenbezogenen

Daten erheben, verarbeiten und nutzen können, solange der Versicherte diesem nicht widerspricht und sein Veto einlegt. Hier sollte noch einmal offensiv an die Datenschützer herangetreten werden, um eine Lösung zu finden, die alle Belange der Versicherten berücksichtigt.

Des Weiteren können Krankenkassen wertvolle Hilfestellung im Zweitmeinungsverfahren leisten. Hierfür bedarf es insbesondere der frühzeitigen Information der Krankenkassen durch die Leistungserbringer sowie die Möglichkeit für Krankenkassen, ihre Versicherten über qualifizierte Gutachter zu informieren. So kann dem Patienten zusätzlich eine wertvolle Orientierungs- und Entscheidungshilfe gegeben, auf kassenindividuelle Zweitmeinungsverfahren hingewiesen sowie die Wahlfreiheit und Gesundheitskompetenz der Versicherten verbessert werden. Zudem ist es wichtig klarzustellen, dass die Krankenkassen bestehende Zweitmeinungsverfahren auch weiter anbieten können. Dazu benötigen sie die rechtssichere Einbindung auch von nicht zugelassenen Leistungserbringern.

Schließung von Versorgungslücken – Verbesserter Sektorenübergang durch wirksames Entlassmanagement

Ein reibungsloser Übergang zwischen den Versorgungsbereichen ist insbesondere für ältere, allein lebende, chronisch erkrankte oder multimorbide Menschen von besonderer Bedeutung. Eine strukturierte Überleitung von der stationären Versorgung in nachgeordnete Versorgungsbereiche kann den Genesungsprozess unterstützen und es dem Patienten ermöglichen, schnell in seinen Alltag zurückzukehren.

Der Gesetzgeber hat bereits mehrfach versucht, die gesetzlichen Vorgaben so zu setzen, dass das Entlassmanagement dieser Zielsetzung gerecht wird. Obwohl viele Krankenhäuser, insbesondere deren soziale Dienste, ihren Patienten bereits ein Entlassmanagement anbieten, konnte eine flächendeckende Umsetzung bislang nicht erreicht werden. Vielmehr mehren sich die Anzeichen für gravierende Versorgungslücken. Mit dem VSG startet der Gesetzgeber nun einen neuen Anlauf: Der Anspruch des Patienten auf ein Entlassmanagement richtet sich weiterhin gegen das Krankenhaus, den Krankenkassen

wird aber nun eine ergänzende Rolle zu Teil. Sie werden stärker als bisher in den Prozess des Entlassmanagements einbezogen. Lücken in der Versorgung mit bestimmten Leistungen über die Sektorengrenzen hinweg sollen durch erweiterte Verordnungsmöglichkeiten des Krankenhauses geschlossen werden.

Die mit dem Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehenen Änderungen weisen in die richtige Richtung. Schwierigkeiten in der Umsetzung der bisherigen gesetzlichen Vorgaben können aber auch darauf schließen lassen, dass es bislang an einer (Rahmen-)Vorgabe gefehlt hat, was unter einem Entlassmanagement zu verstehen, welche qualitativen Mindestanforderungen es zu erfüllen hat und ob für bestimmte Patientengruppen besondere Anforderungen gelten sollten. Hier sollte der G-BA im Rahmen der Qualitätssicherungsrichtlinien entsprechende Definitionen treffen. In diesem Zusammenhang gilt es auch sicherzustellen, dass der Patient und die weiterbehandelnden Leistungserbringer bei der Entlassung aus dem Krankenhaus unverzüglich alle für eine Anschlussversorgung relevanten Informationen erhalten.

Darüber hinaus müssen die erforderlichen (technischen) Rahmenbedingungen zügig geschaffen werden, um Daten auch elektronisch zwischen den Leistungserbringern austauschen zu können. Es ist sehr zu begrüßen, dass mit dem zu erwartenden eHealth-Gesetz wohl auch hier Verbesserungen vorgesehen sind.

Ebenfalls zu befürworten sind die erweiterten Verordnungsmöglichkeiten der Krankenhäuser. Verbesserungsbedarf besteht etwa bei der Versorgung mit Arzneimitteln. Mit dem Vorschlag des Referentenentwurfs, es den Krankenhäusern zu ermöglichen, Arzneimittel für bis zu sieben Tage zu verordnen, werden Versorgungslücken am Wochenende und an Feiertagen aber nicht sicher geschlossen. Insofern sollte in den Entwurf ergänzend aufgenommen werden, dass ein Krankenhaus die zur Überbrückung benötigte Menge an Arzneimitteln abzugeben hat, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. Bislang sieht das Apothekengesetz hier nur eine Kann-Regelung vor. Zudem sollte dem Patienten ein standardisierter Medikationsplan ausgehändigt werden. Auch der Entlassbrief muss präzise, unmissverständliche Angaben zur Arzneimitteltherapie enthalten.

Ein strukturiertes Entlassmanagement ist auch ein Zeichen für eine hohe Versorgungsqualität und kann für Patienten damit zu einem wichtigen Entscheidungskriterium für oder gegen ein Krankenhaus werden. Entsprechend sollte die konkrete Ausgestaltung des Entlassmanagement im Qualitätsbericht des Krankenhauses transparent und layenverständlich dargestellt werden. Das Vorhalten eines Entlassmanagements, das definierten Anforderungen entspricht, sollte zudem eine Voraussetzung für den Abschluss der im Koalitionsvertrag vorgesehenen Qualitätsverträge sein.

Misstrauen gegen Medizinischen Dienst – Einbeziehung der Betroffenen

Durch Berichte in den Medien, aber auch durch Schilderungen von Betroffenen und deren Angehörigen, sind die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK), ihre Gutachten und ihre Beziehung zu den Krankenkassen zunehmend in die Kritik geraten. Kritisiert werden vor allem unterschiedliche Ergebnisse von (Pflege-)Gutachten zu ähnlich gelagerten Sachverhalten oder unterschiedliche Bewertungen des gleichen Sachverhaltes. Zudem wird der Vorwurf erhoben, die MDK seien nicht unabhängig. Die Krankenkassen nähmen Einfluss auf die Entscheidungen der MDK. Als Reaktion auf die öffentliche Kritik sieht der Referentenentwurf zum VSG die Einbeziehung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen sowie von Pflegekräften in die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste der Kranken- und Pflegekassen vor. Hauptamtliche Krankenkassenvertreter sollen aus den Verwaltungsräten ausgeschlossen werden.

Die Einbindung von Vertretern der Pflegeberufe ist abzulehnen. Der MDK ist der sozialmedizinische Dienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Seine Aufgabe ist es, die Kranken- und Pflegekassen bei der Beurteilung medizinischer Sachverhalte zu unterstützen und bei der Entscheidungsfindung zu beraten. Er soll seine Aufgabe unabhängig erfüllen, also auch ohne die Einflussnahme von Leistungserbringern. Ihre Einbeziehung würde somit die bislang, auch von den Interessen der Leistungserbringer unabhängige medizinische Beurteilung und Beratung gefährden. Würde erst einmal ein Leis-

tungserbringer eingebunden, könnte die Einbindung weiterer Leistungserbringer kaum abgelehnt werden. Dies wiederum würde die Kranken- und Pflegekassen veranlassen, vermehrt auf eigene oder andere Gutachter zurück zu greifen.

Der vom Gesetzgeber vorgesehene Einbezug von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen in die Strukturen des MDK ist hingegen zu unterstützen. Die Einbeziehung wird jedoch an der falschen Stelle vorgenommen: Der Verwaltungsrat trifft überwiegend Beschlüsse von administrativer Bedeutung. Belange, die die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen unmittelbar betreffen, werden hier kaum beraten. Alternativ wäre daher die Einbindung dieser Personengruppe auf Landesebene über ein neues Gremium zu prüfen. Ein solches Gremium sollte unabhängig von den Organen der MDK handeln und die Geschäftsführung sowie den Verwaltungsrat aus der Betroffenenperspektive beraten und durch eigene Initiativrechte unterstützen. Es sollte insbesondere für die Erarbeitung einer für die Allgemeinheit verständlichen Kommunikationsstrategie sowie transparenter Informationen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zuständig sein und hierzu Konzepte erarbeiten können.

Placebo gegen die Krise der Berufshaftpflicht – Fragwürdiger Regressverzicht bei Hebammen

Mit dem Referentenentwurf werden die Maßnahmen fortgesetzt, mit denen frei-berufliche Hebammen bei den Kosten ihrer Berufshaftpflicht entlastet werden sollen: Schon in der letzten Wahlperiode wurde gesetzlich verankert, dass steigende Prämien in der Anpassung der Vergütung zu berücksichtigen sind. Mit dem GKV-FQWG wurde die Einführung eines Sicherstellungszuschlags ab Mitte 2015 und eines bis dahin geltenden, übergangsweisen Zuschlags für Hebammen mit wenigen Geburten beschlossen. Nun sollen die Kranken- und Pflegekassen zusätzlich noch darauf verzichten, die Hebammen bzw. ihre Haftpflichtversicherungen für Schäden aufgrund von Behandlungsfehlern in der Geburtshilfe in Regress zu nehmen.

Die nun vorgesehene Regelung wird jedoch die in sie gesetzten Hoffnungen nicht erfüllen können. Für eine nachhaltige Lösung des Problems stark steigender Haftpflichtprämien wären ohnehin

grundlegende Reformen wie die Ersetzung der privatrechtlich organisierten Haftpflichtversicherung für Gesundheitsberufe durch eine öffentlich-rechtlich verfasste Umlageversicherung erforderlich. Das Ziel, die Haftpflichtprämien dauerhaft und spürbar zu senken und den Versicherungsmarkt wieder zu beleben, wird so nicht erreicht werden. Wichtige Akteure, wie die Gesetzliche Rentenversicherung und die private Krankenversicherung, bleiben außen vor. Auch ohne den Regressanteil von Kranken- und Pflegeversicherung bleiben die Schäden in der Geburtshilfe ein extrem schwer zu kalkulierendes Risiko.

Die Regelung wird jedoch Nebenwirkungen mit sich bringen, die so eigentlich nicht gewollt sein können: Angestellte und freiberuflichen Hebammen in der klinischen Geburtshilfe, die ja womöglich bei derselben Geburt dabei sind, werden durch die Regelung ohne triftigen Grund unterschiedlich behandelt. In letzter Konsequenz wäre damit zu prüfen, ob hier nicht sogar eine verfassungswidrige Ungleichbehandlung vorliegt. Für Krankenhäuser könnte durch die ungleiche Behandlung letztlich ein Anreiz bestehen, angestellte Hebammen aus Kostengründen in die Freiberuflichkeit zu drängen. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass andere Berufsgruppen, die ebenfalls von einer starken Steigerung ihrer Haftpflichtprämien betroffen sind, ähnliche Forderungen an die Politik richten werden. Es wird spannend werden, mit welchen, auch rechtlich tragfähigen Argumenten man ihnen dies verwehren möchte.

Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob die Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten aus ordnungspolitischen Gesichtspunkten diejenige sein kann, die für Schäden aufgrund von Behandlungsfehlern in der Geburtshilfe aufzukommen hat. Insofern wird mit dem nun vorgesehenen Regressverzicht – wieder einmal – eine versicherungsfremde Leistung in die Verantwortung der gesetzlichen Krankenversicherung verschoben. Man ist jedoch nicht dazu bereit, im selben Schritt auch die finanziellen Folgen für die Krankenkassen abzufangen. Vor allem kleinere Krankenkassen könnten durch den Regressverzicht schnell überfordert sein.

Placebos gegen Unter- und Überversorgung – Viel Lärm um (fast) nichts

Kritisch sind auch einige Regelungen zum Abbau von Über- und Unterversorgung zu betrachten. Der Gesetzgeber macht es sich hier einfach und favorisiert – wie beim Regressverzicht – ein politisches Placebo. Können niedergelassene Ärzte innerhalb von vier Wochen keinen Facharzttermin ermöglichen, sollen die Krankenhäuser diese Versorgungslücken kompensieren. Ob unversorgte Räume dadurch wieder ein flächendeckendes, engmaschiges Versorgungsangebot erhalten, ist fraglich. Auf einem anderen Blatt steht zudem, ob alle Krankenhäuser die zusätzlichen ambulanten Kapazitäten überhaupt bewältigen können.

Auch der Abbau von Überversorgung bleibt ein zahnloser Papiertiger. Zwar sollen die von Ärzten und Krankenkassen paritätisch besetzten Zulassungsausschüsse ein Nachbesetzungsverfahren in

Es wäre anzuraten, gewisse Regelungen auch auf ihre finanziellen Auswirkungen hin zu überdenken.

übersorgten Gebieten ablehnen, aber bei Stimmengleichheit ist weiterhin dem Antrag auf Nachbesetzung zu entsprechen. Zudem ist eine Verweigerung der Nachbesetzung ausgeschlossen, wenn der Ehepartner oder ein Kind die Praxis übernehmen will – oder auch der vorherige Praxispartner, sofern eine mindestens dreijährige gemeinsame ärztliche Zusammenarbeit bestanden hat. Faktisch wird es voraussichtlich nicht in dem gewünschten Maße zu den beabsichtigten Effekten kommen.

Auch die geplante Konvergenz der ärztlichen Vergütung ist problematisch, da sie faktisch eine Angleichung nach oben ist. Die gesetzliche Krankenversicherung – und damit im geltenden Finanzierungsregime allein die Versicherten – wird deutliche Mehrausgaben in Höhe von rund 500 Millionen Euro 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 unversorgten Regionen zu beseitigen. Standortentscheidungen werden nur geringfügig durch Vergütungen der Krankenkassen bestimmt. Vielmehr spielen viele andere Faktoren, wie zum Beispiel der zu erwartende Anteil an Privatpatienten oder die Attraktivität von Ort und Region, eine dominierende Rolle.

3. Fazit: Koalitionsvertrag umgesetzt – Viele Probleme bleiben

Das Versorgungsstärkungsgesetz bietet in der Fassung des Referentenentwurfs viele Chancen, aber noch erhebliches Potential für Verbesserungen. Bettet man das Versorgungsstärkungsgesetz zudem 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 gesetzlichen Krankenversicherung. 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 gesetzliche Krankenversicherung und bei der Reform der Krankenhausversorgung werden die gesetzlichen Krankenkassen mit Sicherheit ihre immer schmäler werdenen Schatullen auch großzügig aufhalten müssen. Da für die Krankenkassen nach der neuen Finanzierungslogik immer eine Unterdeckungssituation durch Fondszuweisungen gegeben ist, sind die zusätzlich induzierten Ausgaben unmittelbar und alleinig durch Zusatzbeiträge der Versicherten zu finanzieren. Es wäre daher anzuraten, gewisse Regelungen auch auf ihre finanziellen Auswirkungen hin zu überdenken. Ansonsten wird der Spagat zwischen – natürlich häufig berechtigten – Leistungsverbesserungen und der Belastbarkeit der Beitragszahler schnell ein ganz breiter werden.

Schließlich ist die Frage zu stellen, ob man von einer Großen Koalition nicht auch große Lösungen erwarten darf. Die Konvergenz der Versicherungssysteme zu einem einheitlichen Versicherungsmarkt und die Überwindung der sektoralen Steuerung der Versorgung bleiben auf der politischen Tagesordnung, auch wenn sich die Koalitionsparteien hier nicht auf konkrete Reformschritte einigen konnten. ■