

Pressemitteilung

Gassen: „Krankenkassen sind keine Sparkassen – sie müssen die notwendige Versorgung der Patienten finanzieren“

Berlin, 4. Februar 2015 Wissenschaftler des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) kritisieren die im Regierungsentwurf für das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz enthaltenen Regelungen zur regionalen Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung als unzureichend und widersprüchlich.

„Die Regierung erkennt den Handlungsbedarf an. Sie hat sich aber für eine kleine Lösung entschieden, die den Anforderungen in vielen Regionen nicht gerecht wird. Damit verabschiedet sie sich endgültig von den ursprünglichen Zielen der Vergütungsreform“, sagte der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des Zi, Dr. Andreas Gassen, und forderte: „Im Interesse der Patienten, aber auch der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten erwarten wir, dass der Gesetzgeber jetzt endlich den Grundsatz umsetzt, dass die Krankenkassen den notwendigen Versorgungsumfang der Patienten auch komplett finanzieren. Dazu muss der Regierungsentwurf aber dringend überarbeitet werden.“

Mit seiner Studie untermauert das Zi die Forderung der KBV nach einem größeren Verhandlungsspielraum für die regionalen Vergütungsvereinbarungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und den Verbänden der Krankenkassen. Grundlage dieser Vereinbarungen sollten nach Auffassung des Instituts die schon jetzt im Gesetz aufgeführten Kriterien zur Bestimmung der notwendigen Leistungsmenge sowie eines angemessenen Preises je Leistung sein. Das Gesetz verpflichtet die KVen und die Krankenkassen dazu, die notwendige Leistungsmenge für die Versicherten für ein Jahr im Voraus festzulegen. Hierbei müssten regionale Besonderheiten der Patienten- und Versorgungsstruktur Berücksichtigung finden und spezifische Versorgungsziele einbezogen werden, so die Studie des Zi. Dies sei bisher nur unzureichend erfolgt. „Entscheidend ist“, so Gassen „dass der vereinbarte Behandlungsbedarf der Versicherten in den Regionen schrittweise angepasst werden kann. Er muss zumindest perspektivisch dem tatsächlich notwendigen Versorgungsumfang der Patienten entsprechen. Die Bewertung des Versorgungsbedarfs muss dabei nach Maßgabe der Kriterien in jeder Region vor Ort vorgenommen werden.“

Am Regierungsentwurf kritisierte Gassen, dass die Vertragspartner in den Regionen nur ein einziges Mal und das viel zu spät - nämlich erst für das Jahr 2017 - über die Höhe des notwendigen Versorgungsumfangs verhandeln dürften. Zudem sei die Bezugsgröße falsch gewählt. Der Regierungsentwurf sieht vor, dass Verhandlungen nur in Regionen

zulässig sind, deren Gesamtvergütung unter dem Bundesdurchschnitt liegt; eine Anpassung der Vergütung ist auch nur bis zum Bundesdurchschnitt möglich. „Eine nur einmalige Verhandlungsmöglichkeit widerspricht dem Ziel, kontinuierlich eine bedarfsgerechte Vergütung zu vereinbaren. Die Beschränkung auf den Bundesdurchschnitt stellt zudem einen erheblichen Rückschritt dar, denn damit fehlt der Bezug zum tatsächlichen Versorgungsbedarf der Versicherten vor Ort.“ sagte Gassen. Er erklärte, Regionen mit einer älteren bzw. kränkeren Bevölkerung hätten einen überdurchschnittlichen Versorgungsbedarf. Das gleiche gelte für Regionen mit einem besonders hohen Anteil an Leistungen, die ambulant erbracht werden, da dort bekanntlich viele Behandlungen in Krankenhäusern gar nicht mehr angeboten würden. „Diese Regionen sind mit dem Bundesdurchschnitt nicht sachgerecht bewertet“, sagte Gassen.

Nach Ansicht der KBV sollten die Kriterien zur Bewertung des notwendigen Versorgungsbedarfs daher von den KVen und Krankenkassen vor Ort regelhaft angewendet werden. Dabei dürften die aus Zeiten der Honorarbudgetierung stammenden Vergütungsabschläge für erbrachte Leistungen nicht fortgeschrieben werden. Diese orientierten sich nämlich nicht an dem tatsächlichen Versorgungsbedarf. In den von KBV und Zi geforderten Maßnahmen sieht Gassen einen wichtigen Schritt in Richtung fester Preise für ärztliche Leistungen. „Um die Zukunft der ambulanten Versorgung insgesamt und insbesondere auch in ländlichen Regionen zu sichern, benötigen die Vertragsärzte jetzt dieses seit langem erwartete Signal der Politik.“ bekräftigte Gassen.

„Wir können mit den Ergebnissen aus der Versorgungsforschung die Besonderheiten der einzelnen Regionen gut abbilden. Wenn der Gesetzgeber jetzt die Versorgungsforschung mit Millionen fördert, ist es sinnlos, dass die Vertragspartner diese Ergebnisse aufgrund gesetzlicher Vorgaben praktisch ignorieren müssen.“, so Dr. Dominik von Stillfried, Geschäftsführer des Zi. Das Zi hebt hervor, dass zur sachgerechten Bewertung des regionalen Versorgungsbedarfs drei Gruppen von Kriterien herangezogen werden müssen:

1. die regionale Versichertenstruktur (die Alters-, Geschlechts-, Morbiditäts- und Sozialstruktur bestimmt das Niveau der Inanspruchnahme)
2. die regionale Versorgungsstruktur (sie bestimmt bei gegebener Versichertenstruktur und unterschiedlicher Arbeitsteilung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung die Intensität der Behandlung durch die Niedergelassenen vor Ort)
3. die regionalen Versorgungsziele (sie bestimmen, welche Leistungsbereiche zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung vor Ort gefördert werden sollen)

Das Zi-Papier erläutert, wie die regionalen Unterschiede in den Patienten- und Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung von regionalen Versorgungszielen nach Maßgabe der im Gesetz bereits grundsätzlich verankerten Kriterien sachgerecht berücksichtigt werden können. Im Ergebnis würden sich dann angemessene regionale Unterschiede ergeben. Das Papier ist unter <http://www.zi.de/cms/presse/2015/4-Februar-2015/> verfügbar.

Zum Hintergrund

Gemäß § 87a Abs. 3 SGB V vereinbaren die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene jährlich den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur verbundenen Behandlungsbedarf der Versicherten, der als notwendige medizinische Versorgung gilt. In Absatz 4 führt das Gesetz einige Kriterien für die jährliche Anpassung auf. Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts vom 13.08.2014 (B 6 KA 6/14 R) dürfen dabei nur Veränderungen des Versorgungsbedarfs gegenüber dem Vorjahr berücksichtigt werden (z.B. Veränderung der Zahl der Diabetiker), jedoch nicht das Niveau (z.B. Anzahl der zu versorgenden Diabetiker). Gemäß Regierungsentwurf zum GKV-VSG soll einmalig zum Jahr 2017 eine Korrektur der Ausgangswerte verhandelt werden können, wenn der für 2014 vereinbarte Behandlungsbedarf unter dem Bundesdurchschnitt liegt. Die vereinbarte Anpassung darf dann den Bundesdurchschnitt auch nicht übersteigen (§ 87a Abs. 4a SGB V).

Ihr Ansprechpartner:

Dr. Dominik Graf von Stillfried, Geschäftsführer,
E-Mail: dstillfried@zi.de, Tel.: 030 / 4005 2400

Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung (Zi):

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland ist das Forschungsinstitut der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Rechtsform einer Stiftung des bürgerlichen Rechts. Das Institut wurde im Jahre 1973 gegründet. Es wird finanziert durch jährliche Zuwendungen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Forschungsarbeiten und Studien des Zentralinstituts beschäftigen sich vorwiegend mit der vertragsärztlichen Versorgung unter Nutzung der von den Trägern dafür zur Verfügung gestellten Routinedaten. Mehr Informationen im Internet unter: www.zi.de. Das Zi übernimmt auch die Redaktion des Webportals www.versorgungsatlas.de

*Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland
Herbert-Lewin-Platz 3, 10623 Berlin, Tel. +49 30 4005 2450; Fax +49 30 4005 2490
zi@zi.de*