Gesundheitspolitische Positionierung der IKK classic zum Entwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) vom 08.04.2024

Vorbemerkung

Am 12.04.2024 wurde der Referentenentwurf für das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz, GVSG) vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit Bearbeitungsstand 08.04.2024 zur Verbändeanhörung veröffentlicht. Dieser Entwurf befindet sich nun in der Ressortabstimmung.

Verschiedene Strukturen und Maßnahmen zur Verbesserung sind geplant:

- Erweiterung der Bonusprogramme für die Hausarztzentrierte Versorgung
- Weiterentwicklung Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
- Digitale Sitzungen und Beschlussfassungen von Selbstverwaltungsgremien
- Erleichterung der Gründung von Medizinische Versorgungszentren
- Separate Bedarfsplanung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen
- Beschleunigung von Bewilligungsverfahren von Hilfsmittelversorgungen
- Veröffentlichung von Leistungs- und Servicequalitätstransparenz von Kranken- und Pflegekassen
- Einbindung der Länder im Zulassungsausschuss
- Begrenzung Wechsel von privater Krankenversicherung in die gesetzliche Familienversicherung für über 55-Jährige
- Beitragsfreiheit für Waisenrenten bei Freiwilligendiensten
- Reform der hausärztlichen Vergütung
- Begrenzung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen
- Streichung des Zusatzentgeltes für Corona-Testungen in Kliniken
- Regelungen zur Fortentwicklung der Fehlverhaltensbekämpfung
- Erweiterte Prüfrechte des Bundesrechnungshofs
- Verlängerung der Beratung per Videokonferenz nach § 37 Absatz 3 Satz 4 SGB XI
- Zuständigkeit für die Arzneimittelpreisverordnung beim BMG

Die aktuelle Positionierung bezieht sich insbesondere auf die Neuerungen, die im offiziellen Referentenentwurf am 12.04.2024 bekannt geworden sind. Dabei liegt der Fokus auf den, für die IKK classic, besonders unterstützenswerten oder kritischen Punkten.

Die Positionen zu den Medizinischen Versorgungszentren und zur Transparenz von Leistungen und Servicequalität der Kranken- und Pflegekassen bleiben unverändert und können der Positionierung vom 15.07.2023 entnommen werden.

Positionierung der IKK classic

Das ursprüngliche Ziel des Gesetzes war es, die wohnortnahe Gesundheitsversorgung in sozial oder strukturell benachteiligten Regionen zu stärken und gleichzeitig Maßnahmen und Strukturen zu etablieren, die die Gesundheitskompetenz der Versicherten stärken. Dazu waren zunächst Gesundheitskioske, Primärversorgungszentren und Gesundheitsregionen geplant. Gegen diese Instrumente zur Änderung der Versorgungsstruktur gab es teils massive Kritik der GKV und weiterer Akteure im Gesundheitswesen. Die Kritik bezog sich nicht allein auf den finanziellen Aufwand, sondern auch auf unklare Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten. Bis

zuletzt war nicht deutlich geworden, wie die Aufgabenabgrenzung zwischen diesen neuen Strukturen und bereits bestehenden Strukturen hätte aussehen sollen und wie bei ohnehin fehlendem Fachpersonal zusätzliche Strukturen hätten betrieben werden können.

Im aktuellen Gesetzentwurf sind die vorgenannten Instrumente nicht mehr enthalten. Hoffnungen auf eine Neukonzeption von bedarfsorientierten Ansätzen mit bestehenden Versorgungsstrukturen und insbesondere deren sektorenübergreifende Kombination werden mit dem vorliegenden Referentenentwurf nicht erfüllt. Mit den verbleibenden Regelungen wird nicht deutlich, wie das gesetzte Ziel, die Versorgung in der Kommune zu stärken, erreicht werden kann.

Übrig geblieben sind kleinteilige Einzelmaßnahmen, die in keinem wirklichen Sachzusammenhang – auch nicht mit der geplanten Reform der stationären Versorgung - stehen. Zudem lassen sich wenig Innovationen für die Gesundheitsversorgung erkennen, die den Herausforderungen des demografischen Wandels begegnen. Stattdessen soll die Arztzentrierung im Gesundheitswesen weiter durch die Reform der hausärztlichen Vergütung manifestiert werden. Ob die Versorgung dadurch gestärkt wird, und insbesondere vulnerable Personengruppen besser unterstützt werden, ist mehr als fraglich.

Reine Finanzierungslösungen sind der falsche Weg, um die Gesundheitsversorgung nachhaltig zu verbessern. Sie adressieren nicht die eigentliche Herausforderung, nämlich den effizienten Einsatz der vorhandenen personellen Ressourcen bei hohem Versorgungsbedarf zu fördern. Jahr für Jahr steigende Kosten ohne erkennbaren Mehrwert für die Versicherten bei einer bekannten Reformnotwendigkeit sind nicht länger zu rechtfertigen. Es bedarf einer zielgerichteten Steuerung der Nachfrage, um die begrenzten ärztlichen Ressourcen den Patient:innen zukommen zu lassen, die es wirklich benötigen. Dabei ist insbesondere die navigationale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu fördern. Zudem ist zu prüfen, bislang ärztliche Aufgaben an andere Gesundheitsfachberufe zu substituieren bzw. zu delegieren.

Kurzbewertung der wesentlichen Maßnahmen

- **Erweiterung der Bonusprogramme für die hausarztzentrierte Versorgung**

Grundsätzlich begrüßt die IKK classic die hausarztzentrierte Versorgung und die Nachweispflicht zum Nutzen der regelhaften Bonusleistungen.

Allerdings ist bisher unklar, in welcher Form die Krankenkasse nachzuweisen hätte, dass sich die Aufwendungen für die Boni nach spätestens drei Jahren durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen refinanzieren lassen. Damit ist die Voraussetzung für eine dauerhafte Bonuszahlung nicht eindeutig definiert.

Die verpflichtende Einführung eines Bonus für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist aus diesen Gründen abzulehnen. Sie würde falsche Anreize setzen, eine deutliche Mehrbelastung der Solidargemeinschaft bedeuten.

- **Weiterentwicklung Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)**

Im Sinne der patient:innenorientierten und interprofessionellen Gesundheitsversorgung begrüßt die IKK classic grundsätzlich die geplanten Maßnahmen zur Weiterentwicklung des G-BA. Durch die Beteiligung von Vertretungen für

Pflegeberufsorganisationen, Hebammen, Patient:innen und Fachgesellschaften muss es jedoch zu Effizienz- und Qualitätssteigerungen kommen. Verfahren müssen wie bisher stringent durchgeführt werden. Verfahrensverzögerungen durch den erweiterten Kreis wären aus Sicht der IKK classic nicht akzeptabel.

■ Digitale Sitzungen und Beschlussfassungen von Selbstverwaltungsgremien

Die vorgesehene Möglichkeit, hybride und digitale Sitzungen abzuhalten und entsprechende Regelungen festzulegen, wird seitens der IKK classic als positive Entwicklung betrachtet. Sie würde den Selbstverwaltungsorganisationen Flexibilität bieten. Sie würde zudem effizientere Arbeitsabläufe unter Berücksichtigung von Datenschutz, IT-Sicherheit und technischen Störungen ermöglichen.

■ Separate Bedarfsplanung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen

Die IKK classic spricht sich ausdrücklich für die geplante gesonderte Bedarfsplanung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen aus. Damit würde eine auf die tatsächlichen Bedarfe der Kinder und Jugendlichen zugeschnittene Planung aufgesetzt werden, mit der die Behandlungsmöglichkeiten optimiert werden würden. Gerade für Kinder und Jugendliche ist eine zeit- und wohnortnahe Behandlung wichtig für die Entwicklung und zur Vermeidung einer Chronifizierung.

■ Hilfsmittelversorgung

Die IKK classic begrüßt eine möglichst schnelle Versorgung der Versicherten mit medizinisch notwendigen Hilfsmitteln. Kritisch hingegen sieht die IKK classic die geplante Beschleunigung der Genehmigungsverfahren durch eine generelle Einschränkung des Prüfungsrechts bei der Empfehlung einer behandelnden Ärztin oder Arztes des Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) oder des Medizinischen Behandlungszentrums für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB).

Aus Sicht der IKK classic ist zur Sicherstellung einer zweckmäßigen und qualitätsgesicherten Hilfsmittelversorgung weiterhin eine vertragsärztliche Verordnung nach den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie erforderlich. Eine Empfehlung durch die in den SPZ/MZEB tätigen Ärzt:innen könnte den Regelversorgungsprozess beschleunigen und als Ergänzung der Antragsunterlagen dienen. Eine entsprechende Konkretisierung im Gesetzestext ist zwingend erforderlich.

Das Festhalten an der vertragsärztlichen Verordnung ist auch mit Blick auf die bereits laufenden Digitalisierungsprozesse unerlässlich. Bisher ist auch nicht ersichtlich, wann der Tatbestand einer „regelmäßigen“ Behandlung erfüllt wäre. Das beschleunigte Verfahren kann nur qualitätsgesichert und bedarfsgerecht durchgeführt werden, wenn der Versicherte ausreichend bekannt ist und eine interdisziplinäre Betreuung bereits seit einiger Zeit erfolgt.

Um empfohlene Hilfsmittel in einen genehmigungsfreien Versorgungspfad überführen zu können, ist aus Sicht der IKK classic die Beschränkung auf die im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkte unabdingbar. Nicht geprüfte Medizinprodukte können zum einen keinen zusätzlichen nachgewiesenen Nutzen haben oder sogar ein Risiko für die Patient:innen darstellen. So könnte z. B. nicht sichergestellt werden, dass die Anwendbarkeit im individuellen Fall des Versicherten, mögliche Kontraindikationen sowie mögliche Anwendungsrisiken berücksichtigt werden. Diese Faktoren würden dann erst im Begutachtungsverfahren durch den Medizinischen Dienst geprüft werden.

Bei begründeten Zweifeln an der medizinischen Notwendigkeit des Hilfsmittels, insbesondere bei komplexen Hilfsmittelversorgungen, kann deren Beurteilung nur durch die Ärzt:innen des Medizinischen Dienstes erfolgen. Die Krankenkassen sind durch eine entsprechende Gesetzesregelung zu ermächtigen, in solchen Fällen eine Überprüfung durchführen zu können. Ohne eine entsprechende Regelung wären langwierige Klageverfahren zu erwarten.

■ Einbindung der Länder im Zulassungsausschuss

Die Erweiterung des Mitberatungsrechts zu einem Mitentscheidungsrecht der zuständigen Landesbehörden in den Zulassungsausschüssen für die vertragsärztliche Versorgung ist aus Sicht der IKK classic ein unzulässiger Eingriff in die Selbstverwaltung. Die Zulassungsausschüsse sind paritätisch mit Vertreter:innen der Krankenkassen und der Ärzt:innen besetzt. Sie gestalten im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben die vertragsärztliche Versorgung. Ein Mitentscheidungsrecht der Landesbehörden würde dazu führen, dass Interessen der Länder in Entscheidungen einfließen, deren Finanzierung die Länder nicht verantworten. Dieser Eingriff in die autonome Selbstverwaltung ist ordnungspolitisch inakzeptabel.

■ Reform der hausärztlichen Vergütung

Der Gesetzgeber plant, die Attraktivität der Ausübung der allgemeinärztlichen bzw. hausärztlichen Tätigkeit mit folgenden Maßnahmen zu verbessern: Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen, die Einführung einer jährlichen Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch kranker Patient:innen sowie die Einführung einer Vorhaltepauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags, bei Erfüllung bestimmter Kriterien. Dies soll auch der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in der Fläche dienen.

Die IKK classic begrüßt, dass die ambulante ärztliche Versorgung reformiert werden soll, um Versorgungsverbesserungen zu erzielen und Effizienzreserven zu heben. Zur Erreichung dieses Ziels muss die Primärversorgung interprofessionell gestaltet werden. So können die vorhandenen personellen und finanziellen Ressourcen optimal genutzt werden. Mit Blick auf die Herausforderungen der demografischen Entwicklung ist dies unabdingbar. Es bedarf daher primär effizienzhebenden Strukturveränderungen, anstatt zusätzlicher monetärer Mittel.

Entbudgetierung

Die geplante Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen ist aus Sicht der IKK classic nicht geeignet, die hausärztliche Versorgung attraktiver zu machen. Die Entbudgetierung wäre kein relevanter Anreiz für eine hausärztliche Tätigkeit in unterversorgten, vor allem ländlichen Regionen. Vielmehr entstünde die Gefahr einer weiteren Konzentration ärztlicher Tätigkeit sowie einer medizinisch nicht notwendigen, unwirtschaftlichen und nicht am Bedarf orientierten Leistungsausweitung in bereits überversorgten Gebieten.

Zum Schutz der Patient:innen vor einer aus monetären Gründen induzierten Leistungsausweitung und zur Einhaltung der Beitragssatzstabilität ist es aus Sicht der IKK classic vielmehr erforderlich, vertragsärztliche Leistungen wie bisher im Regelfall innerhalb der budgetierten Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zu vergüten. Eine Leistungsmengenausweitung über ein durch die Morbidität der Versicherten begründbares Maß würde die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens gefährden und konterkariert das Wirtschaftlichkeitsgebot.

Die IKK classic beruft sich zudem auf die Einschätzung des Bundesrechnungshofs (BRH) in seinem Bericht an den Haushaltsausschuss des Bundestags. Dieser konstatiert, dass es keine konkreten Anhaltspunkte dafür gebe, dass mit der Entbudgetierung der Hausärzte „(…) insgesamt die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung von Versicherten maßgeblich verbessert würden“. Aus Sicht des BRH ist es nicht hinnehmbar, „(…) bewährte ausgabensteuernde Instrumente abzuschaffen“. Vergütungserhöhungen sollten auf validen Feststellungen beruhen und entsprechend mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu einer verbesserten Versorgung führen. Diese ist dann entsprechend nachzuweisen.

Zudem ist zu beachten, dass die derzeitige Budgetierung durch die Bereitstellung eines von der tatsächlichen Leistungsinanspruchnahme unabhängigen Vergütungsbetrags, sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch bei den Leistungserbringenden eine hohe wirtschaftliche Planungssicherheit gewährleistet.

Mit dem durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu finanzierenden Strukturfonds werden bereits heute Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung oder der Gründung von Zweigpraxen, Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung sowie Stipendien an Medizinstudierende gezahlt.

Versorgungspauschale

Der Gesetzgeber plant eine jahresbezogene Versorgungspauschale für Versicherte mit einer lang andauernden, lebensverändernden Erkrankung einzuführen. Diese Pauschale soll beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt abrechenbar sein und eine deutliche Senkung vermeidbarer Praxisbesuche in den Hausarztpraxen erzielen. Die IKK classic begrüßt die Bestrebung, die Zahl unnötiger Praxisbesuche, die unter Umständen nur der Abrechnungsmöglichkeit der Rezeptausstellung dienen, zu reduzieren.

Jede chronische Erkrankung löst einen anderen Behandlungsbedarf aus. Die Taktung der Arztbesuche muss sich nach dem Behandlungsbedarf der Erkrankung richten. Insbesondere Komorbiditäten und hinzutretende Erkrankungen müssen frühzeitig ärztlich diagnostiziert und behandelt werden. Die vorgeschlagene Abbildung des Behandlungsbedarfes in Stufen kann den benötigten Behandlungsbedarf darstellen. Da dieser jedoch im Voraus für die Abrechnung der Pauschale vom Arzt oder Ärztin eingeschätzt werden muss, sind für die Einstufung ausreichend objektive und gesicherte Kriterien festzulegen.

Aus Sicht der IKK classic ist modellhaft zu ermitteln, ob und inwiefern eine an den Stufen orientierte Vergütungsstaffelung wirtschaftlich ist. Dabei muss auch die Entlastung durch eine verringerte Zahl an Arztbesuchen berücksichtigt werden.

Die IKK classic fordert insbesondere, vor einer Einführung die Wirkungen auf den Risikostrukturausgleich (RSA) zu analysieren und ggf. dort Anpassungen vorzunehmen. Hierbei ist vor allem die festgelegte Taktung für die einzelnen Erkrankungen zu berücksichtigen.

Die leitliniengerechte Behandlung von chronischen Erkrankungen gemäß den Disease-Management-Programmen (DMP), die vielfach einen regelmäßigen Arzt-Patienten-Kontakt vorsehen, sind ebenfalls bei der Abbildung der Behandlungsbedarfe in Stufen zu berücksichtigen.

Die Vorlagepflicht eines Konzeptes zur Höhe der Versorgungspauschalen zur Abbildung von Behandlungsbedarfen nach unterschiedlich hohem Behandlungsaufwand durch den Bewertungsausschuss an das Bundesministerium für Gesundheit lehnt die IKK classic als Eingriff in die Selbstverwaltung ab.

Bei der Einführung einer hausärztlichen jährlichen Versorgungspauschale muss schließlich eine kostenneutrale Umsetzung erfolgen und Doppelabrechnungen zwingend verhindert werden. Hierbei sind auch bestehende (finanzielle) Regelungen aus DMP- oder HzV-Verträgen zu beachten und Doppelfinanzierungen zwingend zu vermeiden.

Vorhaltepauschalen

Die Einführung von Vorhaltepauschalen soll die bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen. Dazu werden im Gesetzentwurf Kriterien definiert, an die die Auszahlung geknüpft ist. Die IKK classic hält diese Idee für diskutabel. Allerdings ist nicht erkennbar, dass eine zusätzliche Versorgung von Versicherten initiiert wird.

Zudem ist die Frage, ob sich ein bundesweites Instrument eignet, um regionale Versorgungsunterschiede angemessen zu berücksichtigen. Die Zuwendungsmöglichkeiten aus dem Strukturfonds sieht die IKK classic als effektivere und zielgerichtetere Möglichkeit, die flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Des Weiteren gibt es heute bereits nach EBM eine Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags.

- **Wirtschaftlichkeitsprüfungen**

Zukünftig soll eine verbindliche Bagatellgrenze in Höhe von 300 Euro pro Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal in die Rahmenvorgaben aufgenommen werden. Die IKK classic begrüßt grundsätzlich Überlegungen, Krankenkassen, KVen und Ärzt:innen in Niederlassung von Bürokratie zu entlasten. Die IKK classic lehnt jedoch die Anhebung der Bagatellgrenze in der geplanten Fassung ab. Sie widerspricht dem Ziel, dass vertragsärztlich verordnete Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein sollen.

Zurzeit liegen die Bagatellgrenzen der Prüfvereinbarungen in der Regel bei durchschnittlich 50 Euro. Ein Prüfverfahren unwirtschaftlicher Verordnungen wäre künftig bis zur Bagatellgrenze von 300 Euro nicht mehr möglich. Auch unwirtschaftliche Folgeverordnungen könnten über Jahre nicht mehr aufgegriffen werden, da diese ebenfalls unterhalb der Bagatellgrenze liegen würden.

Würde der Gesetzgeber an der geplanten Anpassung der Bagatellgrenze festhalten, wäre mit einem Ausgabenanstieg zu rechnen, der ausschließlich zu Lasten der Solidargemeinschaft ginge.

Bewertung weiterer geplanter Maßnahmen

Die IKK classic sieht in den geplanten Regelungen zur Fortentwicklung der Fehlverhaltensbekämpfung einen wichtigen Schritt. Sie würden zu einer Steigerung der Effektivität der Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen führen.

In gleicher Weise begrüßt die IKK classic die im Gesetzentwurf vorgesehene Erweiterung der Prüfrechte des BRH gegenüber den KVen, den Medizinischen Diensten und dem G-BA. Das gilt auch für die geplante Ergänzung der besonderen Prüfrechte der Krankenkassen.

Die Verlängerung der Möglichkeit der Videokonferenz bei Pflegeberatungsbesuchen wird als sachgerecht angesehen.

Die IKK classic begrüßt die geplante Einschränkung der Wechselmöglichkeit aus der Privaten Krankenversicherung in die GKV für über 55-jährige. Dies stärkt die Solidargemeinschaft. Gleiches gilt für die Förderung des ehrenamtlichen und freiwilligen Engagements durch die geplante Beitragsfreiheit für Waisenrenten oder Hinterbliebenenversorgungsleistungen.

Dr. Christian Korbanka
Leiter Politik

IKK classic
Kölner Straße 3, 51429 Bergisch Gladbach

christian.korbanka@ikk-classic.de
Tel. +49 (0) 2204912-310011
Mobil +49 (0) 16096967971