

Entschließungsantrag

der Abgeordneten Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau), Dr. Petra Sitte, Kathrin Vogler, Harald Weinberg und der Fraktion DIE LINKE.

zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung
– Drucksachen 18/4095, 18/5123 –

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wird seinem Namen nicht gerecht. Es bräuchte einen mutigeren Schritt, um Versorgungslücken auf dem Land und in den benachteiligten Regionen zu bekämpfen sowie eine patientenorientierte Versorgung zu schaffen.

Die Bedarfsplanung soll eine sichere und gute ärztliche Versorgung der Bevölkerung gewährleisten. Doch noch immer ist nicht bekannt, wie viele Ärztinnen und Ärzte für eine gute Versorgung der Bevölkerung notwendig sind. Die heute verwendeten Versorgungsgrade geben das tatsächliche Versorgungsgeschehen nur unzureichend wieder. So können trotz eines nominellen Versorgungsgrades von 100 Prozent lange Wartezeiten auf einen Behandlungstermin auftreten. Dazu trägt bei, dass nicht bekannt ist, wie viel Zeit die zugelassenen Ärztinnen und Ärzte tatsächlich für die Behandlung von gesetzlich Versicherten aufwenden. Auch die geplanten Terminservicestellen werden kaum zu einer besseren Versorgung führen, denn bei bestehenden Versorgungslücken hilft auch eine verbesserte Terminvergabe nichts. Zudem haben sich die Regelungen, die für den Abbau von Unter- und Überversorgung sorgen sollen, als nicht ausreichend wirksam erwiesen.

Wie schon beim GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) verpassen die Bundesregierung und die Koalitionsfraktionen der CDU/CSU und SPD die Chance, die Bedarfsplanung auf eine fundierte Grundlage zu stellen und wirksame Schritte hin zu einer bedarfsorientierten Verteilung von ärztlichen Niederlassungen zu gehen.

Bei mehreren Regelungen des Gesetzentwurfs sollen auf Grundlage der Behandlungsqualität die GKV-Ausgaben gesteuert, also in der Regel gesenkt werden. Hier sind etwa die Regelungen zum Zweitmeinungsverfahren und zur Nutzenbewertung von Medizinprodukten zu nennen.

Der geplante Anspruch auf ein geregeltes Zweitmeinungsverfahren wird zu einem Mittel der Kostensenkung, indem er ausdrücklich nur bei mengenanfälligen Eingriffen gilt. So sollen ökonomisch motivierte Eingriffe und entsprechende Mehrausgaben bekämpft werden. Dieser Anspruch sollte aber bei allen eingreifenden Behandlungen und besonders schweren Erkrankungen zum Standard gehören, um die Behandlungsqualität zu erhöhen sowie Patientinnen und Patienten vor unnötigen Eingriffen zu schützen. Einige Krankenkassen haben ein solches System bereits installiert, der Gesetzentwurf bleibt dahinter deutlich zurück. Medizinisch fragwürdigen Eingriffen kann zudem nur wirksam begegnet werden, indem falsche Vergütungsanreize aufgehoben werden und der ökonomische Druck auf Behandelnde sowie auf die Krankenhäuser zurückgefahren wird.

Ähnlich verhält es sich bei der Nutzenbewertung von Medizinprodukten. Diese soll nach der Neuregelung nur vorgenommen werden, wenn die entsprechende Methode über die reguläre Finanzierung nicht abgedeckt ist. Zudem bezieht sie sich nur auf vollkommen neuartige Produkte. Nutzlose, aber preiswerte Medizinprodukte werden so weiter zur Anwendung kommen. Zudem können so therapeutisch fragwürdige Neuheiten auch künftig in die Versorgung gelangen, wenn sie kein grundlegend neues Behandlungskonzept aufweisen. Eine hohe Qualität sollte das Ziel jeder medizinischen Behandlung sein – auch bei der Verwendung von weniger teuren und neuartigen Medizinprodukten. Daher müssen alle neuen Medizinprodukte der Hochrisikoklassen IIb und III einer Nutzenbewertung unterzogen werden, wie sie bei Arzneimitteln auch erfolgt.

Zur Steuerung und Begrenzung der Ausgaben erweitert die Bundesregierung „die Möglichkeiten der Krankenkassen, im Wettbewerb gute Verträge abzuschließen“ (Bundestagsdrucksache 18/4095, S. 3). Aber gerade im Gesundheitswesen ist Wettbewerb grundsätzlich problematisch. Ein ökonomischer Konkurrenzkampf führt kaum zu einer besseren Behandlungsqualität. Im Gegenteil: Stattdessen werden Patientinnen und Patienten bzw. Versicherte sowohl bei Behandelnden als auch bei Krankenkassen zunehmend als Kundinnen und Kunden angesehen, die dem eigenen Vorteil bzw. wirtschaftlichen Überleben dienen. Allen Selektivverträgen ist etwa gemeinsam, dass ihr Vorteil für die Behandlungsqualität nicht oder nicht ausreichend nachgewiesen ist. Mindestens bei Hilfsmittelausschreibungen und Arzneimittelrabattverträgen sind erhebliche Nachteile für die Patientinnen und Patienten bekannt. Gleichzeitig sind Selektivverträge ihrem Wesen nach intransparent und taugen damit kaum als Qualitätsindikator bei der Wahl der Krankenkasse oder Ärztin bzw. des Arztes. Der Inhalt der Verträge gilt meist als Geschäftsgeheimnis und die Versicherten haben kaum die Möglichkeit, Einblick in die Vertragsunterlagen zu erhalten oder einzuschätzen, welche Auswirkungen für die Versorgung etwa die Vergütungsanreize entfalten. Nur Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung werden freiwillig veröffentlicht. Die Bundesregierung hätte die Neuformulierung von § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zum Anlass nehmen müssen, mehr Transparenz, mehr Patientenorientierung und höhere Anforderungen bezüglich der Ergebnisqualität bei Verträgen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach den § 73c SGB V, der integrierten Versorgung nach §§ 140 a bis 140d und der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V zu schaffen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

einen Gesetzentwurf zur Nachbesserung des Versorgungsstärkungsgesetzes vorzulegen und insbesondere zu gewährleisten, dass

1. wirksame Schritte hin zu einer bedarfsorientierten Planung und Steuerung der gesundheitlichen Versorgung gegangen werden, die neben der Morbidität auch die Sozialstruktur, die Altersstruktur der Bevölkerung wie Leistungserbringerrinnen und -erbringer sowie regionale Mobilitätsdaten berücksichtigen. Alle Gesundheitsberufe sind in die Bedarfsermittlung einzubeziehen;
2. der Abbau von ärztlicher Überversorgung konsequenter, allerdings unter Berücksichtigung der tatsächlichen Versorgungssituation vor Ort, erfolgt;
3. eine Nutzenbewertung von neuen Hochrisiko-Medizinprodukten (mindestens Klasse IIb und III) erfolgt, unabhängig von ihrem Preis oder ihrem Innovationsgrad;
4. das organisierte Zweitmeinungsverfahren bei den Behandlungen angeboten wird, die gesundheitlich besonders belastend sind und/oder der Behandlung einer schweren Erkrankung dienen, und
5. die Selektivverträge einer validen Evaluation bezüglich ihrer Auswirkungen auf die Behandlungsqualität, insbesondere die Ergebnisqualität, unterzogen werden. Es ist sicherzustellen, dass die Versorgungsformen, die einen relevanten Zusatznutzen für die Versicherten haben, durch Einbeziehung in die Regelversorgung allen Versicherten zur Verfügung stehen.

Berlin, den 9. Juni 2015

Dr. Gregor Gysi und Fraktion

