

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0053(15.8)
gel. VB zur öAnh am 16.1.2019 -
TSVG
11.1.2019



Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 10.01.2019

**zum Antrag der Fraktion der FDP
Ambulante ärztliche Versorgung verbessern,
Bürokratie abbauen, Budgetierung aufheben
Drucksache 19/4833**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



- 1. Die Budgetierung ärztlicher Leistungen soll schrittweise aufgehoben werden.**
- 2. Im ersten Schritt soll eine Entbudgetierung der grundversorgenden Haus- und Fachärzte vorgesehen werden.**

Die Finanzierung von Leistungen der niedergelassenen Vertragsärzte für die Versorgung von GKV-Versicherten erfolgt grundsätzlich (ca. 70 Prozent der GKV-Ausgaben für die vertragsärztliche Versorgung) im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV), diese Leistungen unterliegen somit einer Mengenbegrenzung. Besonders förderungswürdige Leistungen wie z. B. Vorsorgeuntersuchungen oder Leistungen des ambulanten Operierens werden hingegen ohne eine Mengenbegrenzung, in der sog. extrabudgetären Vergütung (EGV), finanziert (ca. 30 Prozent der GKV-Ausgaben für die vertragsärztliche Versorgung).

Die MGV stellt einen mit den Krankenkassen vereinbarten und in ihrer Höhe begrenzten Gesamtbetrag dar, mit dem sämtliche der MGV zugehörigen Leistungen der Versicherten einer Krankenkasse mit befreiender Wirkung beglichen werden. Die MGV wird jährlich an die Zahl der Versicherten als auch an den sich geänderten medizinischen Behandlungsbedarf der Versicherten aufgrund ihrer Alters- und Morbiditätsstruktur angepasst (Übernahme des Morbiditätsrisikos durch die Krankenkassen). Zusätzlich wird im Nachhinein ein nicht vorhersehbarer Morbiditätsanstieg von den Krankenkassen vergütet. Die MGV wird somit heute schon je nach dem Versorgungsbedarf der Versicherten angepasst und führt mit den morbiditätsbedingten- und versorgungsbezogenen regionalen Anpassungsfaktoren sowohl zu bedarfsgerechten Gesamtvergütungen, zu adäquaten ärztlichen Einkommen als auch zu einer wirtschaftlichen Versorgung. Damit wird ein fairer Ausgleich zwischen den Interessen der Ärzte, der Krankenkassen sowie der Versicherten erreicht.

Die MGV bildet somit das Kernelement der vertragsärztlichen Vergütung und ist ein wichtiges Steuerungsinstrument, um sicherzustellen, dass in der vertragsärztlichen Versorgung ausschließlich medizinisch notwendige Leistungen unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes erbracht werden.

Die Notwendigkeit der Mengensteuerung zeigt sich auch unter Berücksichtigung der Steigerungsraten in der EGV, die in den letzten Jahren im Durchschnitt bei ca. 6 % pro Jahr lag und damit weit über dem Wachstum der Grundlohnrate und der gemessenen Morbiditätsveränderungen aufgrund des demografischen Wandels liegen.

Steigende Leistungsmengen sind ein Merkmal aller Gesundheitssysteme. Neben dem medizinisch-technischen Fortschritt und demografischen Ursachen ist es vor allem die Leistungs-

gensteuerung durch die Ärzte selbst, die die Entwicklung medizinischer Leistungen maßgeblich beeinflusst. Neben dem objektiven Behandlungsbedarf der Patienten kommen hier auch wirtschaftliche Interessen der Ärzte zum Tragen, die über die Vereinbarung der MGV und ihrer Fortschreibung auf der Grundlage möglichst objektiver Daten zur Veränderung der Morbidität in Einklang zu bringen sind. Diese Steuerung der Mengenentwicklung medizinischer Leistungen ist unabdingbare Voraussetzung für die finanzielle Stabilität der gesetzlichen solidarischen Krankenversicherung.

Mit dem Vorschlag der schrittweisen Aufhebung der Budgetierung ärztlicher Leistungen, beginnend mit einer Entbudgetierung von grundversorgenden Haus- und Fachärzten würde nur noch ca. ein Drittel der vertragsärztlichen Leistungen einer wirksamen Mengensteuerung unterliegen und sich das derzeitige Verhältnis von Leistungen der MGV gegenüber Leistungen der EGV nahezu umkehren. Allein hierfür würden für die gesetzlichen Krankenkassen zusätzliche Kosten in Höhe von knapp einer Mrd. Euro anfallen.

Durch den vollständigen Wegfall der Mengensteuerung würde das gesetzliche Wirtschaftlichkeitsgebot konterkariert, nur medizinisch notwendige Leistungen zu erbringen. Für die GKV würden hierdurch zusätzliche Kosten in Höhe von ca. 3 Mrd. Euro jährlich resultieren.

Diese Leistungsmengenausweitung würde zudem nicht per se mit einer Verbesserung der Versorgung gesetzlich Versicherter einhergehen.

Eine Aufrechterhaltung der MGV als Kernelement der vertragsärztlichen Vergütung mit ihrer Mengensteuerungsfunktion ist somit unerlässlich.

3. Bürokratie und Berichtspflichten sollen reduziert werden.

Der GKV-Spitzenverband setzt sich für den Abbau unnötiger Bürokratie ein, um Arztpraxen zu entlasten und hierdurch Wartezeiten für GKV-Versicherte zu reduzieren. Daher werden die bestehenden und etablierten Berichts- und Antragsverfahren mit ihren zugehörigen Mustern, Formularen und Vordrucken seit Jahren und in regelmäßigen Abständen hinsichtlich möglicher Verbesserungen überprüft. Hierbei konnten in den vergangenen Jahren zwischen GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung auch bereits verschiedene Verfahren (z. B. zur Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, zur Verordnung von medizinischer Rehabilitation sowie den Antragsverfahren für die Psychotherapie) deutlich vereinfacht werden. Entsprechende Berichte des Normkontrollrates bestätigen das.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.01.2019

zum Antrag der Fraktion der FDP Ambulante ärztliche Versorgung verbessern, Bürokratie abbauen, Budgetierung aufheben

Seite 4 von 4

Die sukzessive Digitalisierung von Formularen und Berichtsverfahren ist das Bestreben der Selbstverwaltungspartner. Die Digitalisierung wird einen Beitrag leisten, um Effizienzpotenziale in Arztpraxen zu realisieren, diese zu entlasten und somit mehr Zeit für die Behandlung von GKV-Versicherten zu ermöglichen.

Allerdings darf der Abbau von Bürokratie kein reiner Selbstzweck sein und starren Mengenvorgaben folgen, da viele verpflichtende Vorgaben zur Dokumentation, z. B. im Bereich der Qualitätssicherung vertragsärztlicher Leistungen, ihre Berechtigung haben und die hierfür anfallende Zeit auch den Patienten unmittelbar zugutekommt.