

Leserbrief zum Artikel „Die Versorgung von morgen gestalten – ein Ausblick der Techniker Krankenkasse in Hessen“

von Dr. Barbara Voß, HÄBL 09/2022, S. 510

## „Kritischer Kommentar nötig“

Die Techniker Krankenkasse (TK) geriert sich in dem umfangreichen Artikel tatsächlich wie ein Akteur, um nicht zu sagen „Player“ im Gesundheitswesen. Nehmen wir die TK und Autorin Dr. Barbara Voß also beim Wort und schauen uns an, welche Maßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen die ambulante Versorgung von heute (und morgen) tatsächlich prägen: Auf Druck des GKV-Spitzenverbandes, der auch die TK vertritt, wird gerade die extrabudgetäre Vergütung für die Behandlung von Neupatienten durch die Bundesregierung zurückgenommen – dabei hatte dieses Gesetz (TSVG) die ambulante Versorgung verbessern sollen, was laut Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) auch schon Wirkung gezeigt hatte (+12 % Neupatienten/Jahr).

Das sogenannte Regelleistungsvolumen beträgt in Hessen für viele Fachärzte 15 bis 20 Euro für ein ganzes Quartal „all inclusive“-Versorgung der gesetzlich Versicherten, die diese gefühlt kostenlose Versorgung in Form von Sachleistung gerne unlimitiert in Anspruch nehmen.

Die extrabudgetäre Vergütung für die Behandlung von Neupatienten konnte ihre Wirkung bisher nie voll entfalten, weil auf Druck des GKV-Spitzenverbandes eine erneute Bereinigung vorgenommen wurde, die noch bis 2023 stattfindet, gleichzeitig beklagt die GKV den mangelnden Effekt des TSVG.

Die TK ist also – wie alle anderen gesetzlichen Krankenkassen – nicht im Geringssten bereit, die ambulante Versorgung auch nur annähernd angemessen zu ver-

güten, sondern torpediert die Maßnahmen zur Verbesserung sogar. Messen wir die TK als einen der „Pacemaker“ der GKV an ihrem Handeln, gibt es also das Gegenteil von dem, was die Autorin Voß sich so vorstellt: Die ambulante Versorgung wird meist sogar weit unterhalb der entstehenden Kosten vergütet – vgl. das „Neubauer-Gutachten“ (Institut für Gesundheitsökonomik München) von 2015.

Die unterfinanzierte vertragsärztliche Versorgung durch Budgetierung und gerade auch in Hessen explodierende Zahlen bei den Einzelregressen gegen Vertragsärzte sind die Ergebnisse des tatsächlichen Handelns der GKV. Die Erkenntnis, dass viele Leistungen auch ambulant erbracht werden können, ist nicht neu und auch nicht falsch und das wäre auch dann noch so, wenn die Vertragsärzte fair und unbudgetiert vergütet würden – insbesondere für den erhöhten Beratungs- und Aufklärungsbedarf, ggf. Komplikationsmanagement etc. Tatsächlich möchte die GKV aber die stationären Behandlungen in den ambulanten Bereich verlagern und dann dort weiterhin in gewohnter Weise die „Preise drücken“, weil es halt einfacher geht, eine schwache KBV (K. d. ö. R.) zu knebeln, als sich mit den wenigen Klinik-Konzernen im Lande anzulegen, die schon lange nach eigenen Regeln spielen.

Ein Beispiel für die schon stattfindende schleichende Verlagerung sind die „blutigen“ Entlassungen der Kliniken nach stationärer Behandlung, mit der Aufforderung an den Patienten, sich umgehend beim Vertragsarzt vorzustellen, obwohl in

der DRG-Pauschale auch eine 14-tägige Nachbehandlungszeit enthalten ist.

Für die Krankenhausfinanzierung fordert Voß also eine „zeitgemäße“ Finanzierung – für die ambulante Versorgung tut sie das nicht, möchte aber die „ambulante Versorgung sicherstellen“, denn sonst klappt das mit der kostensparenden Verlagerung in den ambulanten Sektor auch nicht mehr... Als Vorschläge dazu kommen dann noch – wenig überraschend – die Digitalisierung und die Telemedizin, die in vielen, auch basisversorgenden Fächern nun einmal fast gar keine Rolle spielt, weil damit eine fachgerechte (apparative) Untersuchung und Behandlung schlicht nicht möglich ist – gerade die häufigsten akuten Beschwerden wie Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen oder in meinem Fachgebiet ein rotes, schmerzhaftes Auge kann man in der Regel halt nicht mittels einer Fernbehandlung lege artis untersuchen und behandeln. Die Kunst der ärztlichen Untersuchung wird völlig unterbewertet, als gebe es für alles eine „App“ oder Fernbehandlungsmöglichkeiten. Es ist purer Euphemismus, solche Notlösungen als Standard zu fordern, während man die ambulante Versorgung kaputtspart; speziell die TK ist übrigens auch bei den Leistungen für die Patienten, den mir bekannten Selektivverträgen und Lohnersatzleitungen im Vergleich zu anderen großen Krankenkassen spürbar „sparsamer“; die von Dr. Voß getätigten Aussagen können daher nicht ohne kritischen Kommentar bleiben.

**Dirk Paulukat**, Bad Camberg

Leserbrief zum CME-Beitrag „Ärztliche präventive und therapeutische Bewegungsberatung“ von Martin Fischer,

Prof. Dr. Dr. med. David A. Groneberg, Prof. Dr. med. Dr. phil. Winfried Banzer, HÄBL 10/2022, S. 555

## „Es hat mir richtig Spaß gemacht“

Den Artikel „Ärztliche präventive und therapeutische Bewegungsberatung“ habe ich eben beim Frühstück gelesen und dazu auch die MC-Fragen bearbeitet. Es hat mir richtig Spaß gemacht. Er ist fehlerfrei ge-

schrieben, sehr gut lesbar und zeigt mir, dass ich mit meinem seit ca. sechs Jahren regelmäßigen Training rundum auf dem richtigen Pfad zu sein scheine. Sehr gut gefällt mir Tabelle 2, die wunderbar auf

den Punkt kommt (Empfehlungen zur Aufnahme eines Geh-Trainings).

**Univ.-Prof. (Trier) Dr. med. habil.  
Andreas J. W. Goldschmidt**