

**Abteilung Sozialpolitik**

Tel.: 030 / 72 62 22 – 124

Fax: 030 / 72 62 22 – 328

Sekretariat: 030 / 72 62 22 – 125

E-Mail: [fabian.szekely@sovd.de](mailto:fabian.szekely@sovd.de)

24. Juni 2011

Sz/

**Stellungnahme  
zum Referentenentwurf für ein  
Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der  
gesetzlichen Krankenversicherung  
des Bundesministeriums für Gesundheit  
vom 9. Juni 2011**

## **Zusammenfassung:**

Der SoVD erkennt die Bemühungen des Bundesministeriums für Gesundheit an, die Bedarfsplanung zu reformieren, um eine wohnortnahe Versorgung auch im ländlichen Bereich sicherzustellen. Unseres Erachtens ist es dafür aber erforderlich, über die vorgeschlagenen Maßnahmen hinaus auch die teilweise bestehende Überversorgung abzubauen. Zudem ist es vor dem Hintergrund des Nationalen Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention notwendig, insbesondere die Barrierefreiheit von Arztpraxen im Referentenentwurf zu thematisieren.

Für den SoVD sind die Vorschläge des Bundesministeriums für Gesundheit zu den innovativen Behandlungsmethoden unzureichend. Innovative Behandlungsmethoden sind, bevor sie Versorgungsalltag werden, wissenschaftlich zu überprüfen. Im Zeitraum der Erprobung muss sichergestellt sein, dass das Verfahren nicht bereits in der Fläche angewendet wird. Generell müssen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich dieselben Voraussetzungen für die Zulassung neuer Behandlungsmethoden gelten.

Zur Verbesserung der Versorgung gehört für den SoVD auch die Verbesserung der Mitentscheidungsmöglichkeit der Patientinnen- und Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und anderen Gremien. Der Entwurf greift das Thema einer stärkeren Patientenbeteiligung leider nicht auf.

Für verfehlt halten wir die Pläne des Bundesministeriums für Gesundheit zum Thema Wettbewerb unter den Krankenkassen. Einer weiteren Zersplitterung des einheitlichen Leistungskataloges werden wir energisch entgegengetreten. Vor dem Hintergrund der Finanzierungslogik der Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), zum Beispiel mittels Zusatzbeitrag, durchschnittlicher Zusatzbeitrag und Sozialausgleich, befürchten wir, dass eine Zweiklassen-Krankenkassenwelt entsteht.

Insgesamt fordert der SoVD, dass das Versorgungsgesetz nach den erheblichen Belastungen der Versichertengemeinschaft durch das GKV-Finanzierungsgesetz im Wesentlichen ausgabenneutral gestaltet wird. Dem widersprechen aber die Regelungen zur ärztlichen und zahnärztlichen Honorierung, die ein weiteres Anwachsen der Honorarzahungen befürchten lassen. Weiteren Belastungen durch dieses Gesetz, die allein die Versicherten durch steigende Zusatzbeiträge schultern, müssen verhindert werden.

## **Zu der Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung**

Die Einschätzung, dass es zukünftig einen Mangel an Ärztinnen und Ärzten im ländlichen Bereich geben wird, teilt der SoVD. Dennoch möchten wir darauf hinweisen, dass dies auch für strukturschwache urbane Bereiche gelten kann bzw. gilt. Leider wird in der weiteren Zustandsbeschreibung nicht berücksichtigt, dass auch die Fehlverteilung von Ärztinnen und Ärzten eine Ursache dafür sein kann.

Hinsichtlich der konkreten Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung in den § 99 ff SGB V n.F. setzen auch wir uns dafür ein, dass die Planungsbereiche sich nicht mehr an den jeweiligen Stadt- und Landkreisgrenzen orientieren. In zweierlei Hinsicht ist hier eine Flexibilisierung erforderlich. Zum einen muss es möglich sein, innerhalb eines Landkreises Differenzierung vorzunehmen, zum anderen muss der Stadt-Umland-Problematik Rechnung

getragen werden. Deshalb muss es auch möglich sein, über Kreisgrenzen hinweg einheitliche Planungsbezirke zu bilden. Dies betrifft natürlich auch bestehende Landesgrenzen (z.B. bei den Stadtstaaten).

Im weiteren Gesetzgebungsprozess ist die sachgerechte Ausgestaltung der Bedarfsplanung zu konkretisieren. So ist es für den SoVD zwingend erforderlich, soziale Strukturen in die Bedarfsplanung mit einzubeziehen. Daneben müssen aber auch Kriterien wie die Barrierefreiheit von Arztpraxen Berücksichtigung finden können. Vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention, des Nationalen Aktionsplans zur Umsetzung der UN-BRK, aber auch der Pflicht zur Berücksichtigung der Belange behinderter Menschen im SGB V halten wir dieses Kriterium für unabdingbar. Zudem ist es kontraproduktiv, wenn auf Landesebene von den Richtlinien des G-BA abgewichen werden darf. Unseres Erachtens erfordert es eine bundeseinheitliche Regelung, die festlegt, wann regionale Besonderheiten vorliegen, die ein Abweichen von den Richtlinien des G-BA rechtfertigen.

Des Weiteren ist in dem neuen fakultativen Landesgremium nach § 90a SGB V zwingend eine Patientenbeteiligung zu etablieren. Die rein fakultative Möglichkeit, Patientenorganisationen hinzuzuziehen, die sich nur in der Gesetzesbegründung wiederfindet, wird dem Anspruch der Beteiligung Betroffener zu Fragen der sektorübergreifenden Versorgung nicht gerecht. Zudem bleibt fraglich, ob die Etablierung eines weiteren, rein beratenden Gremiums sachlich notwendig ist. Notwendig wäre, dieses Gremium mit konkreten Entscheidungsbefugnissen auszustatten.

Die Maßnahmen, um die Überversorgung abzubauen, sind unzureichend. Die bloße Förderung des Verzichts auf die Zulassung stellt gerade nicht sicher, dass Vertragsarztsitze wirklich abgebaut werden und sich die Überversorgung damit nicht manifestiert. Als Selbstverwaltung, die die flächendeckende Versorgung sicherstellen soll, sind die kassenärztlichen Vereinigungen zu verpflichten, in überversorgten Gebieten überzählige Arztpraxen aus der Versorgung zu nehmen, sobald Zugriffsmöglichkeiten auf die Sitze besteht. Daneben kann die Möglichkeit, befristete Zulassungen zu erteilen, ein sinnvolles Instrument sein.

Weiterhin kann es richtig sein, Vergütungsanreize zur Steuerung der Versorgung einzusetzen. Diese müssen aber zielgenau darauf ausgerichtet sein, einer Überversorgung vorzubeugen und eine Unterversorgung zu verhindern. Gleichzeitig muss auch die Wirtschaftlichkeit sichergestellt werden. Diesen Prämissen wird das Eckpunktepapier nicht umfänglich gerecht. So wäre zu prüfen, ob es gerechtfertigt sein kann, in überversorgten Gebieten die Honorierung abzustaffeln um damit dort einen negativen Anreiz zu setzen. Demgegenüber ist nur geplant, in unterversorgten Gebieten eine Abstufung generell abzuschaffen. Richtiger wäre es jedoch, in unterversorgten Gebieten erhöhte Fallzahlen festzulegen. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass in unterversorgten Gebieten regelmäßig ein höherer Patientenkontakt stattfindet. Gleichzeitig wird aber auch die Wirtschaftlichkeit weiterhin gewährleistet.

Zudem ist bei solchen Regelungen zu beachten, dass die geplanten Zuschläge bei einer höheren Versorgungsqualität nachweisbar zu einer Verbesserung der Versorgungssituation der Patienten führen muss. Der SoVD ist der Auffassung, dass das bisherige Honorarvolumen zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung ausreichen sollte. Qualitätszuschläge können wir daher nur mittragen, wenn diese seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen aus dem bestehenden Honorarvolumen bestritten werden.

## **Zur Honorierung**

Der Sozialverband vermisst in den §§ 85 ff. SGB V n.F. eindeutige Regelungen, wie eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Leistungserbringers entgegengewirkt werden kann. Wir fordern, dass nicht nur die Kassenärztlichen Vereinigungen allein bestimmen, wie die Honorarverteilung zu erfolgen hat. Auch weitere Beteiligte müssen aktiv einbezogen werden, um zu gewährleisten, dass die Honorarverteilung einerseits tatsächlich zu einer verbesserten Versorgung vor Ort führt, andererseits keine Arztgruppe bei der Honorierung diskriminiert wird und gleichzeitig dem Interesse der Patientinnen und Patienten nach einer finanzierbaren, flächendeckenden Versorgung Rechnung getragen wird.

Darüber hinaus befürchten wir, dass durch die Entkoppelung der vertragszahnärztlichen Honorierung (§ 85 SGB V n. F.) von der Grundlohnsummenentwicklung erhebliche Honorarsteigerungen zu erwarten sind. Im Zusammenhang mit der Novellierung der Gebührenordnung bedeutet dies durch höhere Zuzahlungen und höhere Zusatzbeiträge eine erhebliche weitere Belastung der Versicherten. Die bereits jetzt von unseren Mitgliedern berichtete problematische Situation in der zahnärztlichen Versorgung würde sich verschärfen.

Insgesamt fordern wir, dass Änderungen im Bereich der ärztlichen und zahnärztlichen Honorierungen so gestaltet werden, dass sie nicht zu spürbaren Mehrbelastungen bei den Versicherten führen.

## **Zu der ambulanten spezialärztlichen Versorgung**

Wir teilen die Einschätzung, dass die wohnortnahe fachärztliche Versorgung unverzichtbarer Bestandteil der ambulanten ärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten bleibt und begrüßen Maßnahmen, die die sektorale Abgrenzung im deutschen Gesundheitssystem überwinden.

Verbesserungsbedarf bei der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sehen wir allerdings im Bereich der Qualitätssicherung. Es ist nicht ausreichend, wenn allein zum Zeitpunkt der Zulassung die Strukturqualität geprüft wird. Unserer Ansicht nach besteht Konkretisierungsbedarf, inwiefern auch die Ergebnis- und Prozessqualität einer Prüfung unterzogen werden sollen.

Darüber hinaus halten wir es für zwingend notwendig, Maßnahmen zur Mengensteuerung einzuführen. Soll die ambulante spezialärztliche Versorgung extrabudgetär vergütet werden, so erwarten wir eine erhebliche Mengenausweitung. So nutzbringend die ambulante spezialärztliche Versorgung sein kann, so zwingend ist aber auch, dass damit keine übermäßigen Mehrbelastungen der Versicherten einhergehen dürfen.

## **Zu innovative Behandlungsmethoden**

Wir begrüßen es, wenn im Referentenentwurf beabsichtigt ist, durch eine stärkere Forschung den Nutzen von Innovationen im Krankenhaus wissenschaftlich zu untersuchen. Der dabei vorgeschlagene Weg mit der Änderung des § 137c SGB V n.F. ist jedoch verbesserungswürdig. So müssen Instrumente entwickelt werden, die nicht nur dazu führen, dass Methoden, die nicht im Fallpauschalsystem abgebildet werden können, bewertet werden, sondern sämtliche neue Behandlungsmethoden. Zudem muss dafür Sorge getragen werden, dass sämtliche neue Behandlungsmethoden erst nach einer Bewertung und der Fest-

stellung eines patientenrelevanten Nutzens in die flächendeckende Versorgung Eingang finden. Zum Zeitpunkt der Evaluation der Methode ist sicherzustellen, dass neue Behandlungsmethoden an Zentren bewertet werden, die möglichst einheitlich über die Bundesrepublik verteilt sind, um größtmöglichen Zugang zu gewähren. Zudem ist zu prüfen, ob die Hersteller die Kosten der Bewertung der Methode nicht vollständig übernehmen müssten.

### **Zu den G-BA Strukturen**

Wir begrüßen es, wenn das Bundesministerium für Gesundheit durch die Änderung des § 91 SGB V n. F. die Verfahrensabläufe im G-BA weiter optimieren möchte. Dazu gehört für uns auch, die wichtige Arbeit der Patientenvertretung institutionell, aber auch verfahrensrechtlich, zum Beispiel durch die Einführung eines Stimmrechts in Verfahrensfragen zu stärken. Daneben sind generell die Beteiligungsrechte der Patientenvertretung auf weitere Gremien, wie z.B. den Bewertungsausschuss, auszudehnen.

Wichtig ist für uns, dass der Weg zu sektorübergreifenden Entscheidungen nicht verlassen wird. Wir wenden uns daher gegen Bestrebungen, die sektorübergreifende Besetzung partiell aufzugeben. Zudem gehört es für uns auch zu den Aufgaben der Selbstverwaltung, über die Besetzung der Gremien selbst zu entscheiden. Eine Bestätigung der unparteiischen Mitglieder durch den Bundestag bzw. den Ausschuss für Gesundheit lehnen wir daher ab.

Schließlich ist es nicht zielführend, wenn bestehende Abstimmungsquoren verändert werden. Besonders im Bereich der Methodenbewertung würden die im Referentenentwurf geplanten Änderungen dazu führen, dass nicht nutzbringende Methoden nur erschwert ausschließbar wären. Dass durch diese Änderung des Quorums die Akzeptanz der Entscheidungen des G-BA erhöht wird, ist nicht nachvollziehbar. Als einer der größten Sozialverbände Deutschlands haben wir bisher die Erfahrung gemacht, dass der G-BA gerade kein Akzeptanzproblem hat und die Entscheidungen, die die Patientenvertretung mittragen konnte, gut vermittelbar sind.

### **Zur Stärkung der wettbewerblichen Handlungsmöglichkeit der Krankenkasse**

Der SoVD wendet sich dagegen, durch die Ausweitung des Wettbewerbes den einheitlichen Leistungskatalog immer stärker auszuhöhlen und lediglich einen Basisschutz als Mindestbestandteil der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) anzubieten.

Es ist auch nicht zielführend, wenn Krankenkassen im Rahmen von Satzungs- und Ermessensleistungen zusätzliche Maßnahmen zum Beispiel im Bereich der Vorsorge oder der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln anbieten können (§ 11 SGB V n.F.). Sind diese Leistungen wirtschaftlich und notwendig, so sind sie in den Leistungskatalog der GKV einzugliedern, sind sie es nicht, so ergibt sich kein Bedürfnis, sie den Versicherten überhaupt anzubieten. Zudem befürchten wir, dass sich nunmehr innerhalb der Krankenkassen eine Klassensystematik herausbildet. Mehr Satzungs- und Ermessensleistungen bedeuten einen höheren Finanzbedarf und damit auch höhere Zusatzbeiträge. Damit werden aber systematisch diejenigen ohne finanzielle Ressourcen in billige Krankenkassen ohne hohe Zusatzbeiträge aber auch ohne Zusatzangebote gedrängt. Das widerspricht unserem Verständnis eines solidarischen Gesundheitssystems.

Auch der Umsetzung der geplanten Gruppentarife mit Patientenorganisationen, Behinderten- und Beschäftigungsgruppen sehen wir skeptisch entgegen. Denn grundsätzlich sind

Gruppentarife Elemente der privaten Versicherung und haben keinen Platz in der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung. Zum anderen sehen wir insbesondere durch die Verknüpfung mit der geplanten Präventionsstrategie die erhebliche Gefahr, dass durch diese Tarife Sanktionsmöglichkeiten eröffnet werden. Dies könnte zum Beispiel dazu führen, dass bei der Nichtteilnahme an bestimmten Programmen Leistungen gekürzt werden.

Zudem befürchten wir durch die Gruppentarife, wenn sie tatsächlich Verbesserungen bringen sollen, damit einhergehende höhere Zusatzbeiträge. Damit würden dann aber die Krankheitskosten in erheblichem Maße individualisiert und zunehmend nicht mehr von der Solidargemeinschaft getragen werden.

### **Zum Verfahren bei Insolvenz der Krankenkassen**

Wir begrüßen die Regelungen (z.B. in § 155 SGB V n.F.), das Verfahren bei der Insolvenz von Krankenkassen versichertenfreundlich zu gestalten und insbesondere dafür Sorge zu tragen, dass den Versicherten in diesen Fällen keine Nachteile entstehen. Der SoVD hat sich bereits seit Bekanntwerden der Vorgänge im Zusammenhang mit der City-BKK dafür ausgesprochen, hier gesetzgeberisch tätig zu werden und insbesondere auch sicherzustellen, dass keine Leistungslücken entstehen.

Wir erwarten, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schnellstmöglich Regelungen zur Umsetzung des geplanten § 217f Abs. 6 SGB V trifft und damit den lückenlosen Leistungsanspruch der Versicherten gewährleistet. Darüber hinaus muss dafür Sorge getragen werden, dass die laufende Antragsbearbeitung der insolventen Krankenkasse weiterhin zügig erfolgt. Wir befürchten, dass durch Mitarbeiterengpässe bei der zu schließenden Krankenkasse Anträge zu Lasten der Versicherten nur verzögert bearbeitet werden. Diese Fallkonstellationen sind in der Änderung der § 19 SGB V n.F. zu berücksichtigen.

### **Weitere Regelung**

Wir begrüßen, wenn im Referentenentwurf durch die Änderung des § 32 SGB V zum einen beabsichtigt wird, langfristige Verordnungen im Bereich der Heilmittel zu genehmigen und zum anderen nach Ablauf einer 4-wöchigen Frist der Antrag als genehmigt gilt. Allerdings wäre es sinnvoll, generell für alle Leistungsbereiche eine Bearbeitungsfrist zu statuieren, nach deren Ablauf die Anträge als genehmigt gelten. Als Vorbild könnte dafür die entsprechende Regelung im SGB IX gelten.

Berlin, den 24. Juni 2011

DER BUNDESVORSTAND  
Abt. Sozialpolitik