

Abteilung Sozialpolitik

Tel.: 030 / 72 62 22 – 199

Fax: 030 / 72 62 22 – 328

Sekretariat: 030 / 72 62 22 – 121

E-Mail:

fabian.mueller-zetzsche@sovd.de

STELLUNGNAHME

des Sozialverbands Deutschland (SoVD) zum
**Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der
gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)**



Mit dem vorliegenden Referentenentwurf soll die bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten weiter auf hohem Niveau sichergestellt werden.

Der Gesetzentwurf enthält u.a. folgende Maßnahmen:

1. Einrichtung von Terminservicestellen zur Vermittlung von Facharztterminen,
2. Einführung eines Rechtsanspruch auf ärztliche Zweitmeinung bei geplanten Operationen,
3. Stärkung des Wahlrechts bei der Auswahl von Rehabilitationseinrichtungen,
4. Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung,
5. Erweiterung der Zulassungsmöglichkeiten bei medizinischen Versorgungszentren (MVZ),
6. Verbesserung des Entlassmanagements von Krankenhäusern,
7. Einführung eines neuen Verfahrens zur Nutzenbewertung risikoreicher Medizinprodukte,
8. Einführung einer strukturierten Nutzenbewertung risikoreicher Medizinprodukte,
9. Schaffung eines Innovationsfonds zur Erforschung innovativer Versorgungsformen,
10. Stärkung der Betroffenenvertretung in den MDK-Verwaltungsräten.

I. Gesamtbewertung:

Mit dem Referentenentwurf eines GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes legt die Bundesregierung einen Entwurf mit einer Vielzahl guter Einzelmaßnahmen vor, mit denen eine bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten erreicht werden kann. Allerdings enthält der Entwurf auch einige problematische Maßnahmen. Darüber hinaus bleiben die grundlegenden Weichenstellungen hin zur Schaffung und Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten Versorgung erneut aus.

Gute Einzelmaßnahmen haben Potenzial für bessere Versorgung

Der Referentenentwurf enthält viele Einzelmaßnahmen, die zur Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten beitragen können. Der SoVD begrüßt unter anderem die geplante schnelle Vermittlung von Facharztterminen, das Recht auf Zweitmeinung bei planbaren Operationen, die Stärkung des Wahlrechtes bei der Auswahl von Reha-Einrichtungen, das verbesserte Entlassmanagement der Krankenhäuser sowie die Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung. Allerdings setzen die meisten geplanten Maßnahmen an den Symptomen und nicht an den Grundlagen an. Ein Wartezeitenmanagement beispielsweise kann dann nicht helfen, wenn zu wenig Ärztinnen und Ärzte vor Ort sind. Zudem muss die Erreichbarkeit der Praxen für mobilitätseingeschränkte Personen beachtet werden. Wartezeiten könnten im Übrigen auch durch eine einheitliche Vergütung der Ärztinnen und Ärzte minimiert werden. Weitere Maßnahmen, wie der geplante Innovationsfonds oder die veränderten Haftungsregelungen für Hebammen, sieht der SoVD in der derzeitigen Ausgestaltung kritisch. Sie sollten im Gesetzgebungsverfahren noch verändert werden.

Über- und Unterversorgung bleiben bestehen

Der SoVD begrüßt ausdrücklich, dass im Referentenentwurf die Sicherstellung der bedarfsgerechten flächendeckenden Versorgung besonders in strukturschwachen, unterversorgten Regio-

nen sowie den Abbau von Überversorgung in den Blick genommen wird. Die Stärkung der Hausärzte, die Möglichkeiten für Kommunen zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren sowie die besseren Möglichkeiten zur Ablehnung von Anträgen auf Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen in überversorgten Gebieten sind richtige Einzelmaßnahmen. Allerdings gehen die vorgesehenen Maßnahmen nicht weit genug. Nach wie vor gibt es keinen verpflichtenden Regelungen zur Ablehnung von Nachbesetzungsanträgen und Aufkauf freier Arztsitze in überversorgten Gebieten. Stattdessen wird den vielen bestehenden Ausnahmen, die eine Nachbesetzung von Arztsitzen auch in überversorgten Gebieten ermöglichen, eine weitere Ausnahme hinzugefügt. Auf diese Weise wird das Ziel des Abbaus von Überversorgung konterkariert.

Außerdem werden die Ursachen der Unter- und Überversorgung mit Ärztinnen und Ärzten nicht konsequent beseitigt. Nach wie vor fehlt es vor allem an einer kleinräumigen Planung, in deren Rahmen Kriterien wie Alter, Geschlecht, Morbidität und der tatsächliche Versorgungsumfang berücksichtigt werden, sowie an einer integrierten ambulanten und stationären Versorgungsplanung. Der SoVD fordert, dass diesbezüglich noch in dieser Legislaturperiode gesetzgeberisch Maßnahmen ergriffen werden. Eine veränderte Planung bietet eine wesentliche Grundlage für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung. Dazu gehört für den SoVD auch die Verpflichtung zum Aufkauf von Arztsitzen in überversorgten Gebieten. Im Übrigen sind aber die Maßnahmen zur Stärkung zur hausarztzentrierten Versorgung und zur Ermöglichung von Gründungen medizinischer Versorgungszentren durch die Kommunen richtig. Grundsätzlich muss auch die Spreizung der Vergütung zwischen den Arztgruppen abgebaut werden.

Wettbewerb zwischen den Krankenkassen wird weiter verschärft

Nachdem der Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen bereits durch die Möglichkeit und Verpflichtung, finanziellen Mehrbedarf durch die Erhebung von kassenindividuellen Zusatzbeiträgen allein von den Versicherten abzudecken, erheblich verschärft wurde, wird mit dem Referentenentwurf der Wettbewerb auch in Bezug auf den angebotenen Leistungsumfang weiter erhöht. Die Neustrukturierung des Selektivvertragsrechts und die Einführung der „besonderen Versorgung“ tragen zu einer erheblichen Ausweitung des Wettbewerbs bei. Es ist zu befürchten, dass durch die Ausweitung des Wettbewerbes im Selektivvertragsrecht der einheitliche Leistungskatalog immer stärker ausgehöhlt wird und lediglich ein Basisschutz als Mindestbestandteil der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) übrig bleibt. Der SoVD fordert, dass wirtschaftliche und notwendige Leistungen in den Leistungskatalog der GKV eingegliedert werden. Hinsichtlich von Leistungen, auf die dies nicht zutrifft, sieht der SoVD keinen Bedarf, sie den Versicherten anzubieten. Zudem muss befürchtet werden, dass sich innerhalb der Krankenkassen eine Klassensystematik herausbildet. Mehr Satzungs- und Ermessensleistungen bedeuten einen höheren Finanzbedarf und damit u.U. auch höhere Zusatzbeiträge. Damit könnten systematisch diejenigen Versicherten mit geringen finanziellen Ressourcen in billige Krankenkassen ohne hohe Zusatzbeiträge aber auch ohne Zusatzangebote gedrängt werden. Das widerspricht dem Verständnis eines solidarischen Gesundheitssystems.

Notwendige Maßnahmen zu Leistungsverbesserungen fehlen

Leistungen müssen grundsätzlich barrierefrei erbracht werden, damit alle Menschen an der gesundheitlichen Versorgung gleichberechtigt teilhaben können (Art. 25 UN-Behindertenrechtskonvention). Dies müssen Kassen(zahn-)ärztliche Vereinigungen und Krankenkassen bereits bei der Zulassung sicherstellen.

Alle Bürgerinnen und Bürger müssen gleichberechtigten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung haben, unabhängig von ihren finanziellen Möglichkeiten. Finanzielle Barrieren und Zusatz-

belastungen, wie zum Beispiel die zunehmenden Zuzahlungen, müssen beseitigt werden. Damit finanzielle Barrieren abgebaut werden können, ist es zudem erforderlich, dass die Leistungsgewährung bedarfsgerecht erfolgt. So ist zum Beispiel im Bereich der Hilfsmittelversorgung sicherzustellen, dass individuelle Bedarfe berücksichtigt werden und dies nicht zu Eigenbeteiligungen unter dem Vorwand der Luxusaufwendungen führt.

In der Krankenhausversorgung in Deutschland, gibt es trotz aller Anstrengungen in diesem Bereich ein Problem mit Krankenhausinfektionen. Insbesondere die Verbreitung der MRSA-Keime ist Anlass zur Sorge. Trotz bestehender umfassender Hygieneempfehlungen mangelt es an der Umsetzung und Überwachung durch Hygienefachpersonal in den Krankenhäusern. Der SoVD fordert geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Dazu gehört insbesondere die Schaffung einer bundesweit einheitlichen Hygieneverordnung für Krankenhäuser.

Bei der Feststellung von Bedarfen, zum Beispiel die Feststellung der Pflegestufe, die Beurteilung einer Therapieberechtigung oder Begutachtungen zur Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft, haben Gutachterinnen und Gutachter eine hohe Verantwortung. Durch geeignete Maßnahmen ist sicherzustellen, dass Gutachterinnen und Gutachter für ihre gutachterliche Tätigkeit mit der notwendigen Kompetenz ausgestattet werden.

Zum einheitlichen Leistungsspektrum muss neben der kurativen Medizin gleichberechtigt auch Prävention und Rehabilitation gehören. Die bislang im Vordergrund stehende individuelle Verhaltensprävention, die am Verhalten des Einzelnen ansetzt, muss um eine an den Arbeits- und Lebensstrukturen ansetzende strukturelle Verhältnisprävention ergänzt werden. Durch eine sozialraumbezogene Prävention ließen sich zum Beispiel die Ursachen vieler Volkserkrankungen, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bekämpfen. Dies macht aber einen trägerübergreifenden Ansatz notwendig. Die Krankenkassen sind hier zum Handeln verpflichtet. Sie müssen mit anderen Stellen, wie etwa den Kommunen, zusammenarbeiten und diese Maßnahmen gemeinsam finanzieren. Der Zusammenhang zwischen dem rasanten Anstieg chronischer und psychischer Erkrankungen und den Arbeitsbedingungen muss untersucht werden, um die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber zu wirksamen präventiven Maßnahmen verpflichten zu können. Daneben ist auch die Rehabilitation zu stärken. Es muss zum Beispiel verhindert werden, dass rehabilitative Maßnahmen vor dem Hintergrund eines ohnehin bestehenden Pflegebedarfes verweigert werden. Ergänzend hat auch bei der Rehabilitation zu gelten, dass ambulante und aufsuchende Rehabilitationsangebote gezielt fortzuentwickeln sind.

Finanzierungskonzept bleibt mangelhaft

Das Finanzierungskonzept der großen Koalition für die gesetzliche Krankenversicherung ist mangelhaft. Die Festlegung des paritätischen Beitragssatzes auf 14,6 Prozent und die Finanzierung der darüberhinausgehenden Bedarfe allein durch prozentuale Zusatzbeiträge bewirken eine Zementierung der einseitigen Belastungen der Versicherten. Zwar hat der SoVD die Abschaffung der Kopfpauschalen begrüßt, jedoch werden Ausgabensteigerungen weiterhin allein von den Versicherten gezahlt werden. Die jüngsten Ergebnisse des Schätzerkreises, wonach der durchschnittliche Zusatzbeitrag im Jahr 2015 bei 0,9 Prozentpunkten liegen wird, bestätigen die Warnungen des SoVD, dass die Abschaffung des Sonderbeitrages von 0,9 Prozentpunkten keine Entlastung der Versicherten bringen wird. Die einseitigen Belastungen für die Versicherten werden zukünftig auch nicht mehr durch einen Sozialausgleich bei Zusatzbeiträgen über 2 Prozent des Einkommens gedeckelt. Da ab 2017 mit Zusatzbeiträgen in dieser Höhe zu rechnen ist, ist von ständig wachsenden Mehrbelastungen der Versicherten auszugehen. Schließlich kritisiert der SoVD Kürzungen des Bundeszuschusses zum Zwecke der Haushaltskonsolidierung scharf

und fordert ein Bekenntnis zu einem verlässlichen Steuerzuschuss zur Finanzierung so genannter versicherungsfremder Leistungen.

Insgesamt kann das Finanzierungskonzept der großen Koalition für die gesetzliche Krankenversicherung nicht überzeugen. Der SoVD hat in seinen Anforderungen an eine Bürgerversicherung Maßnahmen beschrieben, die eine verlässliche und gerechte Finanzierung sicherstellen. Dazu gehören die Schaffung eines einheitlichen Versicherungssystems, die Abschaffung einseitiger Belastungen der Versicherten, die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage durch eine Einbeziehung weiterer Einkommensarten und auch höhere Einkommen. Die Bürgerversicherung ist eine bessere Alternative zu den Vorhaben der Koalition, zumal die Private Krankenversicherung (PKV) in besonderer Weise durch steigende Beiträge betroffen ist.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen:

1. Kein Ruhen von Leistungsansprüchen bei Hilfebedürftigkeit (§ 16 Abs. 3a SGB V n.F.)

Der Referentenentwurf sieht eine Klarstellung dahingehend vor, dass das Ruhen von Leistungsansprüchen bei Nichtzahlung von Beiträgen nicht eintritt bzw. endet, wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des SGB II oder SGB XII werden.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die Klarstellung ausdrücklich.

2. Anspruch auf zahnmedizinische Prophylaxe (§ 22a SGB V neu)

Der Referentenentwurf sieht vor, für pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Behinderung und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz einen eigenen Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) zu schaffen. Der Anspruch soll die Leistungen Erhebung des Mundgesundheitsstatus, Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene sowie konkrete Maßnahmen zu deren Erhalt, Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- und Prothesenpflege sowie Entfernung harter Zahnbeläge umfassen. Näheres zu Art und Umfang der Leistungen soll der Gemeinsame Bundesausschuss regeln.

SoVD-Bewertung: Die vorgesehene Schaffung eines Anspruchs auf zahnmedizinische Prophylaxe für pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Behinderung und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz kann zur Verbesserung der Mund- und Zahngesundheit für diesen besonders verletzlichen Personenkreis führen. Der SoVD begrüßt die Regelung.

3. Anspruch auf ärztliche Zweitmeinung (§ 27b SGB V neu)

Der Referentenentwurf sieht vor, einen Anspruch für Versicherte auf Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung einzuführen, sofern ein sogenannter „mengenanfälliger“ planbarer Eingriff indiziert ist. Welche Eingriffe dies sind, legt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31.12.2015 fest. Hintergrund der vorgesehenen Neuregelung ist die Diskussion um die als zu hoch empfundene Zahl bestimmter Operationen in Deutschland, zum Beispiel Hüft-OPs. Der behandelnde Arzt muss den Patienten mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff mündlich über den Anspruch auf eine Zweitmeinung aufklären. Die Erbringung der Zweitmeinung soll als gesonderte Sachleistung in der vertragsärztlichen Versorgung gewährt und gesondert abgerechnet werden.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die mit der geplanten Neuregelung verbundene Absicht, medizinisch nicht notwendige operative Eingriffe durch das Recht auf Einholung einer Zweitmeinung zu vermeiden. Die Regelungen, wonach der Anspruch für bestimmte vom Gemeinsamen

Bundesausschuss festzulegende Eingriffe gilt und die Zweitmeinung nur von bestimmten „geeigneten“ Leistungserbringern eingeholt werden kann, sind allerdings intransparent und unnötig bürokratisch. Hier sollten im Sinne der Patientenfreundlichkeit einfachere Regeln vorgesehen werden. Aus Sicht des SoVD handelt es sich bei der Erbringung der Zweitmeinung um eine Kernaufgabe ärztlicher Beratungs- und Untersuchungstätigkeit. Insofern hält der SoVD eine Sonderfinanzierung dieser Leistungen nicht für angezeigt.

4. Verbesserung des Entlassmanagements (§ 39 SGB V n.F.)

Der Referentenentwurf sieht vor, dass das Entlassmanagement weiter eine Leistung der Krankenhäuser bleibt. Versicherte erhalten aber einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements durch ihre Krankenkasse. Zudem können Krankenhäuser zukünftig Leistungen für bis zu sieben Tage nach einer stationären Krankenhausbehandlung verordnen.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die vorgesehene Verbesserung des Entlassmanagements. Insbesondere die Möglichkeit, dass Krankenhäuser Leistungen für bis zu sieben Tage nach Ende der stationären Behandlung verordnen können, kann derzeit vorhandene Versorgungslücken im Anschluss an Krankenhausbehandlungen schließen.

Die Verordnungsmöglichkeit für Krankenhäuser für den Zeitraum direkt nach einer Krankenhauserlassung sollte auch auf Reha-Maßnahmen ausgeweitet werden. ‚§ 39 Abs. 1a Satz 5 neu‘ sollte wie folgt formuliert werden: *„(...); im Übrigen können die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und 8 genannten Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu 7 Tagen verordnet werden.“*

5. Stärkung des Wahlrechts bei Auswahl von Rehabilitationseinrichtungen (§ 40 SGB V n.F.)

Der Referentenentwurf sieht vor, die Freiheiten der Versicherten bei der Auswahl von Reha-Einrichtungen auszuweiten. Versicherte können bisher nur dann eine nicht von der Krankenkasse vorgeschlagene Reha-Einrichtung wählen, wenn mit dieser kein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht. Zukünftig sollen auch Einrichtungen gewählt werden können, die nicht von der Krankenkasse vorgeschlagen wurden und mit denen ein Versorgungsvertrag besteht. In beiden Fällen gilt die Mehrkostenregelung, wonach Versicherte entstehende Mehrkosten im Vergleich zur von der Krankenkasse vorgeschlagenen Einrichtung selbst tragen. Der Referentenentwurf sieht darüber hinaus vor, die Krankenkassen zu verpflichten, bei ihrer Entscheidung zu Art und Umfang der Reha-Maßnahme sowie geeigneter Reha-Einrichtung den berechtigten Wünschen der Versicherten zu entsprechen.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die Intention des Gesetzgebers, das Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen bei der Auswahl einer geeigneten Reha-Einrichtung zu stärken. Versicherte sollten grundsätzlich die Möglichkeit haben, zwischen allen den medizinischen Erfordernissen genügenden Einrichtungen frei zu wählen, denn mit der geltenden Mehrkostenregelung ist dem Wirtschaftlichkeitsgrundsatz des SGB V bereits ausreichend entsprochen. Grundsätzlich ist sicherzustellen, dass die vereinbarten Tagessätze in den von den Krankenkassen vorgeschlagenen Reha-Einrichtungen bedarfsgerecht kalkuliert sind, damit der im Zuge der Mehrkostenregelung von den Versicherten zu tragenden Kostenanteil bei selbstgewählten Reha-Einrichtungen im Umfang begrenzt wird.

Zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung des Angebotes an – und des Zugangs zu Reha-Maßnahmen braucht es auch aussagekräftiges Datenmaterial. Der SoVD verweist vor diesem Hintergrund auf die Empfehlung des Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem jüngsten Gutachten, beim Statistischen Bundesamt eine harmoni-

sierte Statistik aller Reha-Träger mit einheitlichen Definitionen und Abgrenzungen von Reha-Fällen, -Diagnosegruppen oder –Ausgabenkomponenten aufzubauen (Gutachten 2014. Kurzfassung, S.75f.).

6. Unterstützendes Fallmanagement bei Bezug von Krankengeld (§ 44 Abs. 4 SGB V neu)

Der Referentenentwurf sieht vor, einen Anspruch auf unterstützendes Fallmanagement für Bezieherinnen und Bezieher von Krankengeld zu schaffen, das ihnen bei der Überwindung einer länger andauernden Krankheit helfen soll. Elemente des Fallmanagements können beispielsweise die Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Leistungserbringern, bei Terminvereinbarungen oder beim Wiedereinstieg ins Berufsleben sein.

SoVD-Bewertung: Die Krankenkassen haben die Versicherten grundsätzlich bei der Überwindung von Krankheiten zu unterstützen. Insofern begrüßt der SoVD die Schaffung eines Anspruchs auf ein umfassendes unterstützendes Fallmanagement für Bezieher von Krankengeld. Es muss sichergestellt werden, dass die vorgesehenen Neuregelungen – auch in Einzelfällen – nicht dazu führen, dass Krankengeldbeziehende in unrechtmäßiger Weise in andere Leistungssysteme, wie beispielsweise das SGB III oder das SGB VI, abgeschoben werden.

7. Veränderte Rechtsprüfung bei Selektivverträgen (§ 71 Abs. 4 SGB V n.F.)

Der Referentenentwurf sieht vor, anstelle der seit 2012 eingeführten präventiven Prüfung von Selektivverträgen durch Vorlage bei den zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder zukünftig eine repressiven Vertragsprüfung vorzusehen. Zukünftig sollen Verträge nicht mehr vor Inkrafttreten den Aufsichtsbehörden zur Prüfung vorgelegt werden müssen, sondern erst geprüft werden, wenn der Vertrag bereits in Kraft getreten ist und das geltende Recht in erheblicher Weise verletzt.

SoVD-Bewertung: Der SoVD sieht die geplante Veränderung der Rechtsprüfung von Selektivverträgen kritisch. Da zukünftig eine etwaige erhebliche Rechtsverletzung durch Selektivverträge nicht mehr vor, sondern erst nach deren Inkrafttreten sichtbar werden würde, führt der geplante Wechsel von der präventiven zur repressiven Vertragsprüfung gegebenenfalls zu Gefahren für die Versicherten.

8. Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V n.F.)

Der Referentenentwurf sieht vor, Rechtsklarheit über den Leistungsumfang der hausarztzentrierten Versorgungsverträge herzustellen. Über den Leistungsumfang der Regelversorgung hinaus sollen zukünftig explizit auch Satzungsleistungen der Krankenkassen, Schutzimpfungen zur Primärprävention (§ 20 SGB V), Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten für Erwachsene (§ 25 SGB V) und Kinder (§ 26 SGB V), Soziotherapie (§ 37a SGB V), spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 37b SGB V) sowie neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden („innovative Leistungen“) gehören. Auf diese Weise soll vor dem Hintergrund des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen die Gestaltungsfreiheit der Kassen in Bezug auf diese Form der besonderen Versorgungsverträge gestärkt werden.

SoVD-Bewertung: Grundsätzlich ist eine Rechtsklarstellung über den Leistungsumfang der hausarztzentrierten Versorgungsverträge sinnvoll. Allerdings wendet sich der SoVD dagegen, durch die Ausweitung des Wettbewerbes den einheitlichen Leistungskatalog immer stärker auszuhöhlen und lediglich einen Basisschutz als Mindestbestandteil der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) anzubieten. Sind 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 muss befürchtet werden, dass sich innerhalb der Kran-

kenkassen eine Klassensystematik herausbildet. Mehr Satzungs- und Ermessensleistungen bedeuten einen höheren Finanzbedarf und damit u.U. auch höhere Zusatzbeiträge. Damit könnten systematisch diejenigen Versicherten mit geringen finanziellen Ressourcen in billige Krankenkassen ohne hohe Zusatzbeiträge aber auch ohne Zusatzangebote gedrängt werden. Das widerspricht dem Verständnis eines solidarischen Gesundheitssystems.

9. Begrenzung der Wartezeit auf Facharzttermine (§ 75 SGB V n.F.)

Der Referentenentwurf sieht vor, die Wartezeiten auf Facharzttermine zu verkürzen und eine zeitnahe und angemessene Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden zur Einrichtung von Terminservicestellen verpflichtet. Diese sollen Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Facharzttermin in zumutbarer Entfernung vermitteln. Die Wartezeit auf den Termin darf vier Wochen nicht überschreiten. Kann die Terminservicestelle keinen Termin innerhalb dieser Frist vermitteln, muss sie einen Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anbieten. Die Vier-Wochen-Frist greift nicht, wenn eine so zügige Behandlung aus medizinischen Gründen nicht erforderlich ist.

SoVD-Bewertung: Die Bemühungen zur Stärkung einer zeitnahen und angemessenen fachärztlichen Versorgung sind grundsätzlich zu begrüßen. Praktische Schwierigkeiten in der Umsetzung sind durch den rechtlich unbestimmten Begriff der „zumutbaren Entfernung“ zum vermittelten Arzt sowie der fehlenden Berücksichtigung der Barrierefreiheit von vermittelten Arztpraxen zu erwarten. Darüber hinaus kritisiert der SoVD, dass die geplanten Regelungen zur zeitnahen Vermittlung von Facharztterminen nicht für die psychotherapeutische Behandlung gelten sollen.

Allerdings bekämpft die Einrichtung von Terminservicestellen ein Symptom des zugrundeliegenden Problems der Über- und Unterversorgung, denn es mangelt nicht in erster Linie an Facharztterminen, sondern vor allem an Fachärzten. Eine flächendeckende bedarfsgerechte Versorgung durch Haus- und Fachärzte muss zwingend sichergestellt werden. Dazu gehört die Schaffung einer kleinräumigen Planung, die Berücksichtigung von Kriterien wie Alter, Geschlecht und Morbidität oder des tatsächlichen Versorgungsumfangs sowie eine integrierte ambulante und stationäre Versorgungsplanung. Dazu gehört für den SoVD auch die Verpflichtung zum Aufkauf von Arztsitzen in überversorgten Gebieten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Daneben kann auch eine Verringerung der Spreizung der Vergütung zwischen den Arztgruppen zu einer Verringerung von Wartezeiten auf Facharzttermine beitragen.

10. Förderung der Weiterbildung von Hausärzten (§ 75a SGB V neu)

Der Referentenentwurf sieht vor, zur verbesserten Gewinnung von jungen Ärztinnen und Ärzten für den Beruf des Hausarztes die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin stärker zu fördern. Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen werden verpflichtet, die Weiterbildungen finanziell zu fördern. Die Zahl der bundesweit zu fördernden Weiterbildungen soll von derzeit mindestens 5.000 auf mindestens 7.500 angehoben werden. Die Möglichkeiten der Kooperation bei der Weiterbildung zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen sollen verbessert werden.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die vorgesehene Verbesserung der Förderung und Weiterbildung von Hausärzten. Allerdings ist die Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten hausärztlichen Versorgung eine Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen. Insofern müssen auch diese für die Finanzierung der Förderung der Weiterbildung von Hausärzten zuständig sein. Eine diesbezügliche Verpflichtung der Krankenkassen hält der SoVD für verfehlt. Sollte dennoch daran festgehalten werden, so wäre mindestens sicherzustellen, dass auch die privaten Krankenkassen beteiligt werden.

11. Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung (§ 92 SGB V n.F.)

Der Referentenentwurf sieht vor, die psychotherapeutische Versorgung weiterzuentwickeln. Ziele sind u.a. eine effektivere Versorgung, die Schaffung weiterer Behandlungsmöglichkeiten sowie die Verringerung von Wartezeiten für Patientinnen und Patienten mit psychischen Beeinträchtigungen. Dazu wird der Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, bis zum 30.6.2016 seine Psychotherapie-Richtlinie weiterzuentwickeln und dabei insbesondere Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebots, zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung von Gruppentherapien und zu vereinfachten Antrags- und Gutachterverfahren zu treffen.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die vorgesehene Stärkung der psychotherapeutischen Versorgung. Im Rahmen der Weiterentwicklung der Versorgung sollte insbesondere auch der Bereich der Gerontopsychiatrie gestärkt werden. Der Nutzen von psychotherapeutischen Behandlungen z.B. bei depressiven Störungen im Alter ist belegt. Die speziell auf ältere Menschen ausgerichtete psychotherapeutische Versorgung muss verbessert werden. Neben der psychotherapeutischen Versorgung muss auch die psychiatrische Versorgung gestärkt werden. Dazu beitragen würde insbesondere eine Angleichung der Honorierung an die ambulante psychotherapeutische Versorgung.

12. Einrichtung eines Innovationsfonds (§ 92a und 92b SGB V neu)

Der Referentenentwurf sieht vor, zur Förderung der neuen Versorgungsformen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie der Versorgungsforschung einen Innovationsfonds beim Bundesversicherungsamt einzurichten. Die Fördersumme soll ab 2016 jährlich 300 Millionen Euro umfassen. Antragsteller können neben universitären und nichtuniversitären Forschungseinrichtungen, Krankenkassen und ihre Verbände, Vertragsärzten, Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenhäusern und medizinischen Versorgungszentren auch Patientenorganisationen nach § 140f SGB V sein. Ein Innovationsausschuss beim G-BA entscheidet über die Anträge auf Förderung.

SoVD-Bewertung: Der SoVD setzt sich dafür ein, dass innovative Versorgungsformen und die Wirkungen geltender Regelungen erforscht werden. Ein Innovationsfonds kann dazu beitragen. Er müsste aber anders finanziert werden. Grundsätzlich ist Versorgungsforschung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die über Steuermittel finanziert werden müsste. Sollte es bei der vorgesehenen Finanzierung bleiben, so wäre mindestens sicherzustellen, dass über die Beteiligung der privaten Krankenversicherung auch Beamte und privat Versicherte an der Finanzierung des Fonds beteiligt sind. Darüber hinaus müssen Interessenkollisionen vermieden werden, die entstehen können, weil Antragsteller und Antragentscheider im Innovationsausschuss identisch sein können.

13. Weiterentwicklung der medizinischen Versorgungszentren (§ 95 SGB V n.F.)

Der Referentenentwurf sieht vor, dass medizinische Versorgungszentren (MVZ) zukünftig auch von Kommunen gegründet und betrieben werden können. Kommunen sollen darüber hinaus die Möglichkeit erhalten, MVZ nicht nur in der Rechtsform des privaten Rechts, sondern auch in der öffentlich-rechtlichen Rechtsform des Eigenbetriebs und des Regiebetriebs zu gründen. Durch diese Regelungen soll erreicht werden, dass Kommunen die Versorgung in der Region aktiv beeinflussen und verbessern können. Darüber hinaus sollen MVZ künftig nicht mehr zwingend „fachübergreifend“ sein müssen, sondern auch arztgruppengleich sein können.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die vorgesehenen Weiterentwicklungen der medizinischen Versorgungszentren. Die stark erweiterten Möglichkeiten der Kommunen zur Gründung und Be-

treibung von MVZ können einen Beitrag dazu leisten, die vertragsärztliche Versorgung in unterversorgten Gebieten zu verbessern.

14. Zulassungsbeschränkungen, Bedarfsplanung (§ 103 SGB V n.F.)

Der Referentenentwurf sieht vor, die Möglichkeiten der Zulassungsausschüsse zu verbessern, einen Antrag auf Nachbesetzung eines freiwerdenden Vertragsarztsitzes abzulehnen, wenn diese aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Aus der bisher dazu geltenden Kann-Regelung wird eine Soll-Regelung. Gleichzeitig werden die Ausnahmeregelungen um den Fall ausgeweitet. Zukünftig können sich Ärzte auch in überversorgten Gebieten niederlassen, wenn sie zuvor mindestens fünf Jahre in einem unterversorgten Gebiet tätig waren.

Zur Erhöhung barrierearmer Arztpraxen soll bei der Nachbesetzung von Vertragsarztpraxen zukünftig stärker berücksichtigt werden, ob ein Bewerber bereit ist, Maßnahmen zum Abbau baulicher Barrieren zu ergreifen.

SoVD-Bewertung: Die vorgesehenen Regelungen sind zum Abbau von Überversorgung gänzlich ungeeignet. Eine Soll-Regelung ist nicht verpflichtend und wäre durch eine Muss-Regelung zu ersetzen. Des Weiteren werden die bestehenden Maßnahmen zur Ablehnung von Nachbesetzungen in überversorgten Gebieten weiter aufgeweicht, indem eine weitere Ausnahme hinzugefügt wird. Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten flächendeckenden Versorgung müssen Über- und Unterversorgung mit Fach- und Hausärzten beseitigt werden. Dazu braucht es eine kleinräumige, integrierte ambulante und stationäre Versorgungsplanung, eine Verpflichtung zum Aufkauf von Arztsitzen in überversorgten Gebieten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie eine Verringerung der Spreizung der Vergütung zwischen den Arztgruppen (siehe auch Begründung zu Nummer 9).

Der SoVD begrüßt, dass bei der Nachbesetzung von Arztpraxen auch die Bereitschaft zur Herstellung eines barrierearmen Zustandes berücksichtigt werden soll.

15. Medizinische Behandlungszentren für Menschen mit geistiger Behinderung (§ 119c SGB V neu)

Der Referentenentwurf sieht vor, zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Behinderungen spezielle Medizinische Behandlungszentren zu schaffen. In diesen Zentren soll eine ambulante Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen „aus einem Guss“ und mit zielgruppenspezifischer Diagnostik und Therapie unter Einsatz z.B. von geeigneter Kommunikation erfolgen. Vorbild sind die existierenden sozialpädiatrischen Zentren.

SoVD-Bewertung: Die Einrichtung spezieller Medizinischer Behandlungszentren für behinderte Menschen kann für viele Menschen mit schweren Behinderungen eine verbesserte Versorgung ermöglichen. Daneben fordert der SoVD aber weitere Anstrengungen bei der barrierefreien Gestaltung der medizinischen Regelversorgung, damit möglichst alle Menschen dort gut versorgt werden können.

16. Änderung der Haftungsregelungen bei freiberuflichen Hebammen (§ 134a SGB V n.F.)

Der Referentenentwurf sieht vor, dass Kranken- und Pflegekassen künftig keine Mittel, die sie zur Behandlung und Pflege eines geschädigten Kindes oder der Mutter aufgebracht haben, gegenüber einer freiberuflich tätigen Hebamme geltend machen können („regressieren“). Damit soll ei-

ne Reduzierung der Versicherungsprämien für die Berufshaftpflichtversicherung von freiberuflichen Hebammen erreicht werden.

SoVD-Bewertung: Die vorgesehenen Regelungen stellen einen Systembruch im Haftungsrecht dar und könnten als Präzedenzfall für andere Berufsgruppen herangezogen werden. Zukünftig müssten allein die Krankenkassen die Risiken von Behandlungsfehlern freiberuflicher Hebammen tragen. Der SoVD lehnt die Verringerung der Haftungsregelungen für freiberufliche Hebammen zulasten der Krankenkassen ab. Zur Abfederung der Kosten (Risiken) von durch freiberufliche Hebammen verursachten Behandlungsfehlern könnte ein Entschädigungsfonds geschaffen werden, der aus Steuermitteln zu finanzieren wäre.

17. Erweiterung des Angebots strukturierter Behandlungsprogramme (§ 137f SGB V n.F.)

Der Referentenentwurf sieht vor, das Angebot an strukturierten Behandlungsprogrammen für chronische Erkrankungen zu erweitern. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird entsprechend beauftragt, bis zum 31.12.2016 neue strukturierte Behandlungsprogramme für geeignete chronische Erkrankungen, insbesondere zur Behandlung von Rückenleiden und Depressionen, zu entwickeln.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die Erweiterung des Angebots an strukturierten Behandlungsprogrammen sehr. Er hatte sich im Rahmen seiner Mitwirkung in der Patientenvertretung insbesondere für die Entwicklung eines Programms für chronische Rückenleiden eingesetzt.

18. Nutzenbewertung von risikoreichen Medizinprodukten (§ 137h SGB V neu)

Bisher können innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) im Rahmen der Krankenhausbehandlung erbracht werden, ohne dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zuvor eine positive Nutzenbewertung vorgenommen hat. Diese Regelung wurde scharf kritisiert, weil die dabei eingesetzten Medizinprodukte, zum Beispiel künstliche Hüftgelenke, Brustimplantate oder Herzschrittmacher, große Risiken für die Patientinnen und Patienten mit sich bringen und insofern eine Nutzenbewertung vor dem Einsatz besonders wichtig wäre.

Der Referentenentwurf sieht vor, eine neues gesetzliches Verfahren zur schnellen und strukturierten Nutzenbewertung für innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in Krankenhäusern, bei denen Medizinprodukte einer hohen Risikoklasse zum Einsatz kommen, einzuführen. Zukünftig soll der G-BA unter Einbeziehung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) innerhalb von drei Monaten eine Bewertung über den zu erwartenden Nutzen, den Schaden oder das Potenzial der neuen Methode abgeben. Nur bei anerkanntem Nutzen darf die Methode weiter zu Lasten der Kassen erbracht werden. Ziel ist es, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit riskanten Medizinprodukten in der Krankenhausversorgung einzusetzen.

SoVD-Bewertung: Die frühe Nutzenbewertung risikoreicher Medizinprodukte ist richtig. Sie kann die Patientensicherheit deutlich verbessern. Der SoVD fordert, dass vergleichbare Regelungen zur Nutzenbewertung risikoreicher Medizinprodukte zum Schutz der Patientinnen und Patienten auch auf EU-Ebene geschaffen werden müssen.

19. Neustrukturierung des Selektivvertragsrechts (§ 140a SGB V n.F.)

Der Referentenentwurf sieht vor, die bisher an unterschiedlichen Stellen des SGB V geregelten Selektivvertragsformen¹ in einem Abschnitt als „Besondere Versorgungsformen“ zusammenzu-

¹ Strukturverträge nach § 73a, Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c und zur Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V.

fassen und neu zu strukturieren. Ermöglicht werden sollen zukünftig auch Verträge über innovative Leistungen, die noch nicht in die Regelversorgung aufgenommen wurden. Versicherte können freiwillig an der besonderen Versorgung teilnehmen.

SoVD-Bewertung: Selektivverträge sind ein Element des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen. Sie können zum Beispiel im Bereich der innovativen Leistungen dazu beitragen, die Übernahme neuer Behandlungsmethoden in die Regelversorgung zu beschleunigen. Der SoVD spricht sich aber deutlich gegen Tendenzen aus, den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen über eine Zunahme an Selektivverträgen immer stärker auszuweiten und zugleich den einheitlichen Leistungskatalog immer stärker auszuhöhlen, sodass lediglich ein Basisschutz als Mindestbestandteil der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) übrig bleibt. Sind Leistungen wirtschaftlich und notwendig, so sind sie in den Leistungskatalog der GKV einzugliedern. Sind sie es nicht, so gibt es keinen Grund, sie den Versicherten überhaupt anzubieten (Siehe auch Begründung zu Nummer 8).

20. Neue Zusammensetzung der MDK-Verwaltungsräte (§ 279 SGB V n.F.)

Der Referentenentwurf sieht vor, dass in den MDK-Verwaltungsräten neben den Arbeitgeber- und den Versichertenvertretern zukünftig Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie Vertreter der Pflegeberufe als dritte Gruppe mit Stimmrecht vertreten sein sollen. Weiter ist eine Festlegung vorgesehen, wonach hauptamtliche Mitarbeiter der Krankenkassen künftig nicht mehr Mitglied in MDK-Verwaltungsräten sein können. Die Höchstzahl der Mitglieder in den Verwaltungsräten soll auf 18 begrenzt werden.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die Festlegung, hauptamtlichen Mitarbeitern von Krankenkassen die Mitgliedschaft in MDK-Verwaltungsräten unmöglich zu machen. Sie ist geeignet, die Unabhängigkeit des MDK von den Krankenkassen zu stärken. Der SoVD hat in der Vergangenheit immer wieder auf die für die Versicherten nachteiligen Auswirkungen der engen Verzahnung von Krankenkassenhauptamt und MDK-Verwaltungsrat hingewiesen. Der SoVD begrüßt auch die Einbeziehung von Vertretern der pflegebedürftigen Menschen und der pflegenden Angehörigen mit Stimmrecht in den MDK-Verwaltungsräten. Der SoVD als maßgebliche Organisation nach § 118 SGB XI bekundet sein Interesse an einer Mitarbeit. Kritisch geprüft werden muss, inwiefern die Einbeziehung von Vertretern der Pflegeberufe als Einbeziehung von Leistungserbringern zu werten wäre. Der SoVD lehnt eine Vertretung von Leistungserbringern in den MDK-Verwaltungsräten ab.

III. Schlussbemerkung:

Mit den Maßnahmen des vorliegenden Referentenentwurfs eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) soll die bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten „auf hohem Niveau“ sichergestellt werden. Dabei soll insbesondere der demografischen Entwicklung, neuer Behandlungsmöglichkeiten und der unterschiedlichen Versorgungssituation in Ballungsräumen und strukturschwachen Regionen Rechnung getragen werden.

Der SoVD begrüßt die mit dem Referentenentwurf verbundenen Zielsetzungen. Viele der vorgesehenen Einzelmaßnahmen haben das Potenzial, die Versorgung der Patientinnen und Patienten tatsächlich zu verbessern. Einige Maßnahmen, wie der geplante Innovationsfonds oder die veränderten Haftungsregelungen für Hebammen, sieht der SoVD in der derzeitigen Ausgestaltung kritisch. Sie sollten im Gesetzgebungsverfahren noch verändert werden. Bei den vorgesehenen Maßnahmen zum Abbau von Über- und Unterversorgung handelt es sich um gute Ansätze. Sie

sind aber nicht verbindlich genug und setzen zu sehr an den Symptomen statt den Ursachen an. Insgesamt vermisst der SoVD weitere Maßnahmen zur durchgreifenden Verbesserung der medizinischen Versorgung. Die weitere Verschärfung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen durch die Veränderung des Selektivvertragsrechts lehnt der SoVD ab. Schließlich bedauert der SoVD, dass keine Maßnahmen ergriffen werden, die verfehlten Entwicklungen hinsichtlich der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung zu korrigieren.

Die umfassende gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung ist eine vorrangige sozialpolitische Aufgabe des Staates. Dabei hat sich die solidarische Krankenversicherung in Form der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den etwa 130 Jahren ihres Bestehens bewährt. In den vergangenen Jahrzehnten wurde jedoch ein – politisch gewollter – Perspektivwechsel vollzogen. Die Gesetzliche Krankenversicherung gilt immer mehr als Kostenfaktor im internationalen Wettbewerb. Statt die Weiterentwicklung und Stärkung der solidarischen Basis und der bedarfsdeckenden Leistungsgewährung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu unterstützen, wurde immer wieder mit Leistungsausgliederungen, Leistungskürzungen und der Schaffung neuer Hürden für den Leistungsbezug reagiert. Beispiele dieser falschen Entwicklung sind die stetig erhöhten Eigenbeteiligungen beim Bezug von Arznei- oder Heilmitteln, die Streichung ganzer Leistungsbe-
reiche aus dem Leistungskatalog der GKV, zum Beispiel bei Sehhilfen, die Abkehr vom Sachleistungsprinzip, wie beispielsweise im Falle des Zahnersatzes, oder die Einführung einseitiger Belastungen für die Versicherten wie bei den für 2015 zu erwartenden Zusatzbeiträgen. Diese Entwicklungen gingen vor allem zu Lasten der vom SoVD vertretenen Bevölkerungsgruppen, die eine hohe Krankheitslast aufweisen: nämlich von sozial benachteiligten und älteren Menschen, chronisch Kranken sowie von Menschen mit Behinderung. Um die grundlegenden Probleme des aktuellen Systems zu lösen, muss das bestehende System zu einer solidarischen Bürgerversicherung entwickelt werden. Seine Anforderungen dazu hat der SoVD im Positionspapier „Solidarische Bürgerversicherung – Anforderungen des SoVD an eine leistungsfähige gesetzliche Krankenversicherung“² dargestellt.

Berlin, 5. November 2014

DER BUNDESVORSTAND
Abteilung Sozialpolitik

² www.sovd.de/buergerversicherung_2013/