

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0188(68)  
gel. ESV zur öAnhörung am 19.10.  
11\_VStG  
18.10.2011

**Univ.-Prof. Dr. G. Neubauer**



**INSTITUT FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIK**

**Nixenweg 2 b  
81739 München**

## **Stellungnahme**

**als unabhängiger Einzelsachverständiger**

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der  
Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung  
(GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG)

19. Oktober 2011

1. Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) gehört zu den wenigen Gesetzen, die sich nicht um Ausgabendämpfung und –finanzierung drehen. Das Gesetz konzentriert sich auf eine Restrukturierung der Versorgung, die insbesondere durch die demographischen Veränderungen ausgelöst wird.
2. Die schon heute stattfindende Ost-West-Veränderung und Bevölkerungswanderung vom Land in die Ballungsräume verlangt rasche Antworten. Insbesondere sind es die Erwerbstätigen, die sich regional mobil in die attraktiven Ballungsräume bewegen.
3. Die Wanderungstrends erreichen auch die ärztlichen bzw. medizinischen Berufe. Auch hier lässt sich feststellen, dass sich die jüngeren Ärztinnen und Ärzte, aber auch die sonstigen Heilberufe, in Richtung der Ballungsräume bewegen. Somit droht mittelfristig eine Ausdünnung der Versorgung ländlicher Bevölkerungskreise.
4. Die Antworten des GKV-VStG auf die oben skizzierte Entwicklung beinhaltet vor allem zwei Ansätze:
  - Erweiterung und Detaillierung der Bedarfs- und Angebotsplanung
  - Steuerung der Versorgung durch finanzielle Anreize sowie durch Flexibilisierung in der Berufsausübung
5. Die planerischen Ansätze sollen vor allem der Versorgungsrealität mehr Rechnung tragen und sich weniger an gegebenen administrativen Strukturen orientieren. Dieser Ansatz verdient Unterstützung, so lange er genügend Spielraum für die Akteure vor Ort lässt. Wünschenswert wäre es, wenn die Krankenhausplanung noch stärker mit der vertragsärztlichen Bedarfsplanung verknüpft werden könnte. Immerhin eröffnet hier das Gesetz für die Länder die Chance, auf eine stärkere Integration der Planungen hinzuwirken.
6. Die **spezialärztliche** Versorgung könnte eine Brücke zwischen stationärer und ambulanter Versorgung darstellen. Konflikte ergeben sich dort, wo eine dichte Versorgung zu einem intensiven Wettbewerb der ambulanten und stationären Leistungserbringer führt. Wenig Probleme sind in dünn versorgten Regionen zu erwarten. Diese sind aber auch die Problemzonen.

7. Zu begrüßen ist die beabsichtigte Flexibilisierung der vertragsärztlichen Honorierung. Die eingeleitete Zentralisierung und Vereinheitlichung in der Vergütung wird den unterschiedlichen Versorgungsrealitäten nicht gerecht und führt zu allseitiger Frustration und Bürokratie.
8. Ebenfalls zu begrüßen sind die gesetzten Anreize in Form von Flexibilisierung des Berufsrechts. Ob diese gesetzten Anreize ausreichen, eine genügend hohe Zahl an Ärztinnen und Ärzten in die unterversorgten Regionen zu lenken, bleibt abzuwarten. In jedem Falle sind diese Steuerungselemente auf ihre Wirksamkeit hin sorgfältig zu beobachten.
9. Der verstärkte Einsatz moderner Versorgungsformen, wie der Telemedizin, ist (noch) mehr Gewicht zu geben. Generell gilt, dass immer dann, wenn Arbeitskräfte knapp werden, die Antwort im vermehrten Einsatz von technischen Unterstützungssystemen liegt. Diese heben die Produktivität der Berufe und fördern die Innovationskraft eines Landes.
10. Die neue rechtliche Abstützung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist einerseits zu begrüßen, soweit dies eine Karenzzeit für ausgeschiedene Angehörige der gemeinsamen Selbstverwaltung von Leistungserbringern und Krankenkassen betrifft. Die Berufung des Vorsitzenden durch eine parlamentarische Mitwirkung lässt allerdings eine Politisierung der Position des Vorsitzenden des GBA befürchten.