

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0188(53)
gel. VB zur öAnhörung am 19.10.
11_VStG
14.10.2011



**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zur Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages
zum

A) Gesetzentwurf der Bundesregierung

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

**BT-Drucksache 17/6906 (hierzu: Ausschussdrucksache 17(14)0190(neu) -
Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP)**

**B) Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Agnes Alpers, Karin Binder,
weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.**

**Wirksamere Bedarfsplanung zur Sicherung einer wohnortnahen und
bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung**

BT-Drucksache 17/3215

**C) Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Maria Klein-
Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

**Wirksame Strukturreformen für eine patientenorientierte
Gesundheitsversorgung auf den Weg bringen**

BT-Drucksache 17/7190

am 19.Sept. 2011

Berlin, 13.Sept. 2011

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Bundesvorstand – Bereich Gesundheitspolitik,
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

A. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) BT-Drucksache 17/6906 (hierzu: Ausschussdrucksache 17(14)0190(neu) - Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP)

I. Allgemeine Bewertung

Problem und Ziel

Mit dem Gesetzentwurf sollen Probleme unserer Gesundheitsversorgung behoben werden, um auch künftig eine flächendeckende, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung der Bevölkerung gewährleisten zu können. So seien Regelungen zur Versorgungssituation der Bevölkerung in Ballungsräumen und ländlichen Regionen erforderlich. Bürokratische Hemmnisse seien abzubauen und der Zugang zu erforderlichen Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sicherzustellen. Die Behandlungsabläufe für den Patienten seien zwischen Krankenhäusern, Ärzten und anderen Einrichtungen besser abzustimmen. Würden Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung nicht geändert, drohe insbesondere in ländlichen Regionen ein Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten, aber auch an Fachärztinnen und Fachärzten.

Mit dem Gesetzentwurf zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung sollen die Weichen in der Gesundheitsversorgung neu gestellt werden. Als Ziele werden genannt:

- die flächendeckende wohnortnahe medizinische Versorgung zu sichern,
- durch Zurücknahme zentraler Vorgaben das System der vertragsärztlichen Vergütung zu flexibilisieren und zu regionalisieren,
- die Verzahnung der Leistungssektoren zu verbessern,
- einen schnellen Zugang zu Innovationen sicherzustellen und
- wettbewerbliche Instrumente zu stärken.

Selbstgesteckte Ziele werden nicht erreicht

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di setzt sich seit langem für eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen für die gesamte Bevölkerung, unabhängig vom Wohnort, Einkommen, Alter, Geschlecht und Nationalität ein. Der vorliegende Gesetzentwurf entspricht jedoch diesen Anforderungen nicht und ist auch nicht geeignet, die selbst gesteckten Ziele zu erreichen.

Steigende Kopfpauschalen belasten die Versicherten

Nachdem bereits mit dem GKV-Finanzierungsgesetz ab 1. Januar 2011 der Arbeitgeberbeitrag dauerhaft auf 7,3 Prozent eingefroren und der einkommensabhängige Beitragsanteil der Versicherten auf 8,2 Prozent festgeschrieben wurde, zahlen die Versicherten nicht nur 0,9 Prozentpunkte mehr, als der Arbeitgeber. Vielmehr werden alle über die Einnahmeentwicklung hinausgehenden Ausgabensteigerungen allein durch pauschale Zusatzbeiträge der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert.

ver.di hatte bereits anlässlich des GKV-Finanzierungsgesetzes kritisiert, dass mit diesem Systemwechsel hin zu Kopfpauschalen die Belastung der Versicherten rasch zunimmt. Durch das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags gibt es auf der Arbeitgeberseite keine Anreize mehr zur Kostenbegrenzung, Gesundheitsförderung oder qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung.

Der vorliegende Gesetzentwurf bestätigt diese Auffassung. Durch ihn wird nicht die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, sondern im Wesentlichen werden die Einkünfte der Vertragsärzt/-innen und Vertragszahnärzt/-innen verbessert. Die Kostenrisiken aus dem jetzt vorgelegten Gesetzesentwurf werden auf bis zu 2 Mrd. EUR geschätzt. Damit ergibt sich eine zusätzliche Belastung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen, die dann als einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag (Kopfpauschale) erhoben würde. Jedes GKV – Mitglied hätte dann im Jahr 2013 eine zusätzliche Kopfpauschale von rund 40 EUR (3,35 EUR mtl.) zu zahlen. Diese addiert sich zu den bereits erhobenen, bzw. schon absehbaren Pauschalbeiträgen. Bisher zahlen etwa 10 Mio. Versicherte bereits eine Kopfpauschale von 8 bis 15 Euro monatlich. Für diese würde sich die Kopfpauschale dann auf 11,35 bis 18,35 Euro erhöhen. Das durchschnittliche Monatsbruttoeinkommen von 2.365 Euro wäre dann mit einem Beitrag von 9 Prozent belastet, das sind 212,28 Euro monatlich.

Der von der Bundesregierung propagierte Sozialausgleich aus Steuermitteln bleibt aus und die Lasten werden allein den Versicherten durch wachsende Kopfpauschalen aufgebürdet.

Eine verbesserte Versorgung der Bevölkerung durch die Umsetzung des Gesetzesvorhabens ist indes allenfalls rudimentär erkennbar. So werden Maßnahmen der Vorgängerregierung wie das Entlassmanagement im Krankenhaus konkretisiert und höchsttrichterliche Entscheidungen zur Behandlung mit noch nicht zugelassenen Methoden umgesetzt. Die Verbesserung der ärztlichen Versorgung in unterversorgten Gebieten und insbesondere eine verbesserte Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe und der Einrichtungen des Gesundheitswesens sind durch den vorliegenden Gesetzentwurf nicht zu erwarten. Das Geld der Versicherten wird vielmehr für die Aufrechterhaltung ineffizienter Strukturen ausgegeben.

ver.di fordert die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung sowie die Abschaffung der Kopfpauschalen. Einseitige Belastungen der Versicherten müssen beendet und die finanzielle Verantwortung der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber wieder gestärkt werden.

ver.di will eine gute Gesundheitsversorgung für alle. Sie muss daher auch für jede und jeden in der Bevölkerung bezahlbar sein

Keine nachhaltige Verbesserung der Versorgungsstrukturen

In überversorgten Gebieten wird der freiwillige Verzicht auf Zulassungen gefördert. Die Kassenärztliche Vereinigung erhält ein Vorkaufsrecht. Das soll die Überversorgung begrenzen, kann jedoch durch eine Vielzahl von Ausnahmeregelungen unterlaufen werden. So gilt z.B. das Vorkaufsrecht nicht, wenn die Praxis vererbt wird. Damit wird die Erbfolge über eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung gestellt.

Für die Besetzung von Arztsitzen in unterversorgten Gebieten soll mehr Geld fließen, wenn Ärzt/-innen sich dort niederlassen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) können in einem Strukturfonds dafür 0,1 Prozent des für die ärztliche Versorgung zur Verfügung stehenden Betrags zur Verfügung stellen. Genauso viel müssen dann die Krankenkassen dazu zahlen. Beides müssen letztendlich die Versicherten zahlen. Zu entscheiden hat ausschließlich die jeweilige KV (Art. 1, Nr. 37). Nach Umstellung der ärztlichen Vergütung 2008/2009 mit Vergütungserhöhungen in unterversorgten Regionen von weit mehr als 20 Prozent, wird erneut mit Honorarzuwächsen gelockt. Dennoch werden diese Maßnahmen nur begrenzt wirken. Längst wissen alle, dass nicht nur Geld, sondern die gesamte Infrastruktur (Kinderbetreuung, Schulen, Verkehr, Kultur etc.) für die Standortwahl der Arztpraxis ausschlaggebend ist.

Bei den Zahnärzt/-innen werden die Beitragssatzstabilität und die strikte Anbindung an die Grundlohnsummenentwicklung aufgegeben. Ihnen wird eine neue Vergütungsordnung versprochen. Damit gibt es auch für sie die enge Budgetierung nicht mehr.

Stationäre und fachärztliche Versorgung sollen mehr ineinandergreifen. Dazu wird ein neuer spezialärztlicher Versorgungsbereich definiert. Hochkomplexe fachärztliche Behandlungen und ärztliche Behandlungen seltener Erkrankungen werden jetzt für alle Fachärztinnen und -ärzte – auch im Krankenhaus – ermöglicht, soweit die Voraussetzungen vorliegen. Eine Zulassungsbegrenzung oder gar Bedarfssteuerung gibt es auch hier nicht. Damit ist auch für diese Versorgungsform vorprogrammiert, dass sie dort im Übermaß angeboten wird, wo sie sich rechnet und andererseits weiße Flecken auf der Landkarte bleiben.

ver.di will eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für die dann auch die entsprechenden personellen und finanziellen Ressourcen zur Verfügung stehen. Es ist daher erforderlich, dass Über- Unter- und Fehlversorgung gleichermaßen ausgeschlossen werden. Im Rahmen einer Bedarfsplanung sind die Krankenhäuser für die fachärztliche Versorgung der Bevölkerung zu öffnen.

Rückschritt bei gemeinsamer Selbstverwaltung

Nicht nachvollziehbar sind die im Gesetzentwurf geplanten Veränderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA). Die Entscheidungen über einzelne Versorgungsbereiche (sektorale Versorgung) werden gestärkt zu Lasten einer integrierten Betrachtung.

Mit den Krankenkassen entscheiden jeweils Ärzte über die ambulante Behandlung, Krankenhäuser über stationäre Leistungen und Zahnärzte über Zahnbehandlung mit einfacher Mehrheit. Dagegen ist über den Ausschluss von Leistungen und neue sektorenübergreifende

Behandlung eine Zweidrittelmehrheit erforderlich. Damit wird es wesentlich erschwert die Versorgung an den Bedarf der Versicherten anzupassen. Auch die Besetzung der unparteiischen Mitglieder im GBA soll neu geregelt werden. Gemäß Gesetzentwurf dürfen diese in den vergangenen drei Jahren vor ihrer Wahl weder für die Krankenkassen, noch für die Krankenhäuser oder deren Verbände oder als Arzt, Psychotherapeut oder Zahnarzt tätig gewesen sein. Ebenso soll nur für eine Amtszeit kandidiert werden können. Es ist dann die Frage, mit welchem fachlichen Hintergrund für diese Aufgabe von begrenzter Dauer Bewerber gefunden werden können. Ausreichend und klarer wäre hier ein transparentes Verfahren, das die Auswahlmöglichkeiten der Mitglieder des GBA nicht unnötig einschränkt.

ver.di setzt sich für Innovation und Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung ein. Deshalb sollen auch künftig die Entscheidungen im GBA gemeinsam von allen Beteiligten verantwortet werden. Und wir wollen auch künftig transparente und nachvollziehbare Entscheidungen.

Zusätzliche Satzungsleistungen nicht um jeden Preis

Absicht des Gesetzentwurfs ist es auch wettbewerbliche Spielräume der Krankenkassen zu vergrößern. Sie sollen zusätzliche Satzungsleistungen gewähren können.

Von der Bevölkerung wird die Wahlfreiheit im Gesundheitswesen geschätzt. Versicherte wollen die Krankenkasse wählen können, bei der sie sich gut beraten wissen und Patient/-innen wollen die Versorgungsform wählen, bei der sie sich gut und kompetent behandelt fühlen.

Wettbewerbliche Elemente können mit dazu beitragen die Versorgung zu verbessern. Sie sind jedoch nicht eigenständiges Ziel einer gesetzlichen Krankenversicherung.

ver.di will, dass zusätzliche Satzungsleistungen auch daraufhin überprüft werden, ob sie zu einer bedarfsgerechteren Versorgung der Versicherten führen. Eine starke, kompetente und regional präsente Selbstverwaltung in den Krankenkassen könnte hierzu ein geeignetes Steuerungsinstrument sein. An dieser Stelle sieht der Gesetzentwurf jedoch keine Maßnahmen vor, die zu diesem Ziel führen.

Zudem ist zu bedenken, dass mit dem bereits in kraft getretenen GKV-Finanzierungsgesetz diese zusätzlichen Satzungsleistungen von den Versicherten mit einem erhöhten Pauschalbetrag bezahlt werden müssen. Ihre individuelle Kopfpauschale wird dann noch schneller wachsen.

Keine Rechtssicherheit bei Delegation ärztlicher Tätigkeiten

Unsere Gesundheitsversorgung ist im Umbruch. Im Zentrum der Entwicklungen stehen eine Umorganisation der Arbeitsabläufe und die Neuorganisation der Arbeitsteilung zwischen den Berufen. Davon betroffen ist auch die Arbeitsteilung in der ambulanten Versorgung.

Auseinandersetzungen über die Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf Pflege- und anderes Gesundheitspersonal, die Schaffung neuer Berufe und Tätigkeiten und die Übertragung von Aufgaben auf andere Berufe nehmen zu. Diese Entwicklungen werfen zahlreiche rechtliche,

arbeitsorganisatorische und berufsbildungspolitische Fragen auf, die der Beantwortung bedürfen.

Die Chance mit dem Gesetzentwurf die Versorgung dadurch zu verbessern, dass die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen künftig auf eine tragfähige Grundlage gestellt wird, bleibt jedoch ungenutzt.

Schließung von Krankenkassen bleibt ein Problem – politisch bedingte Pleiten schaffen Verunsicherung bei der Bevölkerung und den Beschäftigten bei Krankenkassen

Die Schließung der City-BKK hat deutlich gemacht, welche praktischen Probleme für Versicherte und Beschäftigte der betroffenen Krankenkasse, für das gesamte Krankenkassensystem und für die Gesellschaft insgesamt bei einer Zwangsschließung durch das Bundesversicherungsamt entstehen. Versicherte und Patienten der Krankenkasse müssen bei einem Wechsel evtl. in andere Wahltarife wechseln oder auf andere Rabattarzneimittel oder Hilfsmittel umsteigen, weil Verträge mit unterschiedlichen Anbietern oder Herstellern geschlossen sind.

Das Arbeitsverhältnis für Beschäftigte der geschlossenen Krankenkasse endet nach den einschlägigen Regelungen im SGB V mit dem Tag der Schließung ohne dass es einer Kündigung bedarf. Dadurch würden weder Kündigungsschutzrechte greifen, noch könnten Sozialpläne erstellt oder per Tarifvertrag Übergangsregelungen geschlossen werden.

Anders als bei der Insolvenz werden zwar alle im Rahmen der Ausschlussfrist gestellten Forderungen befriedigt. Doch dies bezahlen die Mitglieder aller Krankenkassen. Reichen die Mittel der geschlossenen Kasse oder des Kassenverbandes nicht, werden vom GKV-Spitzenverband alle Krankenkassen und damit alle Beitragszahler herangezogen.

ver.di erinnert, dass bereits in den gewerkschaftlichen Stellungnahmen bei den Anhörungen zum GKV-WSG und zum GKV-OrgWG die Neuregelungen für die Krankenkassen scharf kritisiert und insbesondere vor der Verunsicherung der Versicherten gewarnt wurde. So hat der Dgb für alle Gewerkschaften ausgeführt: „Grundsätzlich ist der DGB ... der Meinung, dass Sozialversicherungsträger nicht in die Insolvenz gehen können dürfen. Sozialversicherungen dienen in ihrer Form als mittelbare Staatsverwaltung der Absicherung der großen Lebensrisiken, also Aufgaben, die sich unmittelbar und mittelbar aus unserer Verfassung ableiten lassen. Krankenkassen sichern mit gesetzlichem Auftrag Krankheitsrisiken ihrer Mitglieder und deren Angehöriger ab. Der DGB fordert nachdrücklich die Bundesregierung auf, die möglichen Konsequenzen für die Akzeptanz des Sozialstaates durch die Bürgerinnen und Bürger in ihre Überlegungen einzubeziehen, für den Fall, dass für einen Sozialversicherungsträger Insolvenz angemeldet wird. Der Eindruck, der dadurch entstehen könnte, ist, dass die Absicherung des Krankheitsrisikos zur Disposition steht. Die Drohung möglicher Insolvenz, quasi als Strafe für falsches Wirtschaften, steht in keinem Verhältnis zu den realen Handlungsmöglichkeiten der Kasse. Denn eine Krankenkasse hat weder die Möglichkeit, ihre Einnahmen noch den Großteil ihrer Ausgaben selbstständig zu bestimmen. Die finanzielle Grundlage wird immer mehr durch Gesetze und Verordnungen bestimmt, zulasten der Kompetenzen der sozialen Selbstverwaltung.

Konsequenterweise müssten dann Gesetz- und Verordnungsgeber bereit sein, die Verantwortung – auch in finanzieller Sicht – zu tragen.“¹

Entgegen dem vorliegenden Gesetzentwurf fordert ver.di Maßnahmen zur Absicherung der gesundheitlichen Versorgung der rund 70 Mio. gesetzlich Krankenversicherten und Vermeidung von Anschlussinsolvenzen von Leistungserbringern:

- Insolvenzunfähigkeit für alle Träger der gesetzlichen Krankenversicherung,
- Bundshaftung für alle Sozialversicherungsträger,
- keine Verschiebung der Verantwortung für politische Entscheidungen auf die GKV.

Leider wurden die Warnungen der Gewerkschaften bislang ignoriert. Die beschriebenen Verunsicherungen sind eingetreten. Die Gemeinschaft der GKV-Beitragszahlerinnen und –zahler trägt für das Versagen der staatlichen Aufsichtsbehörden der Krankenkassen nun die Kosten.

ver.di hält es für dringend geboten, rasch wirksame und umsetzbare Lösungen für diese Probleme zu finden. So muss die freie Kassenwahl der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung auch im Falle der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse ohne wenn und aber gewährleistet sein. Die Versicherten brauchen ein einfaches Verfahren, um zu einer Krankenkasse zu wechseln. Eine Postkarte an die ausgewählte Krankenkasse oder eine Erklärung gegenüber dem Arbeitgeber oder dem Rentenversicherungsträger muss genügen. Dazu brauchen wir gute Information und die Einhaltung der bestehenden Gesetze. Keine gesetzliche Krankenkasse darf Versicherte ablehnen. An dieser Stelle sieht der Gesetzentwurf einige Maßnahmen vor. Sie reichen jedoch nicht aus.

Um Kassenschließungen zu vermeiden, muss zu einer paritätischen Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge zurückgekehrt werden, die Erhebung von Zusatzbeiträgen ist zu streichen und der Selbstverwaltung der Krankenkassen die Entscheidung über die Höhe des Beitragssatzes zurückzugeben (Finanzautonomie). Die ausreichende Finanzierung einer bedarfsgerechten Krankenbehandlung ist durch die Bürger/-innenversicherung und die Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen sicherzustellen.

Ebenfalls will ver.di einen besseren Schutz der Beschäftigten bei der Schließung einer gesetzlichen Krankenkasse. Durch Änderung im Sozialgesetzbuch V ist zu regeln, dass der gesetzliche und tarifliche Kündigungsschutz der Beschäftigten einer Krankenkasse bei deren Schließung nicht durch Verwaltungshandeln eingeschränkt wird. Auch im Falle der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse darf es keinen Entzug des gesetzlichen Kündigungsschutzes und der damit verbundenen Sozialauswahl geben. Sozialpläne sind zu ermöglichen. Es passt nicht, dass Kassen in einen Wettbewerb, wie ein Unternehmen gezwungen werden, den Vertretungen der Beschäftigten aber lediglich Rechte, wie im Öffentlichen Dienst gewährt werden, ohne wirtschaftliche Mitbestimmung. Bei Schließung einer Krankenkasse sind allen Beschäftigten im gesamten GKV-System Arbeitsplätze ortsnah anzubieten.

ver.di fordert von der Bundesregierung in einem ersten Schritt die Regelungen bei Schließungen von Krankenkassen sofort für alle Beschäftigten und DO-Angestellten aller Krankenkassenarten einheitlich zu regeln. Gleichzeitig muss im Schließungsverfahren der Rechtsanspruch auf die Einhaltung des gesetzlichen und tariflichen Kündigungsschutzes für Beschäftigte und die damit verbundene vorausgehende Sozialauswahl gewährleistet werden.

¹ aus der Stellungnahme des DGB zur Anhörung des BT-Ausschusses für Gesundheit zum GKV-OrgWG

ver.di weist insgesamt darauf hin, dass bei allen gesetzlichen Veränderungen, die z.B. die Organisation der Krankenkassen oder der kassenärztlichen Vereinigungen betreffen, eine Folgenabschätzung des Gesetzgebers für die Entwicklung der Arbeitsplätze und die Wirkungen auf die Beschäftigten bei diesen Einrichtungen vorgenommen werden muss.

Verbesserung der Versorgung geht anders

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird die Chance zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen nicht wahrgenommen. ver.di hält die Umsetzung nachstehender gewerkschaftlicher Anforderungen für dringend erforderlich:

- strukturelle, das heißt auch dauerhaften Mehrausgaben müssen paritätisch finanziert werden;
- der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich muss auf Grundlage des Evaluationsberichts zum Risikostrukturausgleich für Krankenkassen mit einem hohen Anteil kranker Versicherten weiterentwickelt werden;
- die integrierte Versorgung muss ausgebaut und die doppelten Facharztschiene abgebaut werden;
- eine bessere Verteilung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte;
- die generelle Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung;
- der Sachzusammenhang zwischen Steuerung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung muss hergestellt werden;
- eine neue und dem Versorgungsbedarf entsprechende Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen, u.a. durch die Übertragung bisher von Ärztinnen und Ärzten wahrgenommenen Aufgaben;
- eine gute Ausbildung aller Gesundheitsberufe mit horizontalen und vertikalen Übergängen;
- die Kopplung von Honorar- und Qualitätsfortschritt in der medizinischen Versorgung;
- Krankenkassen muss es ermöglicht werden, Arztsitze aufzukaufen;
- die soziale Selbstverwaltung in den Krankenkassen muss wieder gestärkt und deren Gestaltungsmöglichkeiten auch auf regionaler Ebene verbessert werden.

Mit diesen Maßnahmen werden Probleme der Über-, Unter- und Fehlversorgung angegangen und zukunftsfähige Versorgungsstrukturen geschaffen.

ver.di bleibt bei der Auffassung, dass alle Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen paritätisch finanziert werden müssen.

Kurzfristig gelöst werden müssen die Verwerfungen zwischen GKV und PKV im Rahmen der Grundsicherung. Es besteht das Problem zwischen sozialgesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, dass unterschiedliche Beiträge im Rahmen der Grundsicherung nach SGB II und SGB XII anfallen. Eine Absenkung des ermäßigten Basistarifs auf die Höhe des aus der Grundsicherung gezahlten Beitrags und ein Sozialausgleich innerhalb der Privaten Krankenversicherung sind als erster Schritt erforderlich.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen

Zu den Regelungen im Einzelnen nimmt der DGB als Dachorganisation für alle Gewerkschaften umfassend Stellung. ver.di verweist ausdrücklich auf diese Stellungnahme. Darüber hinaus stellt die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft fest:

Art. 1 Nr. 4 (§ 28, Abs. 1 Delegation ärztlicher Tätigkeiten)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Ärzte und Krankenkassen für die ambulante Behandlung beispielhaft festlegen, bei welchen Tätigkeiten andere Personen ärztliche Leistungen auf Anordnung und in Verantwortung des Arztes erbringen können.

Eine solche Gesetzesvorschrift ist weder sinnvoll noch ausreichend. Da es sich um Ausübung von Heilkunde handelt, ist eine Regelung in den Berufsgesetzen unabdingbar. Eine nur beispielhafte Aufzählung der delegationsfähigen Leistungen, wie sie im Auftrag an die Partner des Bundesmantelvertrags vorgesehen ist, bringt keine Rechtssicherheit.

ver.di weist darauf hin, dass es Sache der für das Berufsrecht zuständigen Stellen ist, z.B. qualifikatorische Anforderungen an die jeweiligen Berufe festzulegen. Die Partner des Bundesmantelvertrags sind nicht in der Lage, solche Festlegungen zu treffen. Auch reicht es nicht aus in Fragen, die andere Gesundheitsberufe betreffen, allein der Bundesärztekammer ein Anhörungsrecht einzuräumen. Zu beteiligen sind vielmehr die Berufsorganisationen der beteiligten Berufe. Das sind laut amtlicher Begründung der einschlägigen Gesetze ver.di als die zuständige Einzelgewerkschaft im DGB und die jeweiligen Berufsverbände. Eine entsprechende Änderung in § 28 Abs. 1 SGB V (neu) ist unerlässlich.

Art. 1 nach Nr. 62 ist neu einzufügen:

„§ 172a Rechte der Beschäftigten bei Insolvenz oder Schließung

- (1) Im Falle der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse oder eines Verbandes der Krankenkassen finden die gesetzlichen und tarifvertraglichen Regelungen zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses uneingeschränkt Anwendung.
- (2) Im Falle der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse oder eines Verbandes der Krankenkassen ist ein Sozialplan abzuschließen.
- (3) 1. Im Falle der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse oder eines Verbandes der Krankenkassen ist allen Beschäftigten im gesamten GKV-System ein zumutbarer Arbeitsplatz ortsnah anzubieten. Die anzubietenden Arbeitsplätze sind entsprechend dem Anteil der Mitgliederwanderung der geschlossenen Krankenkasse zu den anderen Kassen zu quotieren.
2. Die Regelungen gelten entsprechend für Auszubildende.
- (4) Die spezifischen Regelungen des Gesetzes in Bezug auf die Dienstordnungsangestellten gelten unverändert weiter.“

Das Inkrafttreten des § 172a soll am 1.1.2012 erfolgen.

ver.di hält die vorstehende Ergänzung des Gesetzentwurfs für dringend geboten, um den Schutz der Beschäftigten bei der Schließung oder Insolvenz einer gesetzlichen Krankenkasse zu gewährleisten. Auch im Falle der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse darf es keinen Entzug des gesetzlichen Kündigungsschutzes und der damit verbundenen Sozialauswahl geben. Sozialpläne sind zu ermöglichen. Bei Schließung einer Krankenkasse sind allen Beschäftigten im gesamten GKV-System Arbeitsplätze ortsnah anzubieten.

B. Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Agnes Alpers, Karin Binder, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Wirksamere Bedarfsplanung zur Sicherung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung - BT-Drucksache 17/3215

Im Antrag wird von der Bundesregierung die Vorlage eines Gesetzes gefordert, das eine umfassende Bedarfsplanung auf einer fundierten, evidenten Basis gewährleistet. Sie soll kleinräumig organisiert und in dünn besiedelten Regionen sollen fahrende barrierefreie Praxen erprobt werden. Die ärztliche Tätigkeit soll sowohl in der ambulanten als auch der stationären Versorgung von Aufgaben entlastet werden, die auf andere Berufe übertragen werden können. Für alle Gesundheitsberufe sollen Angestelltenverhältnisse ermöglicht werden. Automatismen zur Ausweitung und Zementierung der Menge an ambulant ärztlicher Versorgung sollen aufgehoben werden.

Insgesamt weist der Antrag der Fraktion DIE LINKE in die richtige Richtung.

Bei der Bedarfsplanung muss jedoch über die genannten Parameter hinaus der soziale Status der Versicherten und ihrer Angehörigen berücksichtigt werden. Bei der Bedarfsplanung über Gesundheitskonferenzen müssen Steuerung und Finanzierung parallel laufen. In dünn besiedelten Gebieten sollten zuerst die Krankenhäuser für ambulante Versorgung geöffnet und umgerüstete Rettungs- und Krankentransportwagen die ärztliche Versorgung sicherstellen.

Die Umsetzung des Antrags muss mit der Rückkehr zu einer paritätischen Finanzierung und der Verbreiterung der Finanzbasis (Bürger/-innenversicherung) erfolgen.

C. Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Wirksame Strukturreformen für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung auf den Weg bringen - BT-Drucksache 17/7190

Im Antrag wird die Bundesregierung aufgefordert ihren vorgelegten Gesetzentwurf zurückzuziehen und einen neuen Entwurf vorzulegen, der die bisherige Bedarfsplanung reformiert. Sie soll zu einer sektor übergreifenden und auf gründlichen Analysen (u.a. unter Berücksichtigung der Morbidität und Sozialstruktur) und Versorgungszielen fußenden Versorgungsplanung umgebaut werden. Dabei soll die Primärversorgung deutlich aufgewertet und in ihrer Rolle als Lotse der Versorgung gestärkt werden.

Ebenso wird eine neue Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen gefordert, die Anreize für mehr teamorientierter Zusammenarbeit entstehen lässt und flexiblere, familienfreundliche Arbeitszeiten ermöglicht.

Es soll mehr Spielräume für neue und vor allem vernetzte Versorgungsformen wie regionale Versorgungsverbände, Gesundheitszentren und mobile Lösungen geben und wirksame Anreize zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung gesetzt werden.

Die Forderungen entsprechen weitgehend den Positionen der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft. In der Abwägung des Nutzens und der finanziellen Belastungen für die Versicherten ist die Aufforderung nach Rückzug des Gesetzentwurfes der Bundesregierung nachvollziehbar.

Neue Versorgungsformen sollten der Überwindung der Sektorengrenzen genutzt dienen. Die Umsetzung des Antrags muss mit der Rückkehr zu einer paritätischen Finanzierung und der Verbreiterung der Finanzbasis (Bürger/-innenversicherung) erfolgen.