



An den  
Ausschusses für Gesundheit  
des Deutschen Bundestages

11011 Berlin

E-Mail:

[bundesverband@volkssolidaritaet.de](mailto:bundesverband@volkssolidaritaet.de)

[www.volkssolidaritaet.de](http://www.volkssolidaritaet.de)

Berlin, 12. Oktober 2011

## Stellungnahme der Volkssolidarität Bundesverband e.V.

zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 19. Oktober 2011 zum

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG), BT-Drs. 17/6906**

b) Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE

**Wirksame Bedarfsplanung zur Sicherung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung, BT-Drs. 17/3215**

c) Antrag des Abgeordneten Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Wirksame Strukturreformen für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung auf den Weg bringen, BT-Drs. 17/7190**

---

zu a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG), BT-Drs. 17/6906**

### I. Gesamtbewertung des Gesetzentwurfs

Der vorliegende Gesetzentwurf setzt die in den Eckpunkten des BMG vom 8. April 2011 präzisierten gesundheitspolitischen Zielstellungen der Koalitionsvereinbarung vom 26. Oktober 2009 um. Im Mittelpunkt steht dabei die Sicherung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger als zentrales gesundheitspolitisches Anliegen, das angesichts der demografischen Entwicklung an Bedeutung gewinnt.

Die Volkssolidarität unterstützt dieses Anliegen und begrüßt daher die Vorlage eines entsprechenden Gesetzentwurfs zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Im Interesse ihrer Mitglieder und der von ihr pflegerisch zu betreuenden Menschen setzt sich die Volkssolidarität für eine hochwertige wohnortnahe und bedarfsgerechte medizinische Versorgung ein. In einer Gesellschaft langen Lebens ist es für einen wachsenden Anteil der

Bürger von entscheidender Bedeutung, bei gesundheitlichen Problemen auf eine zuverlässige, flächendeckende und fachlich kompetente ärztliche Versorgung vertrauen zu können.

Dafür bestehen gute Voraussetzungen. Deutschland gehört im OECD-Vergleich zu den Ländern mit der höchsten Arztdichte. Diese betrug im Jahre 2009 laut Ärzteatlas 2011 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) insgesamt 397 berufstätige Ärzte je 100.000 Einwohner. Die Arztdichte hat sich damit seit den siebziger Jahren mehr als verdoppelt.

Bei Versorgungsproblemen handelt es sich weniger um einen allgemeinen Arztmangel, als vielmehr um ein Verteilungsproblem auf unterschiedlichen Ebenen: zwischen Stadt und Land sowie zwischen Hausärzten und sonstigen Fachärzten. Daher sind sowohl deutlich unterversorgte Gebiete zu verzeichnen, als auch solche mit einer Überversorgung, insbesondere in manchen Großstädten. Hinzu kommt, dass nicht nur Patienten älter werden, sondern ihre Ärzte ebenfalls. Vielerorts ist es daher notwendig, die Nachfolge in der Besetzung von Arztpraxen zu sichern oder über verstärkte Kooperation und Vernetzung die flächendeckende und bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung zu sichern.

Vor allem in den neuen Bundesländern sind große Anstrengungen erforderlich, um Defizite in der ärztlichen Versorgung zu überwinden oder gar nicht erst zuzulassen.

Dieser komplexen Aufgabe, für die es keine einfachen bzw. eindimensionalen Lösungen gibt, haben sich die Akteure der gesundheitlichen Versorgung in den neuen Ländern in den vergangenen Jahren gestellt. Die Bemühungen zur Sicherung der ärztlichen Versorgung in der Fläche und innovative Lösungen zur Unterstützung der ärztlichen Tätigkeit (z. B. AGNES-Modell u. ä.) trugen dazu bei, größere Lücken zu verhindern.

Ungeachtet dieser Anstrengungen bleibt die Situation in einzelnen Regionen – insbesondere in ländlichen Räumen, aber selbst in einigen städtischen Ballungsgebieten – nach wie vor schwierig. Auch Mitglieder unseres Verbandes beklagen überfüllte Arztpraxen, lange Wartezeiten für Termine bei Fachärzten, eine zu wenig auf die Bedürfnisse einer älteren Bevölkerung ausgerichteten Versorgungsstruktur (z. B. bei Fachärzten in Bereichen wie Orthopädie, Neurologie, Urologie, Geriatrie) sowie eine Behandlungskultur, die zu oft mehr an Kosten orientiert ist und der sprechenden Medizin zu wenig Raum ermöglicht. Es häufen sich Klagen von GKV-Versicherten über Benachteiligungen gegenüber privat Versicherten bei Wartezeiten und der Vergabe von OP-Terminen.

Die Volkssolidarität begrüßt daher, dass die Bundesregierung mit neuen gesetzlichen Regelungen dazu beitragen will, für diese Probleme zur Sicherstellung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung Lösungen auf den Weg zu bringen.

Viele der im Gesetzentwurf vorgesehenen Neuregelungen zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung gehen in die richtige Richtung. Das betrifft insbesondere solche, die

- auf eine zielgenauere, den regionalen Besonderheiten besser entsprechende kleinräumige Bedarfsplanung gerichtet sind, die zugleich spezifische Anforderungen der demografischen Entwicklung berücksichtigt
- Anreize für die ärztliche Tätigkeit in unterversorgten bzw. absehbar unterversorgten Gebieten setzen, eine Stabilisierung der Versorgung ermöglichen und einer Überversorgung entgegenwirken sollen
- die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung überwinden helfen und somit Potenziale für eine effizientere sektorenübergreifende Versorgung erschließen (z. B. Möglichkeit der Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung, Einführung einer ambulanten spezialärztlichen Versorgung)
- für die zuständigen Gremien in den Ländern neue Spielräume für die Einflussnahme auf die Bedarfsplanung entsprechend den regionalen Gegebenheiten und Erfordernissen schaffen.

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält jedoch eine Reihe von problematischen Regelungen und Herangehensweisen, auf die hier hingewiesen wird:

Erstens wendet sich die Volkssolidarität dagegen, den Abbau von Versorgungsdefiziten zulasten der GKV-Versicherten zu finanzieren. Stärkere Anreize für eine bessere gesundheitliche Versorgung in unterversorgten Regionen sind zu befürworten – sie müssen aber vor allem durch einen stärkeren Abbau von Überversorgung ausgeglichen werden.

Nach den deutlichen Honorarsteigerungen in den letzten Jahren ist es weiterhin eine Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), Honorare solidarisch unter den Ärzten zu verteilen und – entsprechend ihres gesetzlichen Auftrags – für die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung die weitergehenden Mittel aufzubringen. Solche Maßnahmen wie z. B. Honorarausweitungen oder Preiszuschläge in unterversorgten Gebieten, Zuschüsse für die Einrichtung neuer Arztpraxen oder die Übernahme von zum Verkauf stehenden Praxen durch die KVen sind hierfür beispielhaft. Sie dürfen jedoch grundsätzlich nicht über höhere Versicherungsbeiträge bzw. Zusatzbeiträge finanziert werden.

In diesem Zusammenhang muss erneut kritisch darauf hingewiesen werden, dass die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags durch das GKV-Finanzierungsgesetz dazu führt, dass sich sämtliche Kostensteigerungen künftig in den seit dem 01. Januar 2011 geltenden einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen niederschlagen, mit denen allein die GKV-Versicherten belastet werden.

Daher wäre in einem GKV-Versorgungsstrukturgesetz rechtlich abzusichern, dass die vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung nicht über höhere Versicherungsbeiträge bzw. Zusatzbeiträge zulasten der GKV-Versicherten finanziert werden. Es ist nicht ersichtlich, dass der Gesetzentwurf dieser Anforderung Rechnung trägt.

Abzulehnen ist die vorgesehene Regelung, entstehende Mehrkosten für den Bund, die nicht durch entsprechende Minderausgaben kompensiert werden, ab 2015 beim Sozialausgleich „mindernd zu berücksichtigen“, d. h. zu kürzen. Zwar soll der Anspruch des GKV-Mitglieds auf einen Sozialausgleich davon „unberührt“ bleiben. Als vertrauensbildende Maßnahme kann dieses Vorgehen im Hinblick auf künftige Regelungen jedoch kaum gewertet werden.

Zweitens muss ein GKV-Versorgungsstrukturgesetz genutzt werden, um die Zwei-Klassen-Medizin in Deutschland zu beenden, die durch die Trennung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung konserviert wird.

Um die aus dieser Trennung resultierende Benachteiligung der GKV-Versicherten zu beseitigen, müssen entsprechende Anreize durch eine höhere Honorierung ärztlicher Leistungen für privat versicherte Patienten schrittweise abgebaut werden. Gleichzeitig bleibt zu klären, wie die Private Krankenversicherung künftig finanziell daran beteiligt wird, eine wohnortnahe und bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten.

Der vorliegende Gesetzentwurf umgeht diese Fragen vollständig.

Drittens spricht sich die Volkssolidarität dafür aus, konsequenter gegen Erscheinungen der Überversorgung vorzugehen und die sektorale Abschottung zwischen ambulant und stationär zu überwinden.

Entsprechende Ansätze im Gesetzentwurf sind zu befürworten, müssen aber weiter ausgebaut werden. Dazu gehört z. B., die Krankenhäuser generell zur ambulanten Behandlung zu ermächtigen und die Voraussetzungen dafür zu verbessern, dass die Akteure der gesundheitlichen Versorgung vor Ort mehr Möglichkeiten erhalten, um sich in regionalen Gesundheits-Netzwerken zu organisieren und so Synergien zu nutzen.

Viertens macht die Volkssolidarität zum vorgesehenen Ausbau der „wettbewerblichen Spielräume für Krankenkassen“ durch erweiterte Angebotsmöglichkeiten für Satzungsleistungen (Art. 1, Ziffer 2 b zu § 11, Absatz 6 SGB V) Bedenken geltend.

So darf es in der Umsetzung nicht dazu kommen, dass dies verdeckt oder offen durch eine schrittweise Ausgliederung von Leistungen aus dem Leistungskatalog des SGB V erfolgt, auf die die Versicherten einen Rechtsanspruch haben. Dies muss eindeutig im Gesetz klargestellt sein. Zugleich wendet sich die Volkssolidarität dagegen, dass die Ausweitung von Angeboten für Satzungsleistungen über die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge finanziert werden soll.

Fünftens soll darauf hingewiesen werden, dass im Vordergrund des Gesetzentwurfs weniger eine Patientenorientierung auszumachen ist, als vielmehr eine ausgeprägte Fixierung auf die traditionelle Versorgungsform der ärztlichen Niederlassung. Gleichzeitig ist als Manko eine unzureichende Orientierung auf eine stärkere Kooperation unterschiedlicher Gesundheitsberufe und Versorgungsbereiche zu verzeichnen. Das wirft die Frage auf, ob dieses Herangehen ausreichend geeignet ist, zukünftige Herausforderungen einer qualitativ hochwertigen, wohnortnahen und bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung zu bewältigen.

## **II. Forderungen zur besseren Sicherung von Patienteninteressen**

Die Volkssolidarität fordert ein, im Gesetzentwurf folgende Erfordernisse stärker zu berücksichtigen:

### **1. Abbau der Benachteiligung von GKV-Versicherten**

Es ist zu begrüßen, dass für die Patienten real nachvollziehbare Verbesserungen im Versorgungsalltag angestrebt werden. Es reicht jedoch nicht aus, sich dabei nur auf Verfahrensfragen und Abläufe zu konzentrieren (z. B. Abbau von Bürokratie) und strukturelle Hintergründe zu vernachlässigen. Notwendig ist vor allem, die Hauptursache für die Benachteiligung von GKV-Versicherten zu beseitigen, die in der schlechteren Vergütung gleicher ärztlicher Leistungen gegenüber den PKV-Versicherten liegt.

Deshalb fordert die Volkssolidarität, in einem GKV-Versorgungsstrukturgesetz zumindest einen Einstieg zu ermöglichen, damit künftig gleiche ärztliche Leistungen bei allen Patienten unabhängig von ihrem jeweiligen Versicherer gleich honoriert werden.

### **2. Rechtsanspruch auf Entlassungsmanagement**

Das Entlassungsmanagement aus dem Krankenhaus künftig als Bestandteil der Krankenhausbehandlung im SGB V zu verankern (Art. 1 Nr. 8 zu § 39 SGB V), ist ein richtiger und wichtiger Schritt im Interesse der Patienten.

Dabei muss gesichert werden, dass ein solches Entlassungsmanagement für den Übergang in die eigene Häuslichkeit, in eine Anschluss-Heilbehandlung oder in Pflege als eindeutiger Rechtsanspruch auch praktisch eingelöst werden kann. Ob es für die Patienten zielführend ist, vorrangig die Krankenkassen in die Pflicht zu nehmen, die bei einer Krankenhausbehandlung nicht unmittelbar vor Ort sind, muss sich in der praktischen Umsetzung erweisen.

### **3. Verbesserung der geriatrischen Versorgung sichern**

In einem GKV-Versorgungsstrukturgesetz sollte die Verbesserung der geriatrischen Versorgung – ambulant und stationär – einen höheren Stellenwert erhalten. Dies schließt ein, die geriatrische Versorgung stärker in der Aus-, Fort- und Weiterbildung bei Ärzten und Pflegekräften zu berücksichtigen.

Die sich mehrenden Anzeichen dafür, dass der demografische Wandel schneller verläuft als der Ausbau der geriatrischen Versorgung, dürfen nicht länger verkannt werden.

### **4. Ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen verbessern**

Ferner muss die ambulante Versorgung in Pflegeeinrichtungen besser abgesichert werden, da die bisher im § 119b SGB V enthaltenen Regelungen in der Praxis nicht ausreichend greifen. Hier sollte der Gesetzgeber dringend nachbessern, indem der Sicherstellungsauftrag der KVen für die ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen zwingender als bisher gefasst wird.

### III. Zu ausgewählten Einzelfragen des Gesetzentwurfs

#### 1. Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung

Zur Verbesserung der wohnortnahen ärztlichen Versorgung sieht der Gesetzentwurf ein breites Bündel von Maßnahmen vor.

- Zu begrüßen ist insbesondere die *Flexibilisierung der Bedarfsplanung*, mit der eine flächendeckende Versorgung sichergestellt werden soll (Art. 1 Nr. 34 zu § 99 SGB V, Art. 1 Nr.35 zu § 101 Nr. 2b und Satz 6 SGB V). Damit wird eine Übereinstimmung mit dem durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) vom Juli 2010 eingeführten Demografie-Faktor hergestellt, der die Änderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung in der Bedarfsplanungs-Richtlinie berücksichtigen soll.

Dieses Herangehen entspricht langjährigen Forderungen der Volkssolidarität für eine bedarfsgerechtere ärztliche Versorgung in den neuen Bundesländern, die bereits in höherem Maße von entsprechenden Änderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung betroffen sind.

- Die *Stärkung der Beteiligungsrechte der Länder in Fragen der Bedarfsplanung* – sowohl in den Ländern selbst (Art. 1 Nr. 27 zu § 90, Abs. 4 SGB V) als auch im GBA (Art. 1 Nr. 30 zu § 92, Abs. 7 e SGB V) ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung.

Die Möglichkeit, auf Landesebene ein gemeinsames Gremium zu sektorübergreifenden Versorgungsfragen zu bilden (Art. 1 Nr. 28 zu § 90 a SGB V), ist ebenfalls zu begrüßen.

Positiv ist die in der Begründung zum Gesetzentwurf (siehe Seite 108) aufgezeigte Perspektive zu bewerten, diese Gremien für die Mitwirkung von Patientenorganisationen zu öffnen. Zur Umsetzung dieser Mitwirkungsmöglichkeit sollten den vor Ort wirkenden Sozial- und Wohlfahrtsverbänden, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen Anhörungs- und Vorschlagsrechte eingeräumt werden, um deren Praxis- und Betroffenenperspektive in die Erörterung einer sektorübergreifenden regionalen Bedarfsplanung einzubeziehen, z. B. im Rahmen regionaler Gesundheitskonferenzen.

- Weitere Maßnahmen, wie z. B. die *Aufhebung der Residenzpflicht für Ärzte, Unterstützung für mobile Versorgungskonzepte, Bildung von Zweigpraxen, Delegation ärztlicher Leistungen* und *bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie*, können ebenfalls dazu beitragen einer Unterversorgung entgegenzuwirken.

- Schritte zum *Abbau der Abschottung zwischen ambulantem und stationärem Sektor* sind gleichfalls positiv zu bewerten.

So sollen unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeiten erweitert werden, zugelassene Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung zu ermächtigen (Art. 1 Nr. 43 zu § 116 a SGB V). Aus Sicht der Volkssolidarität ist es an der Zeit, die Krankenhäuser generell für die ambulante Versorgung öffnen.

Ferner soll die Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung künftig auf Ärzte in Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen ausgeweitet werden (Art. 1 Nr. 42 zu § 116 SGB V).

- Zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung setzt der Gesetzentwurf ferner auf *finanzielle Fördermaßnahmen* für Arztpraxen in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten sowie auf eine verstärkte *Förderung des ärztlichen Nachwuchses* (z. B. über Stipendien, Ausbildungszuschüsse).

Entsprechende Instrumente werden in den Ländern bereits seit Jahren angewendet. So wurden z. B. im Land Brandenburg in den letzten vier Jahren insgesamt 650.000 Euro für Maßnahmen gegen den Ärztemangel verwendet. Praxisübernahmen werden mit bis zu 50.000 Euro, Praxisneugründungen mit bis zu 40.000 Euro und die Übernahme einer freierwerbenden Arztpraxis in Form einer Zweigpraxis mit bis zu 15.000 Euro gefördert. Dennoch musste der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen im Jahre 2011 eine Unterversorgung in elf Regionen des Landes Brandenburg feststellen (siehe [www.aerzteblatt.de/nachrichten/45791/](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/45791/) vom 11.05.2011). Ähnliche Entwicklungen sind auch in anderen neuen Bundesländern zu verzeichnen.

Offensichtlich sind finanzielle Fördermaßnahmen kein Allheilmittel gegen Ärztemangel, aber trotz begrenzter Wirksamkeit notwendig, um einer Unterversorgung entgegenzuwirken.

Unter diesem Aspekt ist die in Art. 1 Nr. 37 zu § 105 SGB V vorgesehene Bildung von Strukturfonds bei den KVen zur Gegenfinanzierung der finanziellen Fördermaßnahmen in Höhe von 0,1 Prozent der Gesamtvergütung zwar grundsätzlich zu unterstützen. Nicht nachvollziehbar ist jedoch, warum die Krankenkassen „ergänzend“ einen Beitrag in gleicher Höhe in diesen Strukturfonds einzahlen sollen, obwohl der Sicherstellungsauftrag allein bei den KVen liegt und nur diese über die konkrete Verwendung der Mittel aus den Strukturfonds entscheiden sollen. Daher sollte dieser Teil der Regelung gestrichen werden.

Sinnvoll ist dagegen die Regelung nach Art. 1 Nr. 37 zu § 105, Abs. 5 SGB V, die es kommunalen Trägern ermöglicht, Eigeneinrichtungen zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu betreiben, wenn eine Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann.

## 2. Maßnahmen zum Abbau von Überversorgung

Zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung gehört, die vor allem in Großstädten und in Ballungsräumen zu verzeichnenden Erscheinungen der Überversorgung anzugehen. Dazu enthält der Gesetzentwurf Maßnahmen, die auf eine entsprechende Steuerung des Niederlassungsverhaltens abzielen.

- Die in Art. 1 Nr. 31 e zu § 95, Abs. 7 SGB V vorgesehene Ergänzung zur Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, die zukünftig eine *Befristung der vertragsärztlichen Zulassung* ermöglicht, kann dazu beitragen, die Entstehung und Verfestigung von Überversorgung zu reduzieren. Da es sich jedoch nur um eine Kann-Vorschrift handelt, bleibt es fraglich, ob dieses Instrument in der Praxis die gewünschten Wirkungen erreicht werden.

- Dies gilt ebenfalls für das in Art. 1 Nr. 36 zu § 103, Abs. 4 c SGB V vorgesehene *Vorkaufsrecht der KVen* in wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereichen. Über einen längeren Zeitraum kann der Aufkauf von Praxen zum Abbau von Überversorgung beitragen. Durch die Einschränkungen des Vorkaufsrechts sind jedoch Umgehungsmöglichkeiten vorhanden, die bezweifeln lassen, ob die Reduzierung von Praxissitzen in überversorgten Gebieten einen nennenswerten Umfang annehmen wird.

- Die *Abschaffung von Sonderpreisen bei Über- und Unterversorgung* nach Art. 1 Nr. 22 zu § 87, Abs. 2 e SGB V durch Einführung eines bundeseinheitlichen Punktwerts führt dazu, dass bei Überversorgung auf Abschläge künftig verzichtet wird. Im Hinblick auf den Abbau von Überversorgung setzt dieser Schritt eher Fehlanreize.

In der Gesamtschau der im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen ist zu verzeichnen, dass der Abbau der Überversorgung unzureichend angegangen wird. Somit muss auch in Zukunft damit gerechnet werden, dass erhebliche finanzielle und personelle Ressourcen für die ärztliche Versorgung fehlgeleitet werden bzw. nicht zur Verfügung stehen, um Unterversorgung entgegenzuwirken.

## 3. Einführung einer spezialärztlichen ambulanten Versorgung

Nach § 116 SGB V war bereits bisher in Krankenhäusern eine ambulante Versorgung mit hoch spezialisierten Leistungen, von seltenen Erkrankungen oder solchen mit besonders schwierigen Verläufen auf der Grundlage entsprechender Landesbestimmungen möglich.

Nunmehr sollen diese Leistungen in einem neuen Sektor der „spezialärztlichen ambulanten Versorgung“ neu gefasst werden (Art. 1 Nr. 44 zu § 116 b SGB V). Zusätzlich sollen in diesem neuen dritten Sektor „ambulant durchführbare Operationen sowie stationersetzende Eingriffe“ nach § 115 b SGB V erbracht werden.

Wenn mit der Neubestimmung der „spezialärztlichen ambulanten Versorgung“ ein Beitrag zur Überwindung der Grenzen zwischen ambulant und stationär geleistet und die ärztliche Versorgung bei komplexen und schwer behandelbarer Krankheiten verbessert werden soll, so ist dies zu begrüßen.

Unklar ist jedoch wie sich die Rahmenbedingungen für diesen Sektor entwickeln sollen, zumal wesentliche Bestimmungen erst noch durch den GBA zu treffen sind. Der Verzicht auf eine Einbindung in eine Bedarfsplanung und auf eine Mengensteuerung birgt zahlreiche Risiken in sich, insbesondere ein Kostenrisiko. Bedenken sind hinsichtlich der Regelung angebracht, dass alle Methoden erbracht werden können, die vom GBA nicht ausdrücklich ausgeschlossen wurden („Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“). Aus Patientensicht ist dieses Vorgehen abzulehnen.

#### 4. Maßnahmen bei Schließung bzw. Insolvenz von Krankenkassen

Nach wie vor kritisiert die Volkssolidarität, dass die einseitige Orientierung auf einen Kostenwettbewerb der Krankenkassen die Gefahr von Insolvenzen und damit auch der Verunsicherung und Verletzung von Versichertenrechten der betroffenen GKV-Versicherten verstärkt.

Ungeachtet der grundsätzlichen Kritik an den Regelungen, die den Weg für die Insolvenz von gesetzlichen Krankenkassen seit 2010 weit geöffnet haben, bleibt festzuhalten, dass Betroffene die Möglichkeit haben müssen, ihre Interessen in einer Ausnahmesituation, wie sie eine Kasseninsolvenz darstellt, als mündige Versicherte wahrzunehmen.

Die Insolvenz der City BKK hat gezeigt, dass weitergehende Vorkehrungen erforderlich sind, damit der Rechtsanspruch auf Weiterversicherung und auf ärztliche Behandlung ohne Behinderung oder Diskriminierung im Falle einer Kassen-Insolvenz eingelöst werden kann.

Diesem Erfordernis will der Gesetzentwurf mit verschiedenen Regelungen Rechnung tragen.

Zu begrüßen ist, dass nach Art. 1 Nr. 3 zu § 19, Abs. 1 a (neu) SGB V bei einer Beendigung der Mitgliedschaft durch Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse deren getroffenen Leistungsentscheidungen in der neuen Kasse fortgelten sollen. Nunmehr soll dies wohl nicht für Satzungsleistungen gelten (siehe Ausschuss-Drucksache 17(14)0192 vom 10.10.2011, Änderungsantrag 3 der Fraktionen von CDU/CSU und FDP). Diese Einschränkung kann im Einzelfall für den/die Versicherte/n zu einer deutlichen Verschlechterung führen.

Positiv werden weitere Regelungen bewertet, die sich beziehen auf

- eine verpflichtende Verfahrensregelung im Verhältnis Kasse – Versicherter (Art. 1 Nr. 60 zu § 155, Abs. 2 SGB V)
- die Gewährleistung des Wahlrechts der Versicherten bei Auswahl einer neuen Krankenkasse (Art. 1 Nr. 64 zu § 175 SGB V)
- die Sanktionierung von Krankenkassen im Falle einer rechtswidrigen Verweigerung der Mitgliedschaft oder bei Behinderung der Stellung eines Aufnahmeantrags auf Mitgliedschaft (Art. 1 Nr. 64 zu § 175, Abs. 2 a – neu SGB V).

Ob die Regelungen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes für die Wahrung der Versicherteninteressen bei zukünftigen Schließungen oder Insolvenzen von Krankenkassen ausreichend sind, bleibt abzuwarten.

**zu b)** Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE

#### **Wirksame Bedarfsplanung zur Sicherung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung, BT-Drs. 17/3215**

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE vom Oktober 2010 kritisiert Mängel in der bisherigen Bedarfsplanung für die gesundheitliche Versorgung und entwickelt Forderungen zur Überwindung dieser Mängel, die die Bundesregierung in einem entsprechenden Gesetzentwurf berücksichtigen soll.

Die Volkssolidarität teilt weitgehend die getroffenen Einschätzungen des Antrags zu Stand und Problemen der Bedarfsplanung für die gesundheitliche Versorgung, insbesondere

- die fehlende „Reform“ der vertragsärztlichen Bedarfsplanung seit Beginn der neunziger Jahre mit ihrer unzureichenden Flexibilität im Hinblick auf sich verändernde

Bedarfe der gesundheitlichen Versorgung, die sich aus einem Wandel in der Bevölkerungsstruktur ergeben

- die mangelnde Vernetzung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung mit der Krankenhausplanung auf Länderebene, einer Planung im Bereich der Altenpflege sowie von Leistungserbringern im Heilmittelbereich (sektorenübergreifende Planung)
- ungenügende Möglichkeiten der Steuerung der Versorgungsstruktur im Hinblick auf Unter- und Überversorgung.

Geteilt wird die Kritik an der einseitigen Ausrichtung der ambulanten Gesundheitsversorgung an der traditionellen Form der ärztlichen Niederlassung in Einzelpraxen, die vielfach immer weniger einem modernen Berufsbild entspricht und teilweise die Entwicklung neuer Versorgungsformen bremst.

Die im Antrag dargelegten Forderungen gehen über den Bereich der Bedarfsplanung im engeren Sinne hinaus. Das ist zu begrüßen, da eine bessere Bedarfsplanung allein noch keine Gewähr für eine wohnortnahe und bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung bietet.

Die Forderungen 1 bis 3, die sich unmittelbar auf die Bedarfsplanung beziehen, sind im Gesetzentwurf der Bundesregierung berücksichtigt – wenn auch nicht in der stringenten Form des vorliegenden Antrags.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine verbesserte Bedarfsplanung nur im Ergebnis eines gemeinsamen Handelns sehr unterschiedlicher Akteure zustande kommen kann – von den KVen, Kassen, Leistungserbringern, kommunalen und Landes-Behörden bis hin zu Patienten- und Selbsthilfeorganisationen. Richtig ist in diesem Zusammenhang die Anregung, eine solche Vernetzung auch in Gesundheitskonferenzen auf regionaler bzw. Landesebene zu organisieren.

Die Volkssolidarität unterstützt gleichfalls die Forderungen des Antrags der Fraktion DIE LINKE nach Weiterentwicklung arztentlastender Assistenzformen, die Erweiterung der Möglichkeiten für ärztliche Tätigkeiten im Angestelltenverhältnis im Rahmen poliklinischer Strukturen sowie zur Unterstützung einer höheren Mobilität der ärztlichen Versorgung. Insbesondere im ländlichen Bereich bzw. in schwach besiedelten Regionen müssen solche Formen stärker zum Zuge kommen, um für alle Versicherten eine qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung unabhängig vom jeweiligen Wohnort zu gewährleisten.

**zu c)** Antrag des Abgeordneten Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Wirksame Strukturreformen für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung auf den Weg bringen, BT-Drs. 17/7190**

Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom September 2011 fordert die Bundesregierung auf, den von ihr vorgelegten Entwurf eines GKV-Versorgungsstrukturgesetzes zurückzuziehen und einen neuen Entwurf vorzulegen. Dabei geht sie davon aus, dass der vorgelegte Gesetzentwurf den vom Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens (SVR) entwickelten Anforderungen für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung nicht gerecht wird.

Die Volkssolidarität stimmt der Einschätzung zu, dass der Gesetzentwurf der Bundesregierung hinter den weitreichenden Empfehlungen des SVR zurückbleibt und Möglichkeiten zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung nicht ausreichend gesetzlich verankert.

Sie teilt ferner die im Antrag zum Ausdruck gebrachte Befürchtung, dass für zahlreiche Maßnahmen vor allem die gesetzlich Versicherten über die Zusatzbeiträge zur Kasse gebeten werden sollen.

Zweifel bleiben dagegen im Hinblick auf die Forderung des Antrags an die Bundesregierung, den vorgelegten Gesetzentwurf zurückzuziehen. Denn trotz der benannten Mängel ist nicht zu verkennen, dass er wichtige Regelungen enthält, die in die richtige Richtung weisen –

insbesondere zur Entwicklung der Bedarfsplanung und zur Vermeidung bzw. zum Abbau ärztlicher Unterversorgung. Diese Regelungen sollten nicht aufgeschoben, sondern zukünftig weiterentwickelt und verbessert werden.

Der Antrag von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN kann dazu einen Beitrag leisten. Denn er enthält wichtige Forderungen zur Bedarfsplanung, zur Entwicklung der Primärversorgung, zur besseren Vernetzung der Gesundheitsberufe und neuer Versorgungsformen sowie zur Steuerung der gesundheitlichen Versorgung, die die Volkssolidarität grundsätzlich unterstützt.

Im Antrag sind diese Forderungen nur im Begründungsteil weiter konkretisiert. Dies ist bedauerlich. Die detaillierten Vorschläge bieten jedoch eine gute Grundlage zur künftigen Weiterentwicklung einer patientenorientierten gesundheitlichen Versorgung.