

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0188(54)
gel. VB zur öAnhörung am 19.10.
11_VStG
14.10.2011

SOZIALVERBAND

VdK

DEUTSCHLAND



Stellungnahme
des
Sozialverbandes VdK Deutschland e. V.
zum

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

sowie der

**Änderungsanträge 1 bis 59 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines
Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Kranken-
versicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) Ausschussdrucksache
17(14)0190(neu) vom 05.10.2011**

**Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
BT-Drucksache 17/7190 vom 28.09.2011**

**Antrag der Fraktion DIE LINKE
BT-Drucksache 17/3215 vom 06.10.2011**

anlässlich der
**Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages
am 19. Oktober 2011**

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Wurzerstraße 4a
53175 Bonn

Telefon: 0228 82093 - 0
Telefax: 0228 82093 - 43
e-mail: kontakt@vdk.de

Berlin, den 11. Oktober 2011

Inhalt

	Seite
I. Zusammenfassende Bewertung	3
II. Im Einzelnen	5
1. Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung	5
2. Ambulante spezialärztliche Versorgung	6
3. Versorgungsmanagement (§ 11 Abs. 4 SGB V)	7
4. Innovative Behandlungsmethoden	9
5. Weiterentwicklung der Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)	10
6. Stärkung der wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen	10
7. Genehmigung notwendiger Heilmittelbehandlungen	11
8. Verfahren bei Kassenwechsel wegen Insolvenz und Schließung einer Krankenkasse	11
9. Sozialausgleich	12

I. Zusammenfassende Bewertung

Für eine bedarfsgerechte Versorgung ist aus Sicht des Sozialverbandes VdK Deutschland entscheidend, dass ausreichend viele Leistungserbringer, insbesondere (Haus-) Ärzte, wohnortnah verfügbar sind und eine sektorenübergreifende Versorgung gewährleistet ist. Es müssen deshalb nachhaltige Maßnahmen ergriffen werden, um insbesondere dem drohenden (Haus-) Ärztemangel in ländlichen Gebieten wirksam zu begegnen. Betroffen sind in der Regel vor allem Gebiete mit einer schwachen Infrastruktur und einem überdurchschnittlichen Anteil älterer Menschen. Verantwortlich für diesen Trend sind unter anderem das relativ hohe Durchschnittsalter von Hausärzten, die Konzentration von Vertragsärzten in Ballungsgebieten, die steigende Anzahl patientenfern oder im Ausland tätiger Ärzte sowie ein größeres Interesse der Ärztinnen und Ärzte an geregelten Arbeitszeiten – insbesondere auch aus familiären Gründen.

Der Sozialverband VdK Deutschland fordert deshalb seit Langem eine zügige Umsetzung der vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen vorgeschlagenen Maßnahmen zur Verbesserung der bedarfsgerechten und sektorenübergreifenden Versorgung. Nicht lediglich in der fachärztlichen, sondern vor allem auch in der hausärztlichen Versorgung muss durch eine optimierte Bedarfsplanung und eine Angleichung der Vergütung für die Behandlung gesetzlich und privat Versicherter eine bessere Verteilung erreicht werden. Instrumente der Bedarfsplanung müssen in ihrer Gesamtheit insbesondere dafür sorgen, dass eine flächendeckende sektorenübergreifende und vor allem wohnortnahe haus- und fachärztliche Versorgung der Versicherten dauerhaft gewährleistet wird. Vor allem für mobilitätsbehinderte, insbesondere pflegebedürftige und hochbetagte Menschen müssen Haus- und Heimbefuche von Haus-, Fach-, Zahnärzten und weitere Leistungserbringer sichergestellt werden. Insbesondere in den Bereichen der ambulanten Rehabilitation und der ambulanten Palliativversorgung bestehen aus Sicht des Sozialverbandes VdK Deutschland immer noch erhebliche Versorgungsdefizite.

Vor diesem Hintergrund begrüßt der Sozialverband VdK Deutschland einige der im Gesetzentwurf enthaltenen Ansätze zur Verbesserung der bedarfsgerechten ärztlichen Versorgung:

- Die Bedarfsplanung im ärztlichen Bereich wird insbesondere durch die Flexibilisierung der Planungsbereiche und die Berücksichtigung von Demographie und Morbidität bei der Neuanpassung der Verhältniszahlen weiterentwickelt. Allerdings wird der Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden Versorgung und insbesondere die Einbeziehung weiterer nicht-ärztlicher Leistungserbringer in die Bedarfsplanung nicht ausreichend Rechnung getragen.
- Der Abbau von Überversorgung wird durch die Erweiterung der bestehenden Möglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen zur finanziellen Förderung des freiwilligen Verzichts auf die vertragsärztliche Zulassung gefördert. Insbesondere wird den kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht, bei der Ausschreibung von Vertragsarztsitzungen zur Nachbesetzung in überversorgten Gebieten ein Vorkaufsrecht auszuüben.
- Der Ausbau „mobiler“ Versorgungskonzepte soll grundsätzlich unterstützt werden, z. B. durch eine ärztliche Tätigkeit an weiteren Orten, die Bildung von Zweigpraxen und die Lockerung von zeitlichen Grenzen für Nebenbeschäftigungen von Vertragsärzten, die z. B. in der stationären Versorgung tätig sind.

- Die Nutzung von Delegationsmöglichkeiten der zu erbringenden medizinischen Leistungen zur Entlastung der Vertragsärzte soll gefördert werden. Hierzu soll durch die Partner der Bundesmantelverträge kurzfristig eine Liste delegationsfähiger Leistungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung erstellt werden, die auch von medizinischem Hilfspersonal (z. B. qualifizierte Pflegekräfte) durchgeführt werden können.
- Die Telemedizin soll zukünftig vor allem im ländlichen Raum wichtiger Bestandteil der Versorgung werden. Der Bewertungsausschuss soll deshalb zunächst festlegen, in welchem Umfang ärztliche Leistungen des EBM auch telemedizinisch erbracht werden können.
- Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf soll unter anderem durch die Verlängerung von gesetzlichen Vertretungsfristen und Erweiterung der Möglichkeiten für die Beschäftigung von Entlastungsassistenten zu Gunsten der Vertragsärzte gestärkt werden.

Kritisch hingegen bewertet der Sozialverband VdK vor allem die folgenden im Gesetzentwurf enthaltenen Maßnahmen:

- Im Bereich der Bedarfsplanung besteht zunächst ein kardinales Grundproblem, welches der vorliegende Gesetzentwurf überhaupt nicht ausreichend in den Blick nimmt:

Der reale regionale Versorgungsbedarf wird aktuell überhaupt nicht in vertretbarem Maße anhand von patientenrelevanten Endpunkten ermittelt, sondern anhand von in der Vergangenheit ohne patientenzentrierte wissenschaftliche Grundlage frei festgelegten Arztlizenzen pro Planungsgebiet. Es bedarf jedoch für die bereits aufgrund der demographischen Entwicklung notwendige Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung einer Einbeziehung nicht lediglich der ambulanten ärztlichen, sondern auch der stationären ärztlichen Versorgung und weiterer Versorgungsbereiche (wie z. B. der Pflege) in die regionale Bedarfsplanung. Nur ein auf die tatsächliche Versorgungsrealität abgestimmtes Gesamtkonzept ist zur Etablierung einer bedarfsgerechten sektorenübergreifenden Versorgung unter Einbeziehung aller an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer geeignet, auch zukünftig eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten. Die im neuen § 90 a SGB V vorgesehene Regelung (Bildung eines gemeinsamen Landesgremiums, welches Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen gibt) geht hier außerdem nicht weit genug: Einerseits steht die Einrichtung eines solchen Gremiums im Ermessen der Länder, andererseits ist die Tätigkeit dieses Gremiums auf die Möglichkeit zur Abgabe von Empfehlungen sowie Recht zur Stellungnahme beschränkt. Eine Beteiligung von Patientenorganisationen nach § 140 f SGB V ist außerdem nicht vorgesehen.

- Die gewählten Ansätze zur Weiterentwicklung der Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erscheinen aus Sicht des Sozialverbands VdK Deutschland kritikwürdig, insbesondere erfährt die Perspektive der Patientinnen und Patienten keine ausreichende Berücksichtigung: Der Gesetzesentwurf greift weder die von den Patientenorganisationen gemäß § 140 f SGB V aufgestellte Forderung nach einem Stimmrecht in Verfahrensfragen auf, noch sind andere Maßnahmen vorgesehen, die zu einer nachhaltigen Förderung der Stellung von Patientenvertreterinnen und -vertretern im System des G-BA beitragen könnten.

Insgesamt sind die im vorgelegten Gesetzesentwurf enthaltenen Maßnahmen aus Sicht des Sozialverbands VdK Deutschland deshalb nicht dazu geeignet, die Versorgung der GKV-Versicherten spürbar und vor allem nachhaltig zu verbessern.

II. Im Einzelnen

1. Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung

Positiv bewertet der Sozialverband VdK Deutschland zunächst die Berücksichtigung der demografischen Entwicklung bei der Bedarfsplanung und die Flexibilisierung der Planungsbereiche. Ob und wie die ergänzenden Vorgaben sich jedoch in der Praxis bewähren, hängt entscheidend von der Konkretisierung durch den G-BA ab. Es bleibt abzuwarten, ob allein mit den bisher gewählten Instrumenten das Ziel einer bedarfsgerechten Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung erreicht werden kann. Insbesondere zur Erreichung des Ziels einer Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung wird aus Sicht des Sozialverbands VdK Deutschland zukünftig noch erheblich nachgebessert werden müssen.

Kritisiert wird jedoch grundsätzlich, dass die Bedarfsplanung für die ambulante ärztliche Versorgung nicht unter Beachtung der Erfordernisse einer sektorenübergreifenden Versorgung sowie der Bedarfsplanung in anderen Leistungserbringerbereichen auf eine komplett neue Basis gestellt wird. Begründung: Der Gesetzgeber unterschätzte den tatsächlichen zukünftigen Versorgungsbedarf erheblich, als er die Niederlassungsmöglichkeiten der Vertragsärzte in den 1990er Jahren auf der Basis der damals bestehenden Praxen festlegte. Zugleich wurde damit die Überversorgung insbesondere in Ballungsgebieten festgeschrieben. Es wurde also bereits in der Vergangenheit versäumt, die Sicherstellung der medizinischen Versorgung auf der Grundlage des aktuellen und prospektiven Bedarfs der Patientinnen und Patienten zu planen. Bereits dieses grundlegende Defizit führt aus Sicht des Sozialverbandes VdK Deutschland dazu, dass der gesamte im Gesetzesentwurf enthaltene Regelungskomplex zur Bedarfsplanung nicht zu einer bedarfsgerechten Versorgung der GKV-Versicherten führen kann, weil der wirkliche Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten überhaupt nicht bekannt ist. Neben der demographischen Entwicklung sind zukünftig vor allem auch die Morbidität der regionalen/lokalen Bevölkerung sowie die (barrierefreien) Verkehrsanbindungen als Kriterien zur Anpassung der Verhältniszahlen zu berücksichtigen.

Vergütungsanreize sind aus Sicht des Sozialverbandes VdK Deutschland auch grundsätzlich erforderlich, um ärztliche, insbesondere hausärztliche Unterversorgung zu beseitigen. Außerdem sind finanzielle Anreize vor allem so zu setzen, dass chronisch kranke, multimorbide und auch ältere Versicherte mit ihrem besonderen Behandlungsbedarf eine optimal koordinierte und auf dem Stand der medizinischen Erkenntnis befindliche wohnortnahe Versorgung erhalten. Dazu gehören eine verbesserte Vergütung der Koordination und des Versorgungsmanagements, der patienten-nahen, sprechenden Medizin und die Ermöglichung von regional differenzierten Lösungen. Mit den Mitteln des geplanten Strukturfonds sind entsprechende intelligente und innovative Modelle zu entwickeln, die den besonderen regionalen Anforderungen Rechnung tragen.

Aus Sicht des Sozialverbandes VdK Deutschland sind die Möglichkeiten der zusätzlichen ambulanten ärztlichen Vergütung außerdem grundsätzlich auf unterversorgte

oder von Unterversorgung bedrohte Planungsbereiche zu beschränken. In Bereichen mit einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf sind Vergütungsanreize nicht erforderlich, denn ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Gebieten kann sich nur aus einer ungleich gewichteten Verteilung von Ärzten im Planungsgebiet ergeben (z. B. Konzentration von Arztpraxen in der Kreisstadt; Unterversorgung in kreiszugehörigen Gemeinden oder in Neubaugebieten mit zu weiter Entfernung oder fehlender Verkehrsanbindung zu den bestehenden Vertragsarztsitzen). Deshalb ist dem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf ausschließlich mit den Instrumenten der Bedarfsplanung Rechnung zu tragen, das zusätzliche Setzen von Vergütungsanreizen zu Lasten der Versicherungsgemeinschaft ist unverhältnismäßig.

Außerdem sind hat der Zulassungsausschuss in Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad von über 100 Prozent die Zulassung grundsätzlich zu befristen, damit keine (neue) Überversorgung dauerhaft festgeschrieben werden kann. Nach Ablauf des Befristungszeitraumes steht es dem Vertragsarzt im Falle einer bestehenden Überversorgung frei, eine Sonderbedarfszulassung oder eine neue Zulassung in einem nicht überversorgten Gebiet zu beantragen.

Schließlich kommt im Zusammenhang mit der Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung auch der Aus-, Fort- und Weiterbildung der niedergelassenen Ärzte – insbesondere der so genannten „Landärzte“ – eine wesentliche Bedeutung zu: Bereits in der Ausbildung muss die Allgemeinmedizin im Verhältnis zu den Fachdisziplinen stärker hervorgehoben werden, hausärztliches Wissen muss zukünftig in einem stärkeren Maße gefördert werden und im Bereich der Fort- und Weiterbildung sind ebenfalls die für die allgemeinmedizinische Hausarztztätigkeit notwendigen Inhalte stärker zu betonen und zu gewichten (z. B. Geriatrie, Palliativmedizin, Psychiatrie etc.).

Schließlich bedauert der Sozialverband VdK Deutschland, dass sich die im Gesetzentwurf beschriebenen Maßnahmen sehr stark auf die ärztliche Versorgung fokussieren und das Potential, welches nicht-ärztliche Leistungserbringer zur Gewährleistung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung zur Verfügung stellen könnten, leider nicht ausreichend berücksichtigen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen fordert bereits seit Langem eine stärker arbeitsteilige, interdisziplinäre und professionsübergreifende Gesundheitsversorgung und mahnt eine multiprofessionelle Primärversorgung mit einer neuen Aufgabenteilung an, um die zukünftigen Herausforderungen bewältigen zu können. Leider enthält der vorliegende Gesetzentwurf hierzu kaum entsprechende Maßnahmen.

2. Ambulante spezialärztliche Versorgung

Die im Gesetzentwurf vorgesehene „ambulante spezialärztliche Versorgung“ ist aus Sicht des Sozialverbandes VdK Deutschland als zusätzliche Säule der Versorgung neben der Kollektivversorgung und den so genannten besonderen Versorgungsformen (selektivvertragliche Versorgung, Disease-Management-Programme, integrierte Versorgung gemäß §§ 140 a ff. SGB V etc.) überflüssig. Bereits jetzt existieren ausreichende kollektiv- und selektivvertragliche Möglichkeiten der ambulanten, stationären und vor allem sektorenübergreifenden Versorgung von Patientinnen und Patienten mit seltenen oder komplexen Erkrankungen. Die praktische Umsetzung dieser Versorgungsansätze sollte durch den Gesetzgeber gefördert werden.

Insbesondere die bereits bestehenden Möglichkeiten zur Entwicklung spezialisierter und vor allem sektorenübergreifender Versorgungsprogramme auf selektivvertraglicher Basis würden durch die Etablierung des parallelen Versorgungsangebotes der „ambulanten spezialärztlichen Versorgung“ gleichsam konterkariert, zudem wird der Aufbau von Doppelstrukturen befürchtet. Nicht ersichtlich ist auch, ob bzw. inwiefern überhaupt eine grundsätzlich nicht-sektorenübergreifende „ambulante spezialärztliche Versorgung“ für die Behandlung seltener oder komplexer Erkrankungen bzw. Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen im Hinblick auf die bereits existierenden Versorgungsangebote notwendig bzw. bedarfsgerecht ist. Schließlich bleibt derzeit auch unklar, wie die „ambulante spezialärztliche Versorgung“ von der ambulanten fachärztlichen Versorgung abzugrenzen sein soll.

Im Ergebnis ist die Einführung der „ambulanten spezialärztlichen Versorgung“ in den GKV-Leistungskatalog auch unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit gemäß § 12 SGB V abzulehnen, denn einem unklaren und bisher nicht näher beschriebenen Versorgungsbedarf stehen zu erwartende höhere Kosten für die „ambulanten spezialärztlichen Versorgung“ zu Lasten der GKV-Versichertengemeinschaft gegenüber, die im Hinblick auf die bereits existierende „spezialisierte“ ambulante und stationäre fachärztliche Versorgung nicht gerechtfertigt sein dürften. Höhere Kosten für die „ambulante spezialärztliche Versorgung“ werden bereits deshalb erwartet, weil die Vergütung nur vorläufig ebenso wie die fachärztliche Versorgung über den EBM erfolgen soll. Mittelfristig soll dann eine diagnosebezogene Vergütungssystematik und – kalkulation unter Berücksichtigung auch spezifischer Investitionsbedingungen entwickelt werden, so dass bereits jetzt zu erwarten ist, dass insbesondere Fachärzte zur optimalen Amortisierung notwendiger Investitionen und zur Steigerung ihrer Vergütung die Anforderungen für die „ambulante spezialärztliche Versorgung“ nachweisen werden. Zudem soll der Zugang zur „ambulanten spezialärztlichen Versorgung“ für alle Leistungserbringer, die die Qualitätsanforderungen erfüllen, frei sein. Elemente der Bedarfsplanung – insbesondere auch im Hinblick auf die zu erwartenden Investitionen in kostenintensive Medizintechnik etc. – sind für diesen neuen geplanten Versorgungsbereich ebenfalls nicht erkennbar.

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass ein besseres Ineinandergreifen von stationärer und fachärztlicher ambulanter Versorgung – welche laut Gesetzesbegründung durch die „ambulante spezialärztliche Versorgung“ erreicht werden soll – in erster Linie nicht durch einen neuen Leistungsanspruch, sondern vielmehr durch eine Konkretisierung der Anforderungen an das Versorgungsmanagement aller Leistungserbringer (§ 11 Absatz 4 SGB V) – und insbesondere zwischen ambulanter und stationärer Versorgung – zu fördern ist.

3. Versorgungsmanagement (§ 11 Abs. 4 SGB V)

Ein zentrales Problem des deutschen Gesundheitswesens ist die strenge Trennung zwischen Prävention, ambulanter und stationärer Versorgung, Rehabilitation und Pflege, zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufsgruppen sowie zwischen den beteiligten Sozialversicherungssystemen (insbesondere gesetzliche Krankenversicherung und soziale Pflegeversicherung). Durch moderne Kooperationsformen über die gesamte medizinische und pflegerische Behandlungskette kann eine ganzheitliche und bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten erreicht werden. Notwendig sind nicht in erster Linie neue Leistungsansprüche, sondern zwischen den Leistungs-

erbringern abgestimmte Behandlungs- und Pflegekonzepte. Disease-Management-Programme, integrierte Versorgungsmodelle und medizinische Versorgungszentren sind grundsätzlich geeignet, eine sektorenübergreifende Therapie sicherzustellen.

Vor diesem Hintergrund müssen auf Dauer gestellte Anreize zur Schaffung sektorenübergreifender Versorgungsmodelle gesetzt werden. Für alle selektivvertraglichen Angebote muss darüber hinaus eine Evaluation nach einheitlichen, die Vergleichbarkeit sicherstellenden Kriterien verpflichtend vorgeschrieben werden, damit Effektivität und Qualität der Versorgung verglichen werden können und die Evaluationsergebnisse zur Optimierung der Versorgung eingesetzt werden können. Zudem müssen die Qualitätsergebnisse für die Versicherten transparent gemacht werden, um Anreize für die Teilnahme an Versorgungsprogrammen zu setzen.

Die Schaffung eines für die Krankenhäuser verpflichtenden „Entlassmanagements“ wird in diesem Zusammenhang grundsätzlich begrüßt. Problematisch erscheint hier jedoch, dass lediglich die Verpflichtung des entlassenden Leistungserbringers im Fokus der geplanten Maßnahme steht, nicht hingegen die Beschreibung der Verpflichtungen des/der Leistungserbringer/s, in dessen/deren Behandlung das Krankenhaus den Patienten entlässt. Außerdem erscheint der vorgesehene Anspruch auf ein Entlassmanagement – ebenso wie der Anspruch auf ein Versorgungsmanagement gemäß § 11 Absatz 4 SGB V – nicht ausreichend konkret beschrieben, um eine tatsächliche Verbesserung der Versorgung erreichen zu können, zumal der Unterschied zwischen dem vorgesehenen „Entlassmanagement“ und der Tätigkeit der bereits in vielen Krankenhäusern existierenden Krankenhaussozialdienste unklar bleibt.

Schließlich wird in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass ein „Entlassmanagement“ nach Krankenhausaufenthalt gerade bei älteren oder allein lebenden Menschen an Grenzen stößt, wenn kein Leistungsanspruch auf eine angemessene Anschlussversorgung besteht: Derzeit besteht lediglich unter den Voraussetzungen des § 38 SGB V ein Anspruch auf Haushaltshilfe – auf die von dem beschriebenen Personenkreis gerade nach Krankenhausaufenthalt oder ambulanten ärztlichen Eingriffen (z. B. ambulante Operationen) temporär benötigte Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung besteht derzeit kein Leistungsanspruch. Aufgrund der steigenden Zahl von älteren und allein lebenden Personen besteht hier aus Sicht des Sozialverbandes VdK Deutschland ein gravierendes Versorgungsproblem, zumal die fehlende pflegerische Unterstützung in der Häuslichkeit zur Verlängerung der Rekonvaleszenzphase der Versicherten oder gar zur Wiedereinweisung in die stationäre Behandlung führen kann („Drehtüreffekt“). Aufgrund der großen Bedeutung dieser Problematik in der Versorgungsrealität ist es aus Sicht des Sozialverbandes VdK Deutschland auch nicht ausreichend, hier lediglich eine Option zur Schaffung einer entsprechenden Satzungsleistung durch die Krankenkasse zu schaffen.

Kritisiert wird außerdem die im Entwurf des § 11 Absatz 6 Satz 1 SGB V vorgesehene schrankenlose Freigabe der Satzungen der gesetzlichen Krankenversicherung für die Vereinbarung von Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern – dies entspricht einer Zulassung dieser Leistungserbringer „durch die Hintertür“ und konterkariert die Planung des ambulanten und stationären Versorgungsbereichs. Insbesondere die für zugelassene Leistungserbringer geltenden Qualitätsanforderungen können so umgangen werden, eine weitere Zersplitterung der Versorgungslandschaft wäre zu befürchten und sowohl der Nutzen als auch die Qualität der Leistung wäre für die Versicherten überhaupt nicht mehr nachvollziehbar.

4. Innovative Behandlungsmethoden

Der Sozialverband VdK Deutschland begrüßt den gewählten Ansatz zur Verbesserung der Versorgungsqualität durch eine schnellere Einführung von innovativen Behandlungsmethoden im Grundsatz, hält jedoch einige Ergänzungen des Gesetzentwurfes im Interesse einer wirtschaftlichen und zweckmäßigen Versorgung der GKV-Versicherten sowie zur Verhinderung einer unverhältnismäßigen Belastung der Versicherungsgemeinschaft für dringend notwendig:

- Unklar ist, wann eine Untersuchungs- oder Behandlungsmethode innovativ ist bzw. ein besonderes Behandlungspotential besitzen könnte. Notwendig ist aus Sicht des Sozialverbandes VdK Deutschland deshalb eine klare gesetzliche Begrenzung der Erprobungsregelung auf den Bereich der so genannten *Sprunginnovationen*, das heißt auf Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die nicht lediglich eine einfache Weiterentwicklung einer bereits existierenden Methode, sondern eine echte Neuentwicklung darstellen.
- Die vorgesehene Finanzierung der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung über den Systemzuschlag nach § 139 c SGB V bzw. die Beteiligung des Herstellers an der Finanzierung bleiben zu intransparent. Es muss klargestellt werden, dass die Hersteller die Kosten der Erprobung grundsätzlich im vollen Umfang zu übernehmen haben. An dieser Stelle stellt sich außerdem die Frage nach der Rechtfertigung der Ungleichbehandlung zwischen medikamentösen und nichtmedikamentösen Untersuchungs-/ Behandlungsmethoden, denn in beiden Bereichen ist der Nutzen häufig nicht mit hinreichender Evidenz belegt. Grundsätzlich ist die Forschungsförderung zur Verbesserung der Versorgung aus Sicht des Sozialverbandes VdK Deutschland jedoch nicht Aufgabe der Versicherungsgemeinschaft: Vielmehr ist es originäre Aufgabe der Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten, bereits im Marktzulassungsverfahren Ergebnisse aus klinischen Studien vorzulegen, die möglichst zum Zeitpunkt des Markteintritts neben der Sicherheit auch den Nutzen der Produkte belegen. Die Erprobung durch den G-BA muss deshalb auf näher zu definierende Ausnahmefälle beschränkt bleiben.
- Grundsätzlich ist es aus Sicht des Sozialverbandes VdK Deutschland außerdem notwendig, die Kosten der Erprobung zu Lasten der GKV-Versicherungsgemeinschaft auch im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot möglichst gering zu halten. Dies setzt einerseits voraus, dass eine Erprobung nicht flächendeckend erfolgt, sondern ausschließlich an einer durch klare Ein- und Ausschlusskriterien definierten Gruppe von Patienten bei einer klar definierten Indikation. Sichergestellt werden muss außerdem, dass überhaupt eine entsprechende Anzahl von Versicherten in die Erprobung eingeschlossen werden kann, denn auch die Stichprobengröße entscheidet darüber, ob der Nutzen einer Innovation überhaupt mit hinreichender Evidenz belegt werden kann. Zur Gewährleistung dieser Anforderungen an das Design der klinischen Prüfung hat der G-BA vor Beschlussfassung über die Erprobung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode ein Gutachten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) einzuholen. Das IQWiG hat dann anhand aller vom Hersteller vorzulegenden Dokumentationen und Studienergebnisse bereits klinischer Prüfungen zu prüfen, ob es sich um

eine echte Innovation handelt und ob im Zuge der klinischen Erprobung eine hinreichende Evidenz für den Nutzen belegt werden kann. Ist dies nicht der Fall, so ist die Durchführung der Erprobung vom G-BA abzulehnen. Die Hersteller haben die Kosten der Durchführung der Vorprüfung durch das IQWiG zu tragen.

5. Weiterentwicklung der Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Die gewählten Ansätze zur Weiterentwicklung der Strukturen des G-BA sind aus Sicht des Sozialverbandes VdK Deutschland in mehrfacher Hinsicht nicht sachgerecht:

- Bei Beschlüssen, von denen nicht jede der drei Leistungserbringerorganisationen betroffen ist, sollen die Stimmen der nicht betroffenen Leistungserbringer jeweils anteilig auf die Mitglieder der betroffenen Leistungserbringerorganisationen übertragbar sein. Unabhängig von der Frage der Legitimation dieser Stimmrechtsübertragung im System der Selbstverwaltung erscheint diese Maßnahme im Hinblick auf das zu erreichende Ziel der Beschlussfassung – die Herbeiführung einer inhaltlich möglichst ausgewogenen Sachentscheidung – kontraproduktiv, da die Stimmrechtsübertragung voraussichtlich vor allem zur Verhinderung von Mehrheitsbildungen bei der Abstimmung und somit zur Schwächung der Position der einzelnen Leistungserbringerorganisationen, zur zeitlichen Verzögerung von Beschlussfassungen bzw. gleichzeitig zur Stärkung der Rolle des unparteiischen Vorsitzenden führen wird.
- Auf Kritik stößt auch das vorgesehene Mindestquorum von neun Stimmen (entspricht in etwa einer Zweidrittelmehrheit), welches zukünftig bei Beschlüssen über den Ausschluss von bisher zu Lasten der GKV erbrachten Leistungen notwendig sein soll: Befürchtet wird, dass dieses Mindestquorum aufgrund des Abstimmungsverhaltens der stimmberechtigten Mitglieder dazu führen wird, dass ein Ausschluss insbesondere unwirtschaftlicher oder medizinisch nicht notwendiger Versorgungsleistungen, die zu Lasten der GKV-Versichertengemeinschaft erbracht werden, zukünftig erschwert wird.
- Die Position der Patientenvertretung beim G-BA ist unzureichend ausgestaltet, die Stellung der Patientenvertreterinnen und –vertreter im Beratungsprozess muss gestärkt werden. Gefordert wird von den Patientenorganisationen nach § 140 f SGB V deshalb ein Stimmrecht in Verfahrensfragen.

6. Stärkung der wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen

Der Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen muss reguliert und kontrolliert werden. Er ist so zu ordnen, dass er ausschließlich dem Ziel der besseren, das heißt qualitativ hohen und gleichzeitig effizienten gesundheitlichen Versorgung dient. Zu unterbinden ist deshalb ein Wettbewerb der Krankenkassen um möglichst junge und gesunde Versicherte, die lediglich niedrige Ausgaben verursachen. Die Nichtaufnahme von ehemaligen, als „schlechte

Risiken“ eingestuften Mitgliedern der insolventen City BKK auch durch große und leistungsfähige gesetzliche Krankenversicherungen hat erst in jüngster Vergangenheit nachdrücklich illustriert, dass die Risikoselektion im Wettbewerb der Krankenkassen derzeit eine tragende Rolle spielt.

Der Sozialverband VdK Deutschland erwartet von den gesetzlichen Krankenkassen, dass die geschaffenen finanziellen Spielräume zur Entwicklung von qualitativ hochwertigen Versorgungsangeboten insbesondere für chronisch kranke und ältere, häufig multimorbide GKV-Versicherte genutzt werden. Die im Gesetzentwurf enthaltene Möglichkeit zur Erweiterung des kassenindividuellen Spektrums an Satzungsleistungen wird jedoch voraussichtlich nicht zu mehr Qualitätswettbewerb, sondern zu einer Stärkung des Wettbewerbs um die „guten Risiken“ führen. Es werden also keine Anreize zur Verbesserung der Versorgungsqualität im GKV-Wettbewerb gesetzt, so dass eine Verbesserung der Versorgung gerade von chronisch kranken und älteren, häufig multimorbiden GKV-Versicherten durch die geplante Maßnahme leider nicht zu erwarten ist.

7. Genehmigung notwendiger Heilmittelbehandlungen

Aus Sicht des Sozialverbands VdK Deutschland ist ausdrücklich zu begrüßen, dass GKV-Versicherte zukünftig einen Anspruch auf eine langfristige Genehmigung notwendiger Heilmittelbehandlungen erhalten können, die nunmehr nicht mehr den Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterliegen sollen. Dies erleichtert insbesondere chronisch kranken Patienten mit einem dauerhaften notwendigen Heilmittelbedarf den Zugang zu den Behandlungen. Auch die Bestimmungen zur bundesweiten Verankerung von Praxisbesonderheiten sind angesichts der sehr heterogenen Regelungen in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen sehr sinnvoll.

8. Verfahren bei Kassenwechsel wegen Insolvenz und Schließung einer Krankenkasse

Der Sozialverband VdK Deutschland begrüßt die im Gesetzentwurf enthaltenen Neuregelungen zur Ergänzung des Verfahrens bei Kassenwechsel für die Mitglieder einer insolventen bzw. geschlossenen Krankenkasse. Auf Zustimmung stoßen insbesondere die klarere Beschreibung bzw. Stärkung der Rolle der Aufsichtsbehörde sowie die vorgesehenen Sanktionsmaßnahmen bei rechtswidriger Nicht-Aufnahme des Mitglieds einer insolventen Kasse durch eine andere gesetzliche Krankenversicherung, bei der ein Aufnahmeantrag gestellt wurde.

Es wird jedoch bezweifelt, dass die Aufsichtsbehörde gerade in Fällen der Insolvenz bzw. Schließung von Kassen mit einer großen Anzahl von Mitgliedern eine unverzügliche Sachverhaltsaufklärung bzw. eine individuelle Sanktionierung von rechtswidrigen Ablehnungen so zeitnah durchführen kann, dass ein im Interesse der betroffenen Versicherten liegender zügiger und komplikationsloser Kassenwechsel noch zeitgemäß gewährleistet ist. Insbesondere bleibt auch unklar, wen die Darlegungs- bzw. Beweislast für die rechtswidrige Ablehnung trifft. Es wird deshalb angeregt, dass bei nachweislicher Übersendung des Mitgliedsantrages durch

eine insolvente bzw. schließende Kasse an eine vom Mitglied gewählte Kasse eine widerlegbare Vermutung für den Zugang des Mitgliedsantrages bei der aufnehmenden Kasse und die Begründung des neuen Mitgliedsverhältnisses gesetzlich fixiert wird. Sofern die aufnehmende Kasse den nicht erfolgten Zugang des Mitgliedsantrages nicht darlegen bzw. beweisen kann, so gilt das neue Mitgliedsverhältnis automatisch als begründet.

9. Sozialausgleich

Mit der Verabschiedung des GKV-Finanzierungsgesetzes Ende 2010 sagte die Bundesregierung eine Finanzierung des neu eingeführten Sozialausgleiches für Versicherte, die sich die steigenden Zusatzbeiträge nicht leisten können, ausschließlich aus Steuermitteln zu. Laut Gesetzentwurf soll die zugesagte Steuerfinanzierung des Sozialausgleichs jetzt jedoch durchbrochen werden können, wenn Mehrausgaben im Bereich der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung bei der Festlegung der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich nach § 221 b Absatz 1 SGB V mindernd zu berücksichtigen sind. Mit dieser Regelung würden die GKV-Versicherten gleich doppelt zur Kasse gebeten: Zu zahlen wären nicht lediglich die eigenen GKV-Versicherungsbeiträge nebst Zusatzbeitrag, sondern zusätzlich der Sozialausgleich für die Menschen mit geringem Einkommen. Dies ist bereits deshalb systemfremd, weil es sich bei der GKV um ein Sozialversicherungssystem handelt, nicht hingegen um ein System der Sozialhilfe, die in Deutschland bekanntlich aus Steuermitteln zu finanzieren ist. Armut ist ein gesamtgesellschaftliches Problem, und die Krankenversicherung von Menschen mit geringem Einkommen liegt deshalb auch nicht in der Verantwortung der GKV-Versichertengemeinschaft, sondern in der Verantwortung der gesamten Gesellschaft. Eben aus diesem Grunde werden auch die Krankenversicherungsbeiträge von GKV und auch PKV-Versicherten im SGB II bzw. Sozialhilfebezug aus Steuermitteln finanziert und gerade nicht von der GKV-Versichertengemeinschaft. Es erscheint aufgrund des Grundversorgungscharakters der Krankenversicherung auch unbillig, die Nicht-GKV-Versicherten hier aus der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung zu entlassen, zumal die im vorliegenden Gesetzesentwurf enthaltenen Maßnahmen vor allem der Aufrechterhaltung der regionalen Versorgungsstrukturen dienen sollen und damit bereits eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu Lasten der GKV-Versicherten finanziert wird, obschon auch die PKV-versicherten Bürgerinnen und Bürger von der Sicherung regionaler Versorgungsstrukturen profitieren.

Der Sozialverband VdK Deutschland lehnt deshalb die Finanzierung von Sozialausgleichsansprüchen durch die GKV-Versichertengemeinschaft ab. Der Sozialausgleich ist zukünftig – wie auch ursprünglich vorgesehen – aus Steuermitteln zu finanzieren.