

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0188(67)
gel. VB zur öAnhörung am 19.10.
11_VStG
18.10.2011

**Deutscher
Gewerkschaftsbund**

Bundesvorstand

Stellungnahme des
Deutschen Gewerkschaftsbundes zur

Anhörung des
Bundestagsausschusses für Gesundheit

zu

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, ... und der Fraktion DIE LINKE: Wirksamere Bedarfsplanung zur Sicherung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung - BT-Drs. 17/3215 –

c) Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, ... und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Wirksame Strukturreformen für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung auf den Weg bringen - BT-Drs. 17/7190 -

am 19. Oktober 2011



DGB Bundesvorstand
VB Annelie Buntenbach
Abteilung Sozialpolitik

Henriette-Herz-Platz 2
10178 Berlin

Rückfragen an:
Knut Lambertin

Tel.: 030 24060-706
Fax: 030 24060-226

I. Allgemeine Bewertung des Gesetzentwurfes:

Mit dem vorliegenden Gesetz-Entwurf zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung soll die flächendeckende bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung der Bevölkerung gesichert und verbessert werden.

Durch die geplanten Regelungen soll das Vergütungssystem der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte flexibilisiert werden und die Versorgungsplanung regionalisiert werden. Zudem sollen die Leistungssektoren besser miteinander verzahnt sowie ein schneller Zugang zu Innovationen gewährleistet werden. Darüber hinaus sollen mit den Regelungen im Entwurf wettbewerbliche Instrumente gestärkt werden, um Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung zu stärken.

Das grundlegende Ziel teilt der Deutsche Gewerkschaftsbund im Interesse der medizinischen Versorgung der GKV-Mitglieder und ihrer Angehörigen. Gleichzeitig legt der DGB Wert auf die Feststellung, dass die Versicherten sich diese Versorgung auch leisten können müssen.

Leider muss der DGB feststellen, dass mit diesem Gesetzentwurf folgende Fehlentwicklungen zementiert werden:

- Ausbau der Ärzteversorgung statt Abbau der Fehl- und Überversorgung,
- Kopfpauschalen werden größer und der Solidarausgleich eine Luftbuchung,
- Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen wird verschärft,
- politisch bedingte Pleiten verunsichern Bevölkerung
- nachhaltige Schwächung empirischer Grundlagen für Versorgung sowie
- neuer Verschiebepbahnhof wird eröffnet.

Ausbau der Ärzteversorgung statt Abbau der Fehl- und Überversorgung

Der DGB fordert, dass dieses Gesetzgebungsverfahren dazu genutzt wird, Unter-, Fehl- und Überversorgung zu reduzieren sowie Integration zu fördern. Stattdessen bekämpft der Entwurf mit seinen Maßnahmen allein die ärztliche Unterversorgung vor allem in ländlichen Regionen weitgehend mit weiteren Versichertengeldern, ohne Fehl- und Überversorgung zu beseitigen.

Weitere hunderte Millionen Euro zusätzliche Honorare werden in die ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte gebracht, ohne diese an Qualitätssteigerungen zu binden. Es fehlt der gesetzgeberische Mut, auch für Fehlversorgung Honorarabschläge einzuführen. Dies würde einen deutlichen Anreiz gegen Fehlversorgung setzen.

Kopfpauschalen werden größer und der Solidarausgleich eine Luftbuchtung

Für völlig verfehlt hält der DGB ebenso das Vorhaben, die geschätzten Mehrausgaben von bis zu 2 Mrd. Euro nur von den Versicherten über Kopfpauschalen finanzieren zu lassen. Allein die Kosten für die jetzt vorgesehen Regelungen belaufen sich damit im Durchschnitt überschlagen auf 3,35 Euro monatlich pro GKV-Mitglied. 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. Bezogen auf das durchschnittliche Monatsbruttoeinkommen von 2365 Euro wäre dann eine Beitragsbelastung von 9 Prozent erreicht, das heißt von 212,28 Euro monatlich. Auf der anderen Seite bleibt die Beitragsbelastung der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber bei 7,3 Prozent. Allein von den Versicherten sind Zu- und Aufzahlungen in Höhe von 9,9 Mrd. Euro (Schätzung des Statistischen Bundesamtes) zu finanzieren, die ebenfalls hinzugerechnet werden müssen.

Der sorgsam von der Bundesregierung propagierte Sozialausgleich aus Steuermitteln wird wieder stückweise rückgängig gemacht – und die Lasten nur den Versicherten durch wachsende Kopfpauschalen aufgebürdet.

Der DGB fordert entsprechend eine Rückkehr zur realen paritätischen Finanzierung sowie die Abschaffung der Kopfpauschalen, um sowohl die einseitigen Belastungen der Versicherten zu beenden als auch die finanzielle Verantwortung der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber zu stärken.

Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen wird verschärft

Ebenso fordert der DGB nachdrücklich die Bundesregierung auf, die Regelversorgung nicht dem Wettbewerbsdumping auszusetzen. Derzeit ist das vorrangige Ziel aller gesetzlichen Krankenkassen ruinöse Kopfpauschalen, - von der Bundesregierung beschönigend kassenindividuelle Zusatzbeiträge genannt -, zu vermeiden. In dieser Situation neue Leistungen als freiwillige Satzungsleistungen einzuführen, dient weder dem Qualitätswettbewerb noch der Sicherung des bisherigen Versorgungsniveaus.

Der DGB befürchtet, dass dies der Beginn ist, gesetzlich Leistungen der Regelversorgung auszugliedern.

DGB-Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung

Der DGB schlägt folgende Punkte zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen vor:

- die strukturellen, das heißt auch dauerhaften Mehrausgaben müssen paritätisch finanziert werden;
- den Ausbau der integrierten Versorgung und Abbau der doppelten Facharztschiene;
- eine bessere Verteilung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte;
- die generelle Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung;
- die Konnexität zwischen Steuerung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung;
- eine Aufwertung nichtärztlicher Berufe durch die Übertragung weiterer bisher von Ärztinnen und Ärzten wahrgenommenen Aufgaben;
- eine bessere Ausbildung der Medizinerinnen und Mediziner;
- die Kopplung von Honorar- und Qualitätsfortschritt in der medizinischen Versorgung;
- die Möglichkeit für Krankenkassen, Arztsitze aufkaufen zu können.

Mit diesen Maßnahmen werden auch Probleme der Über- und Fehlversorgung angegangen, nicht nur die der Unterversorgung und zukunftsfähige Versorgungsstrukturen geschaffen.

Der DGB bleibt bei seiner Auffassung, dass alle Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen paritätisch finanziert werden müssen.

Politisch bedingte Pleiten verunsichern Bevölkerung

Die Regelungen bezüglich der organisatorischen Konsequenzen der Insolvenz oder Schließung einer gesetzlichen Krankenkasse gehen aus Sicht des DGB in die richtige Richtung, ändern am grundsätzlichen Problem jedoch nichts.

Der DGB hatte diesen Punkt sowohl in bezüglich des GKV-WSG als auch das GKV-OrgWG betreffend scharf kritisiert und insbesondere vor der Verunsicherung der Versicherten gewarnt: „Grundsätzlich ist der DGB ... der Meinung, dass Sozialversiche-

Träger 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 Gesetzentwurf fordert der DGB folgende 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 hat die Politik die Warnungen des DGB ignoriert, obwohl es genau zu den Verunsicherungen gekommen ist, die die Gewerkschaften befürchtet haben. Oftmals muss die Gemeinschaft der GKV-Beitragszahlerinnen und –zahler für das Versagen der staatlichen Aufsichtsbehörden der Krankenkassen nun auch die Kosten tragen.

Die Alternative zu der bisher erfolgten Stärkung staatlicher Steuerung in der GKV ist die Wiedereinführung der paritätischen Beitragsfestsetzung durch die soziale Selbstverwaltung.

Nachhaltige Schwächung empirischer Grundlagen für Versorgung

Unter dem wohlfeilen Deckmantel des Bürokratieabbaus sollen zahlreiche Vorschriften geändert werden, die jedoch die empirische Grundlage für eine Wirkungsanalyse der geplanten Maßnahmen sowie für die geplante regionale Bedarfsplanung wären.

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

Dazu zählt beispielsweise die Haltung der Bundesregierung, dass für die regionale Versorgungsplanung keine versichertenbezogenen Daten erforderlich seien.

Dies ist eine Umstellung von rationaler auf gefühlte Gesundheitspolitik und wird vom DGB entschieden abgelehnt.

Neuer Verschiebebahnhof wird eröffnet

Mit der Verlängerung der Familienmitversicherung eröffnet die Bundesregierung einen neuen Verschiebebahnhof zulasten der GKV, dessen finanzielle Auswirkungen sie noch nicht einmal beziffert. Mit diesem neuen Verschiebebahnhof soll ein Dienstverhältnis mit geringer Bezahlung und verminderten Arbeitnehmerrechten als direkte Konkurrenz zu regulärer Beschäftigung sozialversicherungsrechtlich befördert werden.

Der DGB lehnt diese Konkurrenz zur sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung inkl. der Subventionierung durch die Beitragszahlerinnen und -zahler strikt ab.

Hingegen begrüßt der DGB, dass die ursprünglich geplante Änderung des Aufwendungsausgleichsgesetzes entfällt.

II. Zum Gesetzentwurf im Einzelnen:

Kopfpauschale, angeblicher Sozialausgleich und einseitige Belastung der Versicherten (s. auch vertragsärztliche Versorgung; Art. 1, Nr.67):

Bezogen auf das durchschnittliche Monatsbruttoeinkommen für abhängige Beschäftigung bedeuten die im Gesetzentwurf enthaltenen Kostensteigerungen ein weiteres finanzielles Risiko für die Versicherten. Dies kann zu einem realen Beitragssatz von bis zu 9 Prozent führen. Hinzu kommen die inzwischen privat zu finanzierenden Ausgaben von Zu- und Aufzahlungen in Höhe von 9,9 Mrd. Euro jährlich.

Der angebliche Solidarausgleich entpuppt sich bereits vor Anwendung als haltloses Versprechen. Sollten die Ausgabensteigerungen durch die in diesem Gesetz vorgesehen Vergütungserhöhungen für Ärzte und Zahnärzte eigentlich zu einem höheren Bedarf an Sozialausgleich führen, wird der durch den Bund finanzierte Sozialausgleich entsprechend gekürzt.

Daher fordert der DGB nachdrücklich die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung zunächst der Kosten für gesetzliche Krankenversicherung und die Abschaffung der Kopfpauschalen inklusive des nicht potenten Solidarausgleichs.

Zur Verlängerung der Familienmitversicherung: neuer Verschiebebahnhof (A-Drs. 17(14)0192, ÄA 2, 21):

Mit der Verlängerung der Familienmitversicherung für Teilnehmede am Bundesfreiwilligendienst eröffnet die Bundesregierung einen neuen Verschiebebahnhof zulasten der GKV, dessen finanzielle Auswirkungen sie noch nicht einmal beziffert. Mit diesem neuen Verschiebebahnhof soll ein Dienstverhältnisses mit geringer Bezahlung und verminderten Arbeitnehmerrechten als direkte Konkurrenz zu regulärer Beschäftigung sozialversicherungsrechtlich befördert werden.

Sollte durch die Familienmitversicherung für junge Menschen in diesen neuen Dienstverhältnisse tatsächlich die Anzahl derer steigern, die an dem Bundesfreiwilligendienst teilnehmen, ist folgende doppelte Belastung zu erwarten: Einerseits sinken durch den Wegfall sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung die GKV-Einnahmen. Andererseits steigen durch die Verlängerung der Familienmitversicherung die Ausgaben.

Der DGB lehnt diese diese Konkurrenz zur sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung inkl. der Subventionierung durch die Beitragszahlerinnen und –zahler strikt ab. Der DGB fordert die Koalitionsfraktionen auf, diesen Plan rückgängig zu machen.

Zur vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung (Art. 1, Nr. 13; Nr. 14; Nr.22; Nr.22e; Nr.22n; Nr. 23e - g; Nr.24; Nr. 25; Nr. 26; Nr.31; Nr.33; Nr. 35; Nr. 37; Nr. 42; Art. 9; Art. 10; A-Drs. 17(14)0190, ÄA 14, 23):

Insgesamt wird eine ganze Reihe von Regelungen geplant, angeblich um regionale Unterversorgung abzubauen. Ausreichende Vorschläge zum Abbau regionaler Überversorgung, das bedeutet von Ineffizienzen, finden sich im Entwurf leider nicht – und damit wird er dem Anspruch, ambulante Versorgung insgesamt zu verbessern, nicht gerecht.

Stattdessen sollen nach Jahren mit milliardenschweren Honorarsteigerungen für die niedergelassenen Ärzte nun auch noch weitere Honorierungsbegrenzungen für die Ärzte insgesamt fallen.

Dabei ist die vielfach bemühte „Ländarztförderung“ scheinbar nur ein Vorwand, um den niedergelassenen Ärzten noch mehr Beitragsmittel zukommen zu lassen. Um die politische Dimension mit dem tatsächlichen Versorgungsgeschehen zu vergleichen, muss folgender Umstand beachtet werden: Die Fördermaßnahmen für die Niederlassung von Ärzten auf dem Lande betreffen nach AOK-Angaben 37 Ärzte.

Parallel zu diesen Fördermaßnahmen für freiberufliche Ärzte werden sie immer mehr aus der Verantwortung der Sicherstellung entlassen. Dazu passt im negativen Sinne, dass Zu- und Abschläge aufgrund von Unter- und Überversorgung abgeschafft werden sollen. Für die durch Änderungsantrag 14 ermöglichte Kooperation zwischen KVen und Krankenhäusern zum Zwecke die Wartezeiten für gesetzlich Versicherte bei der fachärztlichen Versorgung zu verkürzen, muss jedenfalls auch eine entsprechende Vergütung zugunsten der Krankenhäuser und zulasten der niedergelassenen Fachärzte sichergestellt werden.

Der DGB fordert daher stattdessen:

- eine bessere Verteilung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, um das Problem der drohenden Unterversorgung in einigen Gebieten mit dem Abbau von Überkapazitäten bei den niedergelassenen Kassenärztinnen und -ärzten zu lösen:
 - a) durch die Verknüpfung von Überversorgung und Honorierung, das heißt die Einführung von Abschlägen, um eine bessere Verteilung der niedergelassenen

Ärztinnen und Ärzte anzuregen,

b) durch die Unterteilung von Großstädten in kleinere sozialraumorientierte Planungsbezirke, um Unterversorgung in der ambulanten ärztlichen Versorgung auch in sozial benachteiligten Stadtvierteln zu begegnen,

c) durch beschränkte Zulassungen für Planungsbereiche ab einem Versorgungsgrad von 100 Prozent sowie

d) durch die Aufnahme aller Arztgruppen in die Bedarfsplanung und Berechnung des Versorgungsgrades, inkl. weiterer ermächtigter Einrichtungen;

- eine bessere Ausbildung der Medizinerinnen und Mediziner, als Schlüssel zu einer besseren medizinischen Versorgung;
- die Möglichkeit für Krankenkassen, Arztsitze aufkaufen zu können und dort ambulante ärztliche Versorgung betreiben zu können, denn der bisherige Weg über die Kassenärztlichen Vereinigungen war nicht erfolgreich;
- den Ausbau der integrierten Versorgung und Beendigung der doppelten Facharztschiene, damit die Sektorengrenzen, die zu Fehl- und Überversorgung führen, beseitigt werden;
- die direkte finanzielle Verbindung zwischen Sicherstellung und Vergütung;
- die Kopplung von Honorar- und Qualitätsfortschritt in der medizinischen Versorgung, damit richtige Anreize gegen Fehlversorgung gesetzt werden, ggf. auch als Abschläge.

Ziel müsste eine Versorgungsplanung aus einer Hand sein, die den gesamten gesundheitlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung umfasst von der Prävention bis zur Rehabilitation und Pflege.

Die Einschränkungen zur Gründung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) lehnt der DGB als nicht sachgerecht zur Förderung übergreifender Versorgungskonzepte ab. Dies gilt ebenso für die finanzielle Benachteiligung der MVZ nach Änderungsantrag 23 bbb.

Den Betrieb von Eigeneinrichtungen durch kommunale Träger innerhalb der Gesamtvergütung unterstützt der DGB. Den Kommunen erwachsen dadurch mehr versorgungspolitische Verantwortung, der sie dann allerdings auch finanziell gerecht werden müssen.

Zur (zahn)ärztlichen Vergütung (Art. 1, Nr. 20a,b,d,f):

Für die genannten Veränderungen werden Mehrausgaben erwartet, die nur von Versicherten über Kopfpauschalen zu tragen wären, von der Bundesregierung beschönigend kassenindividuelle Zusatzbeiträge genannt.

Der DGB lehnt daher eine Ausweitung der Ausgaben für (zahn)ärztliche Behandlungen in dieser Art ab. Stattdessen fordert er auch hier die Kopplung von Honorar- und Qualitätsfortschritt in der medizinischen Versorgung, damit richtige Anreize gegen Fehlversorgung gesetzt werden, ggf. auch als Abschläge.

Zur spezialärztlichen Versorgung (Art.1, Nr. 43; ; A-Drs. 17(14)0192, ÄA 10):

Eine weitere Versorgungsform hält der DGB für nicht angemessen. Die geplante bisherige Öffnung der Krankenhäuser für die spezialärztliche ambulante Versorgung geht nicht weit genug.

Der DGB fordert die generelle Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung, um dem Problem der drohenden Unterversorgung in strukturschwachen Gebieten in ganz Deutschland schnell und qualifiziert zu begegnen und Krankenhausleistungen in ein System integrierter Versorgung einzubinden. Die bisherige Eingrenzung auf den Bereich der seltenen Erkrankungen und der Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen wird dem Bedarf nicht gerecht.

Neben Belegärzten und angestellten Krankenhausärzten sollen nach dem Entwurf auch niedergelassene Ärzte ambulanten Operationen im Krankenhaus ausführen dürfen. Eine Nutzung der weitgehend öffentlich finanzierten Krankenhausstruktur für private Gewinnerzielung von Ärzten über das System der Privatliquidationen für anstellte Ärzte hinaus, lehnt der DGB ab.

Aus Sicht des DGB müssen die Kliniken dann in die Bedarfsplanung integriert werden.

Zum weiteren Ausbau wettbewerblicher Steuerung im Gesundheitswesen (Art. 1, Nr. 2b; Nr. 76; A-Drs. 17(14)0190 ÄA 43):

Die Regierung spricht sich weiterhin für eine Stärkung der Steuerung über Wettbewerb gegenüber der durch Staat und Selbstverwaltung aus, wobei die Faktenlage jedoch weiterhin völlig unzureichend ist. Eine Auswertung der Veränderung im Steuerungsmix der gesundheitlichen Versorgung aus Wettbewerb, Staat und Selbstverwaltung und eine Bewertung der Veränderung stehen bisher aus.

Der DGB fordert insgesamt eine Analyse der bisherigen Steuerung, denn die im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung erstellte IGES-Studie „Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung“ macht deutlich, dass eine differenziertere Sichtweise zur wettbewerblichen Steuerung notwendig ist. Die unterschiedlichen Steuerungsmechanismen (staatliche Planungen und Anordnungen, kollektive Koordination und kollektive Verträge, Wettbewerb von Akteuren, einschließlich marktlicher Steuerung) müssen sich daran messen lassen, wie sie eine qualitativ gesicherte, effiziente, den Zugang zu den Leistungen sichernde Gesundheitsversorgung organisieren.

Die geplanten neuen Satzungsleistungen werden dazu führen, dass diese aus politisch geförderter betriebswirtschaftlicher Logik zum Spielball des Preiswettbewerbs der Krankenkassen untereinander werden – insbesondere weil für diese Leistungen kein Einbezug in den MorbiRSA vorgesehen ist.

In folgenden Bereichen soll den Krankenkassen ermöglicht werden, Satzungsleistungen anzubieten:

- Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln sowie nichtverschreibungspflichtigen Arzneimitteln,
- künstliche Befruchtung,
- medizinische Vorsorge und Rehabilitation,
- häusliche Krankenpflege sowie
- zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz.

Durch die bisher fehlende Schärfe des Morbi-RSA können Krankenkassen mit vorwiegend „guten Risiken“ bessere Leistungen anbieten als Krankenkassen mit sog. „schlechten Risiken“. Seit der Schließung der CITY BKK ist der breiten Öffentlichkeit deutlich geworden, dass gesetzliche Krankenkassen weiterhin Risikoselektion betreiben.

Der DGB befürchtet, dass die Weiterentwicklung der Regelversorgung darunter leidet, weil es zukünftig für Leistungserbringer lukrativer wäre, Leistungen außerhalb der Regelversorgung zu erbringen. Ebenso hegt der DGB Argwohn, dass damit die Ausgliederung von Leistungen der Regelversorgung eingeläutet wird.

Der DGB fordert die Bundesregierung auf, dieses Druckpotential gegenüber dem gesetzlichen Leistungskatalog zu unterlassen. Denn dies ist nur dazu geeignet, den Sozialstaat und seine Leistungen in Misskredit zu bringen und den ruinösen Krankenkassenwettbewerb weiter zu befeuern.

Mit der geplanten Veröffentlichungspflicht der Krankenkassen über ihre finanzielle Lage wird der Preiswettbewerb erneut intensiviert – jedoch ohne qualitative Aussagen über die Leistungen oder die Mitgliederbetreuung der Krankenkassen vorzuse-

hen. Aus Sicht des DGB wäre aber gerade dies notwendig, um einem ruinösen Wettbewerb unter Sozialversicherungsträgern zu begegnen.

Im Übrigen wäre diese qualitative Veröffentlichungspflicht auch bezüglich der Leistungserbringer notwendig. Interessanterweise scheint der Wettbewerbsgedanke der Bundesregierung allein den Krankenkassen zu gelten. Um die niedergelassenen Ärzte herum werden weiter Schutzzäune gezogen, beispielsweise keine Honorarabschläge bei Überversorgung.

Zu den Einwirkungsmöglichkeiten der Länder (Art. 1, Nr.27; Nr. 28; Nr. 34):

Der DGB begrüßt, wenn staatliche Ebenen ihrer Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung nachkommen sollen. Allerdings ist eine deutlichere Verknüpfung von Steuerungs- und Finanzierungsverantwortung notwendig – auch im Sinne eines konsequenten Verständnisses von Konnexität.

Der DGB fordert, dass Bund und Länder zunächst miteinander in den Dialog eintreten sollten, um das Investitionsloch bei der Krankenhausfinanzierung zu beseitigen und damit der sog. schleichenden Monistik entgegen zu treten.

Danach befürwortet der DGB eine sektorenübergreifende Planung. Dazu fordert der DGB aber, dass an dem „Gemeinsamen Landesgremium“ die Beitragszahlerinnen und –zahler obligatorisch durch die Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften zu beteiligen sind.

Ebenso ist gesetzlich festzulegen, dass die regionale Versorgungsplanung jedoch nur auf Grundlage einer ständig weiter zu entwickelnden regionalen Sozial- und Gesundheitsberichterstattung zu erfolgen hat. Dies würde dazu beitragen, dass die Unschärfen der Begriffe „regionale Besonderheiten“, „Demografie“ und „Morbidität“ bei der Feststellung der notwendigen Bedarfszahlen an primär- und fachärztlicher Grundversorgung verringert werden.

Zur Weiterentwicklung der Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses (Art. 1, Nr. 29a,b,d; Nr. 30):

Der DGB hält eine Strukturreform des G-BA nicht für sachgerecht und daher für unnötig. Dies gilt insbesondere für die

- Berufung von unparteiischen Mitgliedern, die in den drei vorangegangenen Jahren nicht bei der Trägerorganisation des G-BA und deren Verbänden, als Leis-

tungserbringer oder im Krankenhaus beschäftigt waren, auf Vorschlag des Bundestagsausschusses für Gesundheit;

- Rückführung von Beschlüssen, von denen nicht jeder der drei Leistungserbringerorganisationen wesentlich betroffen ist, in die Entscheidungsgremien;
- Einführung eines Mindestquorums bei Beschlüssen zum Ausschluss von bisherigen GKV-Leistungen.

Hinsichtlich der Anhörungen zur Methodenbewertung spricht sich der DGB dafür aus, dass Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler ihre wirtschaftlichen Beziehungen zur Leistungserbringerseite vor Anhörungen offenlegen.

Zu den Konsequenzen der politisch bedingten Krankenkassenpleiten (Art. 1, Nr. 3; Art. 2, Nr.1; Nr.60; Nr. 61; Nr. 62; Nr. 66; Nr. 77; A-Drs. 17(14)0192 ÄA 3):

Möglichweise soll das engstirnige Festhalten an der Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen eine sog. Marktberreinigung ermöglichen. Sollte dies tatsächlich gewollt sein, wäre es im Sinne der gebetsmühlenartig geforderten Transparenz geboten, darauf hinzuweisen.

Der Übergang der Mitgliedschaft von der alten Krankenkasse zur neuen muss bruchlos geregelt sein, ohne dass der aufnehmenden Krankenkasse dadurch finanzielle Nachteile entstehen. Daher fordert der DGB die Bundesregierung eindringlich auf, dafür Sorge zu tragen, dass die Versicherten und Patienten aus den geplanten Regelungen heraus keine Nachteile erfahren. Ausdrücklich verhindert werden muss, dass Leistungserbringer während der Schließung oder des Insolvenzverfahrens gegenüber Versicherten dieser Kasse ihren Verpflichtungen zur Beratung und Behandlung sowie Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln nicht nachkommen bzw. gegenüber gesetzlich Versicherten zur Vorkasse übergehen.

Mit der geplanten Änderung wird der zuständigen Aufsichtsbehörde die Kompetenz zur Amtsenthebung vor Vorständen gegeben. Der DGB kann die Begründung des Entwurfes nicht nachvollziehen und lehnt diese Kompetenzverschiebung zulasten der sozialen Selbstverwaltung ab. Stattdessen sollte festgelegt werden, dass die Aufsichtsbehörde beim Sozialgericht Klage erheben kann, um die Entscheidung des Verwaltungsrates zu ersetzen.

Hinsichtlich eines verbesserten Schutzes der Beschäftigten in zu schließenden Krankenkassen verweisen wir auf die Stellungnahme unserer Mitgliedsgewerkschaft, der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft.

Zur beabsichtigten Neuregelung eines Modellvorhabens zur Arzneimittelversorgung (Art. 1, Nr. 10d+e neu):

Regional wird für einige wichtige Krankheiten ein Medikationskatalog mit günstigen Standardwirkstoffen für die Grundversorgung festgelegt. Der Arzt stellt anstelle von Markennamen nur noch Wirkstoffverordnungen aus. Überdies werden eingeschriebene Patienten mit sämtlichen Arzneimitteln erfasst und von Arzt und Apotheke in einem Medikationsmanagement geführt.

Da ein Medikationskatalog im Modellversuch nur einen Teil des Versorgungsspektrums abdeckt, sind Doppelstrukturen für die ärztliche Versorgung unvermeidlich. Die Folge wäre eine weitere Zersplitterung in der Versorgungslandschaft. Ein zusätzlicher Medikationskatalog neben den Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses wirft sowohl Fragen zum Leistungsanspruch des Versicherten als auch zur Kompetenz von Vertragspartnern auf. Der DGB sieht hier die Gefahr das Leistungsrecht neben den richtlinienbasierten Abgrenzungen durch einen Medikationskatalog zu bestimmen.

Hinzu kommt, dass eine generische Verordnung nach Wirkstoff statt Markennamen bereits seit 1989 möglich ist. Die entsprechenden Verfahren sind vertraglich und organisatorisch längst im Alltag angekommen. Sie werden täglich praktiziert und bedürfen somit keiner Modellregelung.

Auch das angestrebte Medikationsmanagement sieht der DGB äußerst kritisch. Für das jeweilige Modell müssten geeignete Versicherte zur Teilnahme motiviert werden, um sich z.B. bei einer Apotheke einzuschreiben und sich damit nur an diese zu binden. Bereits das Hausapothekenmodell scheiterte an der fehlenden Bereitschaft von Versicherten, sich dauerhaft an einzelne Leistungserbringer zu binden. Bei einer Annahme der Befürworter von gerade einmal 30% der Zielgruppe, die freiwillig das Angebot in Anspruch nehmen würden, erübrigt sich eine solche, mit hohem Aufwand einzuführende Regelung.

II. Zum Antrag der Fraktion DIE LINKE:

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

Bei der Bedarfsplanung muss jedoch der soziale Status der Versicherten und ihrer Angehörigen berücksichtigt und bei der Bedarfsplanung über Gesundheitskonferenzen müssen Steuerung und Finanzierung parallelisiert werden. In dünn besiedelten Gebieten sollten zuerst die Krankenhäuser für ambulante Versorgung geöffnet und

umgerüstete Rettungs- und Krankentransportwagen die ärztliche Versorgung sicherstellen.

III. Zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN:

In der Abwägung des Nutzens und der finanziellen Belastungen für die Versicherten ist für den DGB die Aufforderung nach Rückzug des Gesetzentwurfes nachvollziehbar.

„Der DGB teilt die aufgeführten Forderungspunkte, jedoch muss berücksichtigt werden, dass neue Versorgungsformen auch zur Überwindung der Sektorengrenzen dienen müssen.“