

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0188(27)
gel. VB zur öAnhörung am 19.10.
11_VStG
13.10.2011

Abteilung Sozialpolitik

Tel.: 030 / 72 62 22 – 124

Fax: 030 / 72 62 22 – 328

Sekretariat: 030 / 72 62 22 – 125

E-Mail: fabian.szekely@sovd.de

Sz/

Stellungnahme

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen durch den Ausschuss 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) sowie der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
Ausschussdrucksachen 17(14)0190 (neu), 17(14)0192
- b) Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Agnes Alpers, Karin Binder, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
Wirksamere Bedarfsplanung zur Sicherung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung
(BT-Drs. 17/3215)

und zum

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

Inhalt

Zusammenfassung	4
1. Zu dem Gesetzentwurf zu a).....	5
1.1. Zu Artikel 1 Nr. 1 0a neu – Änderung des § 4 SGB V (Elektronische Gesundheitskarte).....	5
1.2. Zu Artikel 1 Nr. 2 - Änderung des § 11 SGB V (Wettbewerbliche Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen).....	5
1.3. Zu Artikel 1 Nr. 3, 60, 64, 66; Artikel 2 - Änderung der §§ 19, 155, 175, 217f SGB V, § 35a SGB IV (Insolvenz von Krankenkassen, Aufsichtsrecht)	6
1.4. Zu Artikel 1 Nr. 4 - Änderung des § 28 SGB V (Delegation ärztlicher Leistungen)	8
1.5. Zu Artikel 1 Nr. 5 - Änderung des § 32 SGB V (Langfristige Heilmittelverordnung).....	8
1.6. Artikel 1 Nr. 7b neu- Änderung des § 38 SGB V (Haushaltshilfe).....	8
1.7. Zu Artikel 1 Nr. 8 - Änderung des § 39 SGB V (Entlassungsmanagement)	8
1.8. Zu Artikel 1 Nr. 10 d und 10e neu – Änderung der § 64f. SGB V (Modellvorhaben)	9
1.9. Zu Artikel 1 Nr. 12, 46 - Änderung des §§ 73, 128 SGB V (Unzulässige Zusammenarbeit)	9
1.10. Zu Artikel 1 Nr. 14 - Änderung des § 75 SGB V (Inhalt und Umfang der Sicherstellung)	9
1.11. Zu Artikel 1 Nr. 19 - Änderung des § 84 Abs. 8 SGB V (Praxisbesonderheiten)	10
1.12. Zu Artikel 1 Nr. 20 ff., 80 - Änderung der §§ 85 ff., 295 SGB V (Vertrags(zahn-)ärztliche Vergütung und ambulante Kodierrichtlinien)	10
1.13. Zu Artikel 1 Nr. 22 ff. - Änderung der §§ 87 ff. SGB V (Sicherstellung der ärztlichen Versorgung)	12
1.14. Zu Artikel 1 Nr. 28 - Einfügung des § 90a SGB V (Gemeinsames Landesgremium)	13
1.15. Zu Artikel 1 Nr. 29 - Änderung des § 91 SGB V (G-BA)	14
1.16. Zu Artikel 1 Nr. 33 und Artikel 9 Nr. 5 - Änderung des §§ 98 SGB V, 19 Ärzte-ZV (Befristung von Zulassungen).....	15
1.17. Zu Artikel 1 Nr. 34 ff. - Änderung des § 99 ff. SGB V (Bedarfsplanung)	15
1.18. Zu Artikel 1 Nr. 36 - Änderung des § 103 SGB V (Nachbesetzungsverfahren)	16
1.19. Zu Artikel 1 Nr. 37 - Änderung des § 105 SGB V (Förderung der vertragsärztlichen Versorgung).....	17

1.20.	Zu Artikel 1 Nr. 38 - Änderung des § 106 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung)	18
1.21.	Zu Artikel 1 Nr. 40 - Einfügung eines § 111c SGB V (Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen).....	18
1.22.	Zu Artikel 1 Nr. 44 - Neufassung des § 116b SGB V (Ambulante spezialärztliche Versorgung)	18
1.23.	Zu Artikel 1 Nr. 54 ff. - Änderung der §§ 137c ff. SGB V (Innovative Behandlungsmethoden)	19
1.24.	Zu Artikel 1 Nr. 67 - Änderung des § 221b (Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich)	19
1.25.	Zu Artikel 4 Nr. 2 - Änderung des § 40 SGB XI (Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen)	20
1.26.	Zu Artikel 9 Nr. 8, 11 Änderung des §§ 24, 32 Ärzte-ZV und Artikel 10 Nr. 8, 11 Änderung der §§ 24, 32 Zahnärzte-ZV	21
2.	Zu den Anträgen zu b) und zu c).....	21
3.	Fazit.....	21

Zusammenfassung

Der SoVD erkennt die Zielstellung des Gesetzentwurfes zu a), dem Entwurf eines Gesetzes über die Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an, die Bedarfsplanung zu reformieren, um eine wohnortnahe Versorgung auch im ländlichen Bereich sicherzustellen. Unseres Erachtens ist es dafür aber erforderlich, über die vorgeschlagenen Maßnahmen hinaus auch die teilweise bestehende Überversorgung abzubauen. Zudem ist es vor dem Hintergrund des Nationalen Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention notwendig, zum Beispiel die Barrierefreiheit von Arztpraxen in dem Gesetz zu berücksichtigen und sie voranzubringen.

Für den SoVD sind die Vorschläge des Gesetzes zu den innovativen Behandlungsmethoden unzureichend. Innovative Behandlungsmethoden sind, bevor sie Versorgungsalltag werden, wissenschaftlich zu überprüfen. Im Zeitraum der Erprobung muss unter Berücksichtigung des Patientenschutzes sichergestellt sein, dass das Verfahren nicht bereits in der Fläche angewendet wird. Zudem dürfen an den Ausschluss innovativer Behandlungsmethoden aus dem Leistungskatalog der GKV nach erfolgter wissenschaftlicher Evaluation keine übermäßig hohen Anforderungen gestellt werden. Generell vertritt der SoVD die Auffassung, dass sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich dieselben Voraussetzungen für die Zulassung neuer Behandlungsmethoden gelten müssen.

Gleichzeitig begegnet die Einführung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung Bedenken. Zwar befürworten auch wir eine Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors, dabei muss aber die qualitativ hochwertige Behandlung sichergestellt werden. Auf Grund der zeitlichen Vorgaben des Gesetzes befürchten wir, dass gerade zum Start dieses Sektors diese qualitativen Vorgaben nicht klar sind und deswegen den Leistungserbringern der Zugang zu diesem Sektor ohne qualitative Hürden eröffnet ist. Zudem vermissen wir Maßnahmen zur Mengenbegrenzung in diesem Sektor.

Zur Verbesserung der Versorgung gehört für den SoVD auch die Verbesserung der Mitentscheidungsmöglichkeit der Patientinnen- und Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und anderen Gremien. Der Entwurf greift das Thema einer stärkeren Patientenbeteiligung leider nicht auf. Die Bestätigung der unparteiischen Mitglieder des G-BA durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages greift zudem in die bisherige Selbstverwaltungsstruktur ein. Ob sich dies positiv auf die Arbeit des G-BA auswirken wird, muss abgewartet werden.

Für verfehlt halten wir die Pläne des Entwurfes zum Thema Wettbewerb unter den Krankenkassen. Einer weiteren Zersplitterung des einheitlichen Leistungskataloges werden wir energisch entgegenzutreten. Vor dem Hintergrund der Finanzierungslogik der GKV, zum Beispiel mittels Zusatzbeitrag, durchschnittlicher Zusatzbeitrag und Sozialausgleich, befürchten wir, dass eine Zwei-Klassen-Krankenkassensystem entsteht. Zugleich halten wir die Pläne, dass anfallende Mehrausgaben durch die Änderung der (zahn-)ärztlichen Vergütung vom Bundeszuschuss für den Sozialausgleich abgezogen werden, für falsch. Damit bricht der Bund das Versprechen des im Jahre 2010 verabschiedeten GKV-Finanzierungsgesetzes (GKV-FinG), die Kosten für den Sozialausgleich vollständig zu übernehmen. Der Gesetzgeber nimmt die Versichertengemeinschaft für die höheren Ausgaben durch die Honorarsteige-

rungen in Haftung, ohne zu garantieren, dass sich dadurch die Versorgungsrealität nachhaltig verbessert.

Insgesamt fordert der SoVD, dass das Versorgungsstrukturgesetz nach den erheblichen Belastungen der Versichertengemeinschaft durch das GKV-FinG im Wesentlichen ausgabenneutral gestaltet wird. Den weiteren Belastungen durch dieses Gesetz, die allein die Versicherten durch steigende Zusatzbeiträge schultern müssten, werden wir energisch entgegenreten.

Die Anträge zu b) und zu c) befassen sich mit einem wesentlichen Aspekt der erlebten Versorgungsrealität der Patientinnen und Patienten, der Bedarfsplanung. Darüber hinaus beinhaltet der Antrag zu c) weitere Strukturreformen unter anderem hinsichtlich der Stärkung der Primärversorgung und der Aufgabenverteilung zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen. Der SoVD begrüßt die vorliegenden Anträge. Wie auch die Antragsteller sind wir der Ansicht, dass eine verbesserte Versorgungsrealität eine grundsätzliche Reform der Bedarfsplanung erfordert. Am Anfang einer solchen Reform muss aber eine grundlegende Analyse der bestehenden Versorgungsrealität stehen. Auch entspricht es einer Forderung des SoVD, die Aufgabenverteilung zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen neu zu regeln und damit unter anderem auch die Ärzte zu entlasten und zudem Rechtssicherheit bei der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten zu schaffen. Schließlich begrüßen wir explizit, dass in den Anträgen die Wichtigkeit einer barrierefreien Gesundheitsversorgung angesprochen wird. Denn die UN-Behindertenrechtskonvention ist in Deutschland geltendes Recht und es muss begonnen werden, die bestehenden Barrieren im Gesundheitswesen abzubauen.

1. Zu dem Gesetzentwurf zu a)

1.1. Zu Artikel 1 Nr. 1 0a neu – Änderung des § 4 SGB V (Elektronische Gesundheitskarte)

Durch den Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP (Ausschussdrucksache 17(14)0192) werden die Krankenkassen verpflichtet, bis Ende 2012 70 Prozent der Versicherten mit der elektronischen Gesundheitskarte auszustatten. Bei Nichterreicherung dieser Zahl werden die Verwaltungsausgaben 2013 eingefroren. Der SoVD sieht die elektronische Gesundheitskarte, wenn sie die Gewähr dafür bietet, dass die Versicherten tatsächlich Herr über ihre Daten bleiben, durchaus positiv. In ihrer jetzigen Form ohne Zusatzfunktionen und nur mit Bild entfaltet sie jedoch für die Versicherten keinen versorgungsrelevanten Vorteil. Eine verpflichtende Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte ohne Funktionsverbesserung und der Absicherung der auf der Karte gespeicherten Daten wirkt sich daher nicht positiv für die Versicherten aus. Eine Sanktionierung der Krankenkassen bei nichterreichen des Ziels ist daher eher abzulehnen.

1.2. Zu Artikel 1 Nr. 2 - Änderung des § 11 SGB V (Wettbewerbliche Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen)

Der SoVD sieht in der Ausweitung des Wettbewerbes die Gefahr, dass der einheitliche Leistungskatalog immer stärker ausgehöhlt wird und die GKV zukünftig nur noch einen Basischutz als Pflichtleistung anbietet.

Es ist auch nicht zielführend, wenn Krankenkassen im Rahmen von Satzungs- und Ermessensleistungen zusätzliche Maßnahmen zum Beispiel im Bereich der Vorsorge oder der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln anbieten können (§ 11 SGB V n.F.). Sind diese Leistungen wirtschaftlich und notwendig, so sind sie in den Leistungskatalog der GKV einzugliedern, sind sie es nicht, so ergibt sich kein Bedürfnis, sie den Versicherten überhaupt anzubieten. Fraglich ist auch, was mit Leistungen geschieht, deren Nutzen bisher nicht bewertet wurde bzw. gerade bewertet wird. Es muss daher klargestellt werden, dass Leistungen, die die Krankenkassen finanzieren, wirksam sind oder zumindest keinen Schaden verursachen.

Zudem begegnet auch die Einbeziehung nichtzugelassener Leistungserbringer grundsätzlichen Bedenken. Jegliche Maßnahmen der Qualitätssicherung können dadurch unterlaufen werden. Denn die Gesetzesänderung verlangt nur die Leistungserbringung in der fachlich gebotenen Qualität, ohne diese jedoch zu definieren. Es ist daher fraglich, ob ein einheitliches, hohes Qualitätsniveau sichergestellt werden kann oder aber jede Krankenkasse dann eigene Präqualifizierungsanforderungen aufstellen darf. Wir teilen insofern die auch vom Bundesrat in seiner Stellungnahme geäußerten Bedenken (BR-Drs. 456/11).

Insgesamt befürchten wir, dass sich nunmehr innerhalb der Krankenkassen eine Klassensystematik herausbildet. Mehr Satzungs- und Ermessensleistungen bedeuten einen höheren Finanzbedarf und damit auch höhere Zusatzbeiträge. Damit werden aber systematisch diejenigen Versicherten ohne finanzielle Ressourcen in billige Krankenkassen ohne hohe Zusatzbeiträge aber auch ohne Zusatzangebote gedrängt. Das widerspricht unserem Verständnis eines solidarischen Gesundheitssystems.

Auch der Umsetzung der geplanten Gruppentarife mit Patientenorganisationen, Behinderten- und Beschäftigungsgruppen sehen wir skeptisch entgegen. Denn grundsätzlich sind Gruppentarife Elemente der privaten Versicherung und haben keinen Platz in der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung. Zum anderen sehen wir insbesondere durch die Verknüpfung mit der geplanten Präventionsstrategie die erhebliche Gefahr, dass durch diese Tarife Sanktionsmöglichkeiten eröffnet werden. Dies könnte zum Beispiel dazu führen, dass bei der Nichtteilnahme an bestimmten Programmen Leistungen gekürzt werden.

Schließlich befürchten wir durch die Gruppentarife, wenn sie tatsächlich Verbesserungen bringen sollen, damit einhergehende höhere Zusatzbeiträge. Dann würden aber die Krankheitskosten in erheblichem Maße individualisiert und zunehmend nicht mehr von der Solidargemeinschaft getragen werden.

1.3. Zu Artikel 1 Nr. 3, 60, 64, 66; Artikel 2 - Änderung der §§ 19, 155, 175, 217f SGB V, § 35a SGB IV (Insolvenz von Krankenkassen, Aufsichtsrecht)

Wir begrüßen diese Regelungen, die das Verfahren bei der Insolvenz von Krankenkassen versichertenfreundlich gestalten und insbesondere dafür Sorge tragen, dass den Versicherten in diesen Fällen keine Nachteile entstehen. Der SoVD hat sich bereits seit Bekanntwerden der Vorgänge im Zusammenhang mit der City-BKK dafür ausgesprochen, hier gesetzgeberisch tätig zu werden und insbesondere auch sicherzustellen, dass keine Leistungslücken entstehen.

Wir erwarten, dass die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen getroffenen Regelungen zur Umsetzung des geplanten § 217f Abs. 6 SGB V den lückenlosen Leistungsanspruch der Versicherten tatsächlich gewährleisten. Darüber hinaus muss dafür Sorge getragen werden, dass die laufende Antragsbearbeitung der insolventen Krankenkasse weiterhin zügig erfolgt. Wir befürchten, dass durch Mitarbeiterengpässe bei der zu schließenden Krankenkasse Anträge zu Lasten der Versicherten nur verzögert bearbeitet werden. Diese Fallkonstellationen sind in der Änderung der § 19 SGB V zu berücksichtigen. Im Übrigen sind auch wir davon überzeugt, dass getroffene Leistungsentscheidungen der insolventen Krankenkasse unter Vertrauens Gesichtspunkten weiterhin gelten müssen.

Das Verfahren im Insolvenzfall, dass die insolvente Krankenkasse für die Zusendung und den Empfang des Aufnahmeantrags zuständig ist, begrüßen wir. Zur Absicherung der Versicherten regen wir darüber hinaus an, dass die insolvente Krankenkasse den Versicherten den Eingang des Aufnahmeantrags schriftlich bestätigt. Dadurch wird gewährleistet, dass die Versicherten im Zweifelsfall belegen können, dass sie alles zur Anmeldung erforderliche getan haben. Ergänzend ist zu prüfen, inwieweit durch eine Letztverantwortlichkeit des jeweiligen Krankenkassenverbandes die Absicherung der Versicherten abgerundet werden kann.

Kritisch sehen wir den Änderungsantrag 17 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP (Ausschussdrucksache 17(14)0192), mit der die Mitglieder insolventer Krankenkassen verpflichtet werden, binnen sechs Wochen den Krankenkassenwechsel vorzunehmen und der zur Meldung verpflichteten Stelle die Mitgliedsbescheinigung nachzuweisen. Die Rechtsstellung der Versicherten wird durch diese Regelung, die eigentlich das Entstehen von Leistungslücken vermeiden möchte, beeinträchtigt. Durch die entsprechende flankierende Regelung wird die Wechselfrist damit von 14 Tagen nach der Schließung auf 14 Tage vor der Schließung um einen Monat verkürzt. Wir fordern den Gesetzgeber an dieser Stelle dazu auf, den ungeschmäleren Leistungsanspruch durch entsprechende Regelungen sicherzustellen und nicht unnötigerweise die Entscheidungsfrist der Versicherten zu verkürzen.

Zudem begrüßen wir, dass erstmals Sanktionen auch bei einer erschwerten Abgabe des Aufnahmewunsches eingeführt werden sollen. Hierbei ist darauf zu achten, dass diese Regelung zum einen keine überhöhten tatbestandlichen Voraussetzungen verlangen und zum anderen die Versicherten nicht vor Beweisprobleme gestellt werden. An Hand der Vorkommnisse bei der Schließung der City-BKK sollte es so sein, dass der Hinweis auf die individuelle Beeinträchtigung durch entsprechende Presseartikel ausreicht. Zudem ist zu prüfen, wie die Fallkonstellationen, in denen Versicherte telefonisch abgewiesen werden, zu ahnden sind. Hier besteht oftmals keine Beweismöglichkeit für die Versicherten.

Weiterhin ist es richtig, der Aufsichtsbehörde mit der durch Artikel 2 vorgesehenen Gesetzesänderung Sanktionsmöglichkeiten zu verleihen. Dies greift zwar, zugegebenermaßen, massiv in die Selbstverwaltung ein, wird aber dadurch gerechtfertigt, dass auch die Selbstverwaltung als Körperschaft öffentlichen Rechts an Recht und Gesetz gebunden ist.

Zugleich möchten wir diese Gelegenheit nutzen und dazu aufzurufen, die strukturellen Probleme bei der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung zu beheben. Deshalb fordern wir, die Evaluation des Risikostrukturausgleiches offen zu legen und die nötigen Konsequenzen aus der Evaluation zu ziehen. Denn ein zielgerechter Risikostrukturausgleich ist

ein Baustein, um Insolvenz zu verhindern und die Versicherten vor der Problematik der Insolvenz einer Krankenkasse zu schützen.

1.4. Zu Artikel 1 Nr. 4 - Änderung des § 28 SGB V (Delegation ärztlicher Leistungen)

Der SoVD begrüßt es, den Rahmen für delegationsfähige Leistungen zu konkretisieren. Denn die Delegation kann dazu beitragen, die Arbeitsbelastung der (Zahn-)Ärzte zu verringern und zu einer engeren Verzahnung der verschiedenen Gesundheitsberufe beizutragen, wie wir es schon seit längerem fordern. Ähnlich der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (Übertragung auf Angehörige der Pflegeberufe) sollten bei der Erarbeitung delegationsfähiger Leistungen die Betroffenen, also die Patientinnen und Patienten durch die maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V eingebunden werden, um aus Patientensicht darzustellen, in welchen Bereichen eine Delegation sinnvoll ist.

1.5. Zu Artikel 1 Nr. 5 - Änderung des § 32 SGB V (Langfristige Heilmittelverordnung)

Wir unterstützen es, dass Heilmittel auch langfristig verordnet werden können. Denn in unserer täglichen Arbeit erfahren wir ständig von Fällen, in denen gerade chronisch kranken und behinderten Menschen Verordnungen unter Hinweis auf das Budget verweigert werden.

Zudem begrüßen wir die Genehmigungsfiktion des Antrags nach Ablauf einer 4-wöchigen Frist. Allerdings wäre es sinnvoll, generell für alle Leistungsbereiche eine Bearbeitungsfrist zu statuieren, nach deren Ablauf die Anträge als genehmigt gelten. Als Vorbild könnte dafür die entsprechende Regelung im SGB IX gelten.

1.6. Artikel 1 Nr. 7b neu- Änderung des § 38 SGB V (Haushaltshilfe)

Der SoVD hat in einer entsprechenden Anhörung im Ausschuss für Gesundheit zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (BT-Drs. 17/2924) bereits die Notwendigkeit der Sicherstellung der hauswirtschaftlichen Versorgung betont. Grundsätzlich ist es deshalb begrüßenswert, wenn die Fraktionen der CDU/CSU und FDP durch eine Änderung des § 38 SGB V (Ausschussdrucksache 17(14)0190neu) nunmehr vorschreiben, dass die Krankenkassen entsprechende Regelungen zum Anspruch auf Haushaltshilfe vorweisen sollen. Allerdings heißt dies auch, dass weiterhin kein Zwang zu entsprechenden Regelungen besteht und die Kosten für diese Leistung im Zweifel durch höhere Zusatzbeiträge einseitig durch die Versicherten finanziert werden und gerade finanzschwache Krankenkassen aus wettbewerbsgründen darauf verzichten könnten. Es wäre deshalb wünschenswert, diese Leistung zu einer Pflichtleistung zu erheben, wie es etwa auch die entsprechende Stellungnahme des Bundesrates beabsichtigt. Berücksichtigt werden muss aber, dass der Erfordernis des im Haushalt lebenden Kindes gestrichen werden sollte. Denn es sind auch Konstellationen denkbar, in denen z. B. Singlehaushalte eine hauswirtschaftliche Unterstützung bedürfen.

1.7. Zu Artikel 1 Nr. 8 - Änderung des § 39 SGB V (Entlassungsmanagement)

Bereits in der Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 23. März 2011 hat der SoVD betont, dass der Übergang vom stationären Bereich in die Häus-

lichkeit, Pflege usw. oftmals mit Versorgungslücken verbunden ist. Daher begrüßen wir es, wenn das Entlassungsmanagement explizit als Teil der Krankenhausbehandlung aufgenommen wird. Wir regen aber an, diesen Anspruch zu konkretisieren. So sollte festgelegt werden, dass die verschiedensten Akteure zu einer Kooperation verpflichtet sind, wann bereits mit dem Entlassungsmanagement begonnen werden muss und wie die Finanzierung erfolgt.

1.8. Zu Artikel 1 Nr. 10 d und 10e neu – Änderung der § 64f. SGB V (Modellvorhaben)

Die Regierungsfractionen wollen mit dieser Änderung (Änderungsantrag 7 Ausschussdrucksache 17(14)1092) zur Absicherung einer wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung eine Wirkstoffpositivliste erstellen. Die erzielten Einsparungen werden dabei zwischen den Ärzten, Apothekern und Krankenkassen aufgeteilt. Der SoVD fordert bereits seit längerem die Einführung einer Positivliste. In diesem Änderungsantrag erkennt der SoVD zwar entsprechende Ansatzpunkte, vermisst aber eine weiterführende Umsetzung. So ist es zum Beispiel im Sinne einer bundesweit einheitlich hohen Versorgungsqualität aus Versichertensicht negativ, wenn innerhalb der Bundesrepublik unterschiedliche Modellvorhaben mit unterschiedlichen Listen existieren. Zudem ist es für den SoVD schwer verständlich, dass die Einsparungen unter den Beteiligten aufgeteilt werden sollen, wobei die Ärzte und Apotheker im Falle einer Schiedsamtentscheidung dort sogar eine 2/3 Mehrheit besitzen, ihre Interessen also durchsetzen könnten.

1.9. Zu Artikel 1 Nr. 12, 46 - Änderung des §§ 73, 128 SGB V (Unzulässige Zusammenarbeit)

Der SoVD begrüßt es, wenn die unzulässige Zusammenarbeit näher konkretisiert wird. Insbesondere der neue § 128 Absatz 5a SGB V, der die Beeinflussung von Patientinnen und Patienten zur Inanspruchnahme von privatärztlichen Leistungen statt Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung als vertragsärztlichen Verstoß definiert. Dies kann ein geeignetes Mittel sein, um der Praxis der Ausweitung der sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen entgegenzuwirken. Wir fordern den Gesetzgeber auf, dieses Thema generell für alle Bereiche zu regeln.

1.10. Zu Artikel 1 Nr. 14 - Änderung des § 75 SGB V (Inhalt und Umfang der Sicherstellung)

Die Zielstellung des Änderungsantrages 14 der Fraktion der CDU/CSU und FDP (Ausschussdrucksache 17(14)0190 neu), mit dem die Wartezeit bei der Terminvergabe im fachärztlichen Bereich vermindert werden soll, unterstützt der SoVD. Allerdings ist die vorgeschlagene Gesetzesänderung nicht zielführend. Es bleibt unklar, was eine angemessene und zeitnahe fachärztliche Versorgung überhaupt ist. Zudem fehlen Mechanismen, die die konkrete Bevorzugung einzelner Patientengruppen sanktionieren. Zielführender wäre es deshalb, an der Ursache der langen Wartezeiten anzusetzen. Diese sind aber nach Ansicht des SoVD die reformbedürftige Bedarfsplanung und die unterschiedliche Honorierung zwischen Privat- und Kassenpatientinnen und -patienten. Der SoVD ist der Ansicht, dass die Ärztinnen und Ärzte nicht aus bloßer Willkür Patientinnen und Patienten benachteiligt sondern falsche Anreize und Steuerungssysteme hierfür die Ursache bilden. Inwieweit die vor-

geschlagene Gesetzesänderung die Versorgungsrealität tatsächlich ändert, muss daher kritisch hinterfragt werden.

Einen Baustein zu einer flächendeckenden Versorgung und zugleich zu einer möglichen Arbeitsentlastung gerade in strukturschwachen Gebieten stellt die Änderung des § 75 SGB V dar. Es ist daher zu begrüßen, dass der Notdienst der kassenärztlichen Vereinigungen auch in Kooperation mit den örtlichen Krankenhäusern erfolgen kann und auch damit dem Gedanken einer sektorübergreifenden Versorgung Rechnung getragen wird.

Im Zusammenhang mit der Sicherstellung begrüßen wir auch die Stellungnahme des Bundesrates dahingehend, dass die an der Versorgung teilnehmenden Vertrags(zahn-)ärzte auch verpflichtet sind, Versicherte im Basistarif der Privaten Krankenversicherung zu behandeln und die derzeitigen Probleme dieser Versicherten bei der Arztsuche damit zu beheben.

1.11. Zu Artikel 1 Nr. 19 - Änderung des § 84 Abs. 8 SGB V (Praxisbesonderheiten)

Es ist ein Schritt in die richtige Richtung, wenn bundeseinheitliche Praxisbesonderheiten festgelegt werden, um eine einheitliche Handhabung sicherzustellen. Parallel dazu erachten wir es aber als ebenso notwendig, regionale bzw. lokale Besonderheiten zu berücksichtigen, wie es das Gesetz ebenfalls vorsieht. Da sich Praxisbesonderheiten immer aus der Zusammensetzung eines bestimmten Patientenstammes zurückführen lassen, ist es sinnvoll, zumindest bei der Festlegung bundeseinheitlicher Praxisbesonderheiten die maßgeblichen Patientenorganisationen in die Festlegung einzubeziehen.

1.12. Zu Artikel 1 Nr. 20 ff., 80 - Änderung der §§ 85 ff., 295 SGB V (Vertrags(zahn-)ärztliche Vergütung und ambulante Kodierrichtlinien)

Der SoVD vermisst in den Änderungen zu den §§ 85 ff. SGB V eindeutige Regelungen, wie eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Leistungserbringers entgegengewirkt werden kann. Wir fordern, dass nicht nur die Kassenärztlichen Vereinigungen allein bestimmen, wie die Honorarverteilung zu erfolgen hat. Auch weitere Beteiligte (zum Beispiel die Krankenkassen) müssen aktiv einbezogen werden, um zu gewährleisten, dass die Honorarverteilung einerseits tatsächlich zu einer verbesserten Versorgung vor Ort führt, andererseits keine Arztgruppe bei der Honorierung diskriminiert wird und gleichzeitig dem Interesse der Patientinnen und Patienten nach einer finanzierbaren, flächendeckenden Versorgung Rechnung getragen wird.

Für den SoVD ist nicht nachvollziehbar, wie sich die Vergütung entsprechend der Morbiditätsentwicklung verändern soll, wenn das Instrument, welches die Morbiditätsentwicklung abbilden sollte, die verpflichtenden ambulanten Kodierrichtlinien nach § 295 Abs. 3 SGB V mit dem Artikel 1 Nr. 80 gestrichen werden. Wir verlangen, dass, wenn die Morbiditätsentwicklung als Kriterium für die Entwicklung der Vergütung herangezogen wird, die Morbiditätsentwicklung auch klar abgebildet werden muss, zum Beispiel durch die Anwendung der ambulanten Kodierrichtlinien. Es kann nicht sein, dass auf Grund des Widerstandes der Leistungserbringer die verbindliche Einführung der Kodierrichtlinien mehrmals verschoben

wurde und diese nunmehr abgeschafft werden aber ein anderes Instrument zur Messung der Morbidität nicht zur Verfügung gestellt wird.

Im Zusammenhang mit der Änderung der ärztlichen Vergütungssystematik begrüßen wir jedoch, dass durch die Lockerung der Pflicht zur Pauschalisierung ausweislich der Gesetzesbegründung der Bereich der Telemedizin und Gesprächsleistungen besser abgebildet werden können. Diese Änderung zu Gunsten der Telemedizin kann ein Mittel darstellen, um gerade im ländlichen Bereich die Versorgungsqualität zu verbessern. Die bessere Vergütung von Gesprächsleistung setzt eine langjährige Forderung des SoVD um und ermöglicht es, sich mit der individuellen Betroffenheit des Patienten auseinanderzusetzen. Damit wird der Trend hin zu einer immer stärkeren Minuten-Medizin gestoppt. Wir appellieren in diesem Zusammenhang an die verantwortliche Selbstverwaltung, mit der skizzierten Öffnungsklausel im Sinne der Versicherten, Patientinnen und Patienten verantwortungsvoll umzugehen und diese Möglichkeit nicht für Honorarsteigerungen zu nutzen.

Honorarsteigerungen befürchten wir schon auf Grund der Entkoppelung der vertragszahnärztlichen Honorierung (§ 85 SGB V) von der Grundlohnsummenentwicklung bei der zahnärztlichen Versorgung. Im Zusammenhang mit der Novellierung der Gebührenordnung bedeutet dies durch höhere Zuzahlungen und höhere Zusatzbeiträge eine erhebliche weitere Belastung der Versicherten. Die bereits jetzt von unseren Mitgliedern berichtete problematische Situation in der zahnärztlichen Versorgung würde sich weiter verschärfen.

Der Gesetzgeber ist grundsätzlich aufgefordert, die zahnärztliche Versorgung in den Fokus zu rücken. Denn nicht nur die Problematik des Zahnersatzes und der entsprechenden Festbeträge sondern auch die zahnärztliche Versorgung von Menschen mit Behinderung und pflegebedürftigen Menschen ist verbesserungswürdig. Dabei darf aber nicht die Maxime gelten, dass die Leistungserbringer ständig mehr Geld für Leistungen erhalten, die sie ohnehin schon erbringen müssen. Es wäre daher zu prüfen, ob die Vergütungssystematik bei gleichzeitigen Honorarvolumen geändert werden muss. Zudem wäre das Thema der Barrierefreiheit von Zahnarztpraxen und der Aufbau mobiler Versorgungskonzepte in den Mittelpunkt zu stellen, konkrete Modellvorhaben zu etablieren, zu evaluieren und dann gegebenenfalls in die Versorgung zu integrieren.

In diesem Zusammenhang erlauben wir uns, Ziffer 4 der Stellungnahme des Bundesrates (Individual- und Gruppenprophylaxe für Menschen mit Behinderung bzw. pflegebedürftige Menschen) grundsätzlich positiv zu beurteilen. Allerdings wird auch hierbei nicht berücksichtigt, dass die Barrierefreiheit von Zahnarztpraxen und das fehlende Aufsuchen von Einrichtungen durch die Zahnärzte weitere Probleme darstellen. Zudem muss geprüft werden, wie zum Beispiel demente Patientinnen und Patienten, die keiner Pflegestufe zugeordnet sind, ebenfalls in den Adressatenkreis einbezogen werden können. Generell stellt sich die Frage, ob Prophylaxeleistungen in den Leistungskatalog eingegliedert werden müssen.

Insgesamt fordern wir, dass Änderungen im Bereich der ärztlichen und zahnärztlichen Honorierungen so gestaltet werden, dass sie nicht zu spürbaren Mehrbelastungen bei den Versicherten führen.

Verfahrenstechnisch möchte der SoVD an dieser Stelle betonen, dass es notwendig ist, auf Grund der Konnexität zwischen den Entscheidungen im G-BA und der Folgenentscheidung im (Erweiterten) Bewertungsausschuss auch dort Patientenvertretern ein gleiches Beteili-

gungsrecht wie im G-BA einzuräumen. Dies ist umso zwingender, da durch die Einfügung des § 87 Abs. 5a SGB V nunmehr auch die DKG in Fällen der Aufnahme von Leistungen nach dem neuen § 116b SGB V in den einheitlichen Bewertungsmaßstab an den Beratungen des Bewertungsausschusses teilnimmt.

Anstatt die unklare Regelung des § 87 Abs. 9 SGB V zur Konvergenz der ärztlichen Vergütung zu streichen, würde es der SoVD vorziehen zu prüfen, inwiefern diese Regelung dahingehend umgestaltet werden kann, eine bundeseinheitliche Vergütung herzustellen.

Für den SoVD ist es nicht verständlich, wieso durch den Artikel 1 Nr. 26 (§ 87d SGB V) nunmehr die Mengenbegrenzung für die extrabudgetären Leistungen im Jahr 2012 vollkommen aufgehoben werden soll. Es ist zwar richtig, dass die pauschale Begrenzung in einzelnen Teilgebieten unerwünschte Wirkungen hat, es ist aber deshalb nicht zwingend, eine totale Aufhebung des Mengendeckels durchzuführen. Vorzugswürdig wäre es, für die Bereiche den Mengendeckel beizubehalten, bei denen die Leistungserbringer die Mengenentwicklung selbst bestimmen können. Der Mengendeckel wäre also für absolute Indikationen (z.B. Dialyse) aufzuheben. Schließlich darf nicht vergessen werden, dass diese Mengenbegrenzung ein Teil des, für den SoVD sowieso schon zu geringen, ärztlichen Beitrags zum GKV-FinG war. Der SoVD bedauert, dass in Aussicht gestellte Sparmaßnahmen der Ärzteschaft zurückgenommen werden und damit die ungleiche Lastenverteilung des GKV-FinG jetzt noch weiter verschärft wird.

1.13. Zu Artikel 1 Nr. 22 ff. - Änderung der §§ 87 ff. SGB V (Sicherstellung der ärztlichen Versorgung)

Es kann richtig sein, Vergütungsanreize zur Steuerung der Versorgung einzusetzen. Diese müssen aber zielgenau darauf ausgerichtet sein, einer Überversorgung vorzubeugen bzw. diese abzubauen und eine Unterversorgung zu verhindern bzw. beseitigen. Gleichzeitig muss auch die Wirtschaftlichkeit sichergestellt werden. Diesen Prämissen wird der Entwurf nicht umfänglich gerecht.

So ist es unseres Erachtens nicht zielführend, wenn mit dem Artikel 1 Nr. 22 (Änderung des § 87 Abs. 2e SGB V) die abweichenden Punktwerte bei festgestellter Über- bzw. Unterversorgung gestrichen werden. Dies führt nicht dazu, dass in überversorgten Gebieten ein negativer Anreiz gesetzt wird. Das ist aber nötig, um einen Kontrapunkt zu der Förderung unterversorgter Planungsbereiche zu setzen und die Ausgabenneutralität möglichst einzuhalten.

Zudem ist bei der Regelung der Vergütungsanreize zu beachten, dass die geplanten Zuschläge durch Artikel 1 Nr. 23 (Änderung des Artikel 87a Abs. 2 SGB V) bei einer höheren Versorgungsqualität nachweisbar zu einer Verbesserung der Versorgungssituation der Patienten führen muss. Dafür müssen Qualitätssicherungsverfahren auch im ambulanten Bereich entwickelt werden. Dies dürfte einen gewissen zeitlichen Vorlauf bedingen, so dass diese Regelung erst langfristig umgesetzt werden könnte. Weiterhin ist der Wortlaut der Norm zu unpräzise.

Es ist für den SoVD bedenklich, wenn diese Regelung insbesondere für Planungsbereiche mit festgestellter bzw. drohender Unterversorgung gelten soll. Das lässt den Raum, auch in anderen und sogar überversorgten Gebieten Zuschläge zu vereinbaren. Andererseits ist der

Anwendungsbereich auch deshalb unklar, da diese Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungserbringer bzw. förderungswürdige Leistungen festgelegt werden können und lediglich durch zwei einfache Beispiele konkretisiert werden (Hausbesuche, Senkung des Blutzuckerspiegels). Aus der Sicht des SoVD entspricht es jedoch dem ärztlichen Selbstverständnis, z. B. den Blutzuckerspiegel so gut wie möglich einzustellen. Eine besondere, förderungswürdige Qualität ist darin nicht zu erkennen. Natürlich kann es Bedarf nach mehr Hausbesuchen geben. Es ist aber fraglich, ob diese durch einen Zuschlag tatsächlich attraktiver gestaltet werden können, oder ob eine generelle Änderung der Vergütung für Hausbesuche erforderlich ist. Dies wäre aber Aufgabe des Bewertungsausschusses. Zudem müssen Instrumentarien entwickelt werden, dass diese förderungswürdigen Leistungen nicht dazu führen, dass andere Leistungen dann nicht mehr in erforderlichem Umfang erbracht werden und sich andere Versorgungslücken eröffnen, die dann durch erneute Zuschläge geschlossen werden müssen.

Da ein regionaler Bedarf regelmäßig nur mit den Betroffenen selbst, also den Patientinnen und Patienten, ermittelt werden kann, sind diese bei der Festlegung der Zuschläge einzubinden. Daher fordert der SoVD, diese Zuschläge bedarfsgebunden einzuführen und unter Beteiligung der maßgeblichen Patientenorganisationen zu ermitteln.

Zudem wäre zu prüfen, ob es gerechtfertigt sein kann, in überversorgten Gebieten die Fallzahlen abzusenken und damit dort einen negativen Anreiz zu setzen. Demgegenüber ist nur geplant, in unterversorgten Gebieten die gesetzliche Abstufung abzuschaffen (Änderung des § 87b SGB V). Richtiger wäre es jedoch, in unterversorgten Gebieten erhöhte Fallzahlen festzulegen. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass in unterversorgten Gebieten regelmäßig ein höherer Patientenkontakt stattfindet. Gleichzeitig wäre aber auch die Wirtschaftlichkeit weiterhin gewährleistet.

Der SoVD ist bei finanziellen Anreizen zur Sicherstellung der Versorgung generell der Auffassung, dass das bisherige Honorarvolumen zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung ausreichen sollte. Qualitäts- und sonstige Zuschläge können wir daher nur mittragen, wenn diese seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen aus dem bestehenden Honorarvolumen bestritten werden und zum Beispiel mit Qualitätsabschlägen bei unzureichender Qualität kompensiert werden.

1.14. Zu Artikel 1 Nr. 28 - Einfügung des § 90a SGB V (Gemeinsames Landesgremium)

Für den SoVD ist es zwingend erforderlich, in dem neuen fakultativen Landesgremium nach § 90a SGB V eine Patientenbeteiligung zu etablieren. Die rein fakultative Möglichkeit, Patientenorganisationen hinzuzuziehen, die sich nur in der Gesetzesbegründung wiederfindet, wird dem Anspruch der Beteiligung Betroffener zu Fragen der sektorübergreifenden Versorgung nicht gerecht. Zudem bleibt fraglich, ob die Etablierung eines weiteren, rein beratenden Gremiums sachlich notwendig ist. Notwendig wäre, dieses Gremium mit konkreten Entscheidungsbefugnissen auszustatten und durch das gemeinsame Landesgremium die Bedarfsplanung im ambulanten und stationären Bereich zu verzahnen.

1.15. Zu Artikel 1 Nr. 29 - Änderung des § 91 SGB V (G-BA)

Wir begrüßen es, wenn das Gesetz durch die Änderung des § 91 SGB V die Verfahrensabläufe im G-BA weiter optimieren möchte. Dazu gehört für uns auch, die wichtige Arbeit der Patientenvertretung institutionell, durch eine adäquate finanzielle und personelle Ausstattung, aber auch verfahrensrechtlich, zum Beispiel durch die Einführung eines Stimmrechts in Verfahrensfragen, zu stärken. Daneben sind generell die Beteiligungsrechte der Patientenvertretung auf weitere Gremien wie z.B. den Bewertungsausschuss entsprechend auszuweiten. Wir begrüßen es daher, wenn durch den Änderungsantrag 30 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP (Ausschussdrucksache 17(14)0190neu) die geübte Praxis bei Vereinbarungen der Bundesmanteltarifpartner nach § 135 Abs. 2 SGB V gesetzlich umgesetzt wird. Der SoVD verbindet damit aber auch die Erwartung, dass die verfahrensrechtliche Stellung der Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss entspricht.

Wichtig ist für uns, dass der Weg zu sektorübergreifenden Entscheidungen nicht verlassen wird. Wir wenden uns daher gegen Bestrebungen, die sektorübergreifende Besetzung partiell aufzugeben. Zudem entspricht es schon heute der geübten Praxis, dass zum Beispiel im Unterausschuss Zahnärztliche Behandlung weder die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) noch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) anwesend sind. Ein Änderungsbedarf besteht daher für uns nicht.

Weiterhin gehört es für uns zu den Aufgaben der Selbstverwaltung, über die Besetzung der Gremien grundsätzlich selbst zu entscheiden. Einer Bestätigung der unparteiischen Mitglieder durch den Bundestag bzw. den Ausschuss für Gesundheit stehen wir kritisch gegenüber. Dies würde die bisherige Legitimationsbasis des Gemeinsamen Bundesausschusses wesentlich verändern. Generell sehen wir darin die Gefahr, dass versteckt politischer Einfluss auf den G-BA genommen wird. Die genauen Auswirkungen dieser Änderung werden wir kritisch begleiten, teilen aber insofern die Einschätzung des Bundesrates in seiner Stellungnahme.

Wir begrüßen es natürlich, dass unparteiische Mitglieder eine Karenzzeit zwischen ihrer beruflichen Tätigkeit und der Tätigkeit als Unparteiischer aufweisen müssen. Darüber hinaus regen wir an, auch den maßgeblichen Patientenorganisationen ein Vorschlagsrecht einzuräumen und die Patientenorganisationen durch ihn zu repräsentieren.

Schließlich ist es nicht zielführend, wenn bestehende Abstimmungsquoren verändert werden. Besonders im Bereich der Methodenbewertung würde die im Gesetzentwurf geplanten Änderungen dazu führen, dass nicht nutzbringende Methoden nur erschwert ausschließbar wären. Dass durch diese Änderung des Quorums die Akzeptanz der Entscheidungen des G-BA erhöht wird, ist nicht nachvollziehbar. Als einer der größten Sozialverbände Deutschlands haben wir bisher die Erfahrung gemacht, dass der G-BA gerade kein Akzeptanzproblem hat und die Entscheidungen, die die Patientenvertretung mittragen konnte, gut vermittelbar sind. Für den SoVD ist zudem unklar, wie es der Öffentlichkeit transportiert werden soll, dass bei entsprechend vorliegenden Studien und Auswertungen (z.B. durch das IQWiG), die eine Schädlichkeit bzw. keinen Nutzen ergeben, dennoch kein Ausschlussbeschluss gefasst wurde, da das Quorum zu hoch liegt. Diese Regelung führt also vielmehr dazu, die Akzeptanz von Entscheidungen des G-BA zu erschüttern.

Der Ausbau des Stellungnahmerechts durch die Neufassung des § 91 Abs. 9 SGB V wird vom SoVD äußerst kritisch gesehen. Grundsätzlich begrüßen wir es, wenn neben dem schriftlichen Stellungnahmeverfahren auch ein mündliches Stellungnahmeverfahren durchgeführt wird. Wir sehen darin allerdings die erhebliche Gefahr, dass sich die Bearbeitungsprozesse durch die Gelegenheit zur mündlichen Stellungnahme weiter verlängern. Zumal auch schon heute Transparenz dadurch hergestellt wird, dass sich mit den schriftlichen Stellungnahmen dezidiert auseinandergesetzt werden muss.

Es ist auch nicht hilfreich, wenn die Stellungnahmeberechtigten auch die Möglichkeit erhalten, an den Unterausschusssitzungen teilzunehmen, wie es der Gesetzentwurf vorsieht. Eine ausreichende Auseinandersetzung mit ihren Positionen ist schon mit dem Stellungnahmerecht genüge getan. Des Weiteren wird mit den Änderungen des § 92 SGB V der Kreis der Stellungnahmeberechtigten noch erweitert, so dass schon dies zu einer weiteren Verfahrensverzögerung führt. Der SoVD befürwortet, die Verfahrensprozesse im G-BA zu optimieren und schneller zu machen und regt daher an, diese Regelung zu streichen.

1.16. Zu Artikel 1 Nr. 33 und Artikel 9 Nr. 5 - Änderung des §§ 98 SGB V, 19 Ärzte-ZV (Befristung von Zulassungen)

Grundsätzlich befürwortet es der SoVD, dass durch diese Änderungen nunmehr in Gebieten mit einem Versorgungsgrad von über 100 Prozent die Zulassungen befristet erteilt werden. Dies kann dazu beitragen, die Überversorgung zu begrenzen. Wirksamer wäre dieses Instrument aber dann, wenn der § 98 SGB V in Verbindung mit § 19 Ärzte-ZV als verbindliche Vorschrift und nicht als Ermessensvorschrift gestaltet wird. Zudem ist zu prüfen, wie sichergestellt werden kann, dass auch in Planungsgebieten, in denen Zulassungsbeschränkungen angeordnet wurden, diese Regelung sinnvollerweise auch umgesetzt werden. Es ist für den SoVD nicht nachvollziehbar, dass bei einer Überversorgung, die zu einer Zulassungsbeschränkung führt, im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens unbefristete Zulassungen erteilt werden, bei einer geringeren Überversorgung jedoch befristete Zulassungen möglich sind.

1.17. Zu Artikel 1 Nr. 34 ff. - Änderung des § 99 ff. SGB V (Bedarfsplanung)

Die Einschätzung, dass es zukünftig einen Mangel an Ärztinnen und Ärzten im ländlichen Bereich geben wird, bekräftigt der SoVD. Dennoch möchten wir darauf hinweisen, dass dies auch für strukturschwache urbane Bereiche gelten kann bzw. gilt. Hinsichtlich der konkreten Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung setzen auch wir uns dafür ein, dass die Planungsbereiche sich nicht mehr an den jeweiligen Stadt- und Landkreisgrenzen orientieren (Änderung des § 101 SGB V). In zweierlei Hinsicht ist hier eine Flexibilisierung erforderlich. Zum einen muss es möglich sein, innerhalb eines Landkreises Differenzierung vorzunehmen, zum anderen muss der Stadt-Umland-Problematik Rechnung getragen werden. Deshalb muss es auch möglich sein, über Kreisgrenzen hinweg einheitliche Planungsbezirke zu bilden. Dies betrifft natürlich auch bestehende Landesgrenzen (z.B. bei den Stadtstaaten).

Im weiteren Gesetzgebungsprozess ist die sachgerechte Ausgestaltung der Bedarfsplanung zu konkretisieren. So ist es für den SoVD zwingend erforderlich, soziale Strukturen in die Bedarfsplanung mit einzubeziehen. Daneben müssen aber auch Kriterien wie die Barriere-

freiheit von Arztpraxen Berücksichtigung finden können. Vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention, des Nationalen Aktionsplans zur Umsetzung der UN-BRK aber auch der Pflicht zur Berücksichtigung der Belange behinderter Menschen im SGB V halten wir dieses Kriterium für unabdingbar.

Es wäre ein wichtiges Zeichen im Sinne des Nationalen Aktionsplanes zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention gewesen, wenn der Gesetzgeber zumindest in der Gesetzesbegründung darauf Bezug genommen hätte, dass die Barrierefreiheit einer Arztpraxis eine Sonderbedarfszulassung ermöglicht. Generell gibt es aber keine Bedenken, dass der G-BA die Kriterien für Sonderbedarfszulassungen konkretisiert.

Weiterhin sehen wir es kritisch, wenn auf Landesebene von den Richtlinien des G-BA abgewichen werden darf. Unseres Erachtens erfordert es eine bundeseinheitliche Regelung, die festlegt, wann regionale Besonderheiten vorliegen, die ein Abweichen von den Richtlinien des G-BA rechtfertigen. Insgesamt sehen wir bei der Änderung des § 99 SGB V auch vor dem Hintergrund, dass dieser regelmäßig einen Grundrechtseingriff in Art. 12 GG darstellt, erheblichen Konkretisierungsbedarf und regen an, auch eine stärkere Vernetzung der ambulanten und der stationären Bedarfsplanung zu ermöglichen.

Generell möchten wir an dieser Stelle anmerken, dass kritisch geprüft werden muss, wie der tatsächliche Bedarf zu erheben ist. Dafür sind unseres Erachtens wissenschaftliche Untersuchungen nötig, die (unter anderem durch patientenbezogene Untersuchungen) den tatsächlichen Bedarf ermitteln und so die Grundlage für eine tatsächlich bedarfsorientierte Bedarfsplanung bilden. So ist es zum Beispiel heute so, dass trotz auf dem Papier bestehender guter psychologischer Versorgung extrem lange Wartezeiten für Patientinnen und Patienten bundesweit bestehen. Dies lässt sich aber nur ändern, wenn neue Instrumente entwickelt werden, den Bedarf patientennah zu messen.

Grundsätzlich ist es richtig, wenn ermächtigte Ärztinnen und Ärzte, die an der neuen ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilnehmen, in dem Umfang aus der Berechnung des Versorgungsgrades herausfallen. An dieser Stelle möchten wir aber anmerken, dass es unseres Erachtens zwingend ist, auch für die ambulante spezialärztliche Versorgung eine Zulassungsregelung einzuführen, um ungewünschter Mengenausweitung entgegenzuwirken.

1.18. Zu Artikel 1 Nr. 36 - Änderung des § 103 SGB V (Nachbesetzungsverfahren)

Die Maßnahmen, um die Überversorgung abzubauen, sind unzureichend. Die bloße Förderung des Verzichts auf die Zulassung stellt gerade nicht sicher, dass Vertragsarztsitze wirklich abgebaut werden und sich die Überversorgung damit nicht manifestiert. Als Selbstverwaltung, die die flächendeckende Versorgung sicherstellen soll, sind die kassenärztlichen Vereinigungen zu verpflichten, in überversorgten Gebieten überzählige Arztpraxen aus der Versorgung zu nehmen, sobald Zugriffsmöglichkeiten auf die Sitze besteht. Daher setzen wir uns für eine Stärkung des Vorkaufsrechtes der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) ein.

Wir sehen es daher als kontraproduktiv an, wenn dieses Vorkaufsrecht der KVen nicht gegenüber Ehegatten usw. angewendet werden kann. Eine weitere Einschränkung erhält dieses Vorkaufsrecht zudem dadurch, dass es nicht ausgeübt werden darf, wenn vertraglich einem Dritten das Vorkaufsrecht vor dem 31.12.2011 eingeräumt wurde. Auch dies bewirkt,

dass bestehende Strukturen bis zum 31.12.2011 manifestiert werden können. Unabhängig davon, ob Befürchtungen, dass vor diesem Stichtag noch Vorkaufsrechte vereinbart werden, sich bestätigen, mahnen wir eine Konkretisierung und Verschärfung dieser Regelung an.

Bedenken äußert der SoVD gegenüber der Regelung, dass die Tätigkeit in einem unterversorgten Gebiet bei der Nachbesetzungsentscheidung berücksichtigt wird. Es besteht dadurch die Gefahr, dass die Tätigkeit im unterversorgten Gebiet nur als Sprungbrett für die Nachbesetzung genutzt wird. Gerade für die hausärztliche Versorgung im ländlichen Bereich ist aber eine kontinuierliche Behandlung über viele Jahre hinweg erforderlich. Es ist für das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht hilfreich, wenn zum Beispiel alle fünf Jahre der Hausarzt wechselt.

Im Übrigen begrüßen wir die weiteren Neuregelungen, die die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf gewährleisten. Denn hier liegt in unseren Augen der Schlüssel zu einer besseren Versorgung. Erst wenn Familie und Beruf besser vereinbar sind und die kommunalen Strukturen (Kino, Theater, Schulen, Bibliotheken...) im ländlichen Raum vorhanden sind, dann ist die ärztliche Tätigkeit dort attraktiv. Monetäre Anreize allein werden hier keine wesentliche Veränderung herbeiführen. Daher muss die Bundesregierung und müssen auch die Länder eine ausreichende finanzielle Ausstattung der Kommunen sicherstellen. Auch dies muss Bestandteil einer Strategie zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum werden.

Schließlich ist es auch richtig, im Nachbesetzungsverfahren die Erfüllung besonderer Versorgungsbedürfnisse zu berücksichtigen. Hierbei ist darauf zu achten, dass die Beteiligungsrechte der Patienten in den entsprechenden Ausschüssen gestärkt werden und die Voten der maßgeblichen Patientenorganisationen Beachtung finden.

1.19. Zu Artikel 1 Nr. 37 - Änderung des § 105 SGB V (Förderung der vertragsärztlichen Versorgung)

Der SoVD ist der Ansicht, dass die Sicherstellung der flächendeckenden vertragsärztlichen Versorgung zum Sicherstellungsauftrag der KVen gehört. Diese haben eigenverantwortlich dafür Sorge zu tragen, dass sie dieser Aufgabe nachkommen. Wir begrüßen es daher, wenn der Gesetzgeber ihnen durch die Möglichkeit zum Betrieb von Eigeneinrichtungen und neuer Förderungsmöglichkeiten die entsprechenden Instrumente zur Verfügung stellt. Gleichzeitig ist es sinnvoll, auch den Kommunen subsidiär die Möglichkeit zu geben, auf regionale Versorgungsprobleme zu reagieren und ebenfalls Eigeneinrichtungen betreiben zu können.

Wenn der Sicherstellungsauftrag aber Aufgabe der KVen ist, so ist es für den SoVD folgerichtig, dass die finanziellen Mittel allein von den kassenärztlichen Vereinigungen getragen werden. Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Krankenkassen sich ebenfalls direkt an den dafür eingerichteten Fonds paritätisch beteiligen, zumal über die Verwendung der Gelder allein die kassenärztlichen Vereinigungen entscheiden sollen.

Zudem muss kritisch geprüft werden, ob zum Beispiel durch die Förderung von Stipendien usw. nicht erneut der Versichertengemeinschaft die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen auferlegt wird. Schließlich ist es unter anderem so, dass die Privaten Krankenversicherungen und deren Versicherten, denen eine ausgewogene flächendeckende Versorgung ebenfalls zu Gute kommt, an diesen Kosten nicht beteiligt werden.

1.20. Zu Artikel 1 Nr. 38 - Änderung des § 106 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung)

Grundsätzlich begrüßt es der SoVD, wenn das Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung einer kritischen Würdigung unterzogen und insbesondere der Beratung mehr Gewicht eingeräumt wird. Patientinnen und Patienten klagen auch heute noch darüber, dass bei Verordnung teilweise mit der Begründung des ausgeschöpften Budgets Leistungen zögerlich oder gar nicht verordnet werden. Deshalb ist es wichtig und richtig, Ärztinnen und Ärzte zu beraten und darüber aufzuklären, dass bei wirtschaftlicher Verordnungsweise auch eine Richtgrößenüberschreitung nicht automatisch zum Regress führt.

Dennoch erachten wir es nicht als zielführend, bei einer erstmaligen Richtgrößenüberschreitung um mehr als 25 Prozent keinen Regress festzusetzen. Wenn nach der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten usw. eine solche Überschreitung weiterhin vorhanden ist, nicht begründet werden kann und unterjährige Kontrollmöglichkeiten nicht genutzt wurden, sollte die Möglichkeit eines Regresses durchaus weiterbestehen.

1.21. Zu Artikel 1 Nr. 40 - Einfügung eines § 111c SGB V (Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen)

Der SoVD begrüßt, dass durch diese Änderung nunmehr die Gleichwertigkeit zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation auch gesetzlich verankert wird.

1.22. Zu Artikel 1 Nr. 44 - Neufassung des § 116b SGB V (Ambulante spezialärztliche Versorgung)

Wir teilen die Einschätzung, dass die wohnortnahe fachärztliche Versorgung unverzichtbarer Bestandteil der ambulanten ärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten bleibt und begrüßen Maßnahmen, die die sektorale Abgrenzung im deutschen Gesundheitssystem überwinden.

Verbesserungsbedarf bei der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sehen wir allerdings im Bereich der Qualitätssicherung. Es ist nicht ausreichend, wenn allein zum Zeitpunkt der Zulassung die Strukturqualität geprüft wird. Unserer Ansicht nach besteht Konkretisierungsbedarf, inwiefern auch die Ergebnis- und Prozessqualität einer Prüfung unterzogen werden sollen. Zudem ergibt sich das praktische Problem, dass über die Zulassung binnen zweier Monate auf Grund einer Richtlinie des G-BA zu entscheiden ist. Tritt das Gesetz aber zum 01. Januar 2012 in Kraft, müssen die ersten Entscheidungen Anfang März 2012 getroffen werden. Übrigenfalls wird die Genehmigung fingiert. Eine neue Richtlinie des G-BA wird bis zu diesem Zeitpunkt aber schwerlich schon bestehen. Das heißt dann aber, die Zulassungsbehörden haben keine sichere Rechtsgrundlage für ihre Entscheidungen. Inwiefern dann tatsächlich im Patienteninteresse Entscheidungen getroffen werden oder der Teilnahme an dieser Versorgungsform Tür und Tor geöffnet ist, ist fraglich.

Zudem stößt es auf Bedenken, wenn auch in diesem Bereich alle Methoden erbracht werden dürfen, sofern diese nicht vom G-BA ausgeschlossen sind. Die Patientensicherheit erfordert aber genau das Gegenteil. Methoden müssen erst geprüft werden bevor sie flächenmäßig erbracht werden dürfen.

Darüber hinaus halten wir es für zwingend notwendig, Maßnahmen zur Mengensteuerung einzuführen. Soll die ambulante spezialärztliche Versorgung extrabudgetär vergütet werden, so erwarten wir eine erhebliche Mengenausweitung. So nutzbringend die ambulante spezialärztliche Versorgung sein kann, so zwingend ist aber auch, dass damit keine übermäßigen Mehrbelastungen der Versicherten einhergehen dürfen. Zudem muss auch für diesen Bereich eine Bedarfsplanung erfolgen, um einen gleichberechtigten Zugang aller Patientinnen und Patienten zu dieser Versorgungsform zu gewährleisten.

1.23. Zu Artikel 1 Nr. 54 ff. - Änderung der §§ 137c ff. SGB V (Innovative Behandlungsmethoden)

Wir begrüßen es, wenn im Referentenentwurf beabsichtigt ist, durch eine stärkere Forschung den Nutzen von Innovationen im Krankenhaus wissenschaftlich zu untersuchen. Der dabei vorgeschlagene Weg mit der Änderung des § 137c SGB V ist jedoch verbesserungswürdig. So müssen Instrumente entwickelt werden, die nicht nur dazu führen, dass Methoden, die nicht im Fallpauschalsystem abgebildet werden können, bewertet werden, sondern sämtliche neue Behandlungsmethoden.

Zudem muss dafür Sorge getragen werden, dass sämtliche neue Behandlungsmethoden erst nach einer positiven Bewertung in die flächendeckende Versorgung Eingang finden können.

Eine Methode sollte nach Meinung des SoVD zudem nur dann Eingang in den Leistungskatalog finden, wenn sie das Versorgungsgeschehen tatsächlich verbessert. Es bestehen Bedenken, einen Ausschluss einer Methode daran zu knüpfen, dass die Methode kein Potential hat. Dies ist wissenschaftlich kaum belegbar. Im Endeffekt wird es dann fast nicht mehr zum Ausschluss einer Methode kommen. Dies widerspricht allerdings dem Schutzinteresse der Patientinnen und Patienten.

Für den Zeitraum der Evaluation der Methode ist daher sicherzustellen, dass neue Behandlungsmethoden an Zentren bewertet werden, die möglichst einheitlich über die Bundesrepublik verteilt sind, um größtmöglichen Zugang zu gewähren. Zudem ist zu prüfen, ob die Hersteller die Kosten der Bewertung der Methode nicht vollständig übernehmen müssten. Zumindest ist der Gesetzeswortlaut dahingehend zu konkretisieren, dass die Kosten nicht nur im angemessenen Umfang übernommen werden müssen. Wir befürchten hier ein erhebliches Konfliktpotential. Auch die Gesetzesbegründung, wonach sich die Angemessenheit insbesondere an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Unternehmen orientiert, läuft letztendlich darauf hinaus, dass besonders bei kleineren Unternehmen die Evaluation von Forschungsergebnissen regelmäßig mit Versichertengeldern finanziert wird. Es entspricht aber vielmehr dem unternehmerischen Risiko, die Forschungsergebnisse zu evaluieren, um dadurch den Zugang zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten. Wir begrüßen es, dass auch der Bundesrat entsprechende Kritik an dieser Regelung geäußert hat.

1.24. Zu Artikel 1 Nr. 67 - Änderung des § 221b (Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich)

Durch die geplante Änderung des § 221b SGB V sieht sich der SoVD in seiner Auffassung bestätigt, dass der Sozialausgleich entgegen der Gesetzesbegründung des GKV-FinG nicht

verlässlich und vollständig durch Bundesmittel finanziert wird. Neben seinen strukturellen Defiziten wird der Sozialausgleich nunmehr auch nicht vollständig durch Steuermittel refinanziert und verschärft damit noch einmal die soziale Schieflage der Finanzierungssystematik der GKV. Im GKV-FinG wurde noch beschlossen, dass der Sozialausgleich vollständig aus Steuermitteln finanziert wird und damit alle Einkommen in jeder Höhe an der solidarisch zu tragenden Last teilhaben. Dies sollte Gerechtigkeit in das System des Sozialausgleichs bringen. Dieser Grundgedanke wird nun aus haushälterischen Überlegungen ohne durchgreifende Begründung über Bord geworfen.

Die Gesetzesbegründung, dass die Mehrausgaben im vertrags(zahn-)ärztlichen Bereich vom Bundeszuschuss zum Sozialausgleich abgezogen werden, sofern ihnen keine Minder Ausgaben in gleicher Höhe gegenüberstehen, vermag die Abkehr vom Grundsatz des GKV-FinG nicht zu rechtfertigen. Zudem haben die Mehrausgaben ihre Ursache nicht in irgendeiner Handlung der Versicherten und Patientinnen und Patienten, sondern sind grundsätzlich gesetzgeberisch gewollt. Ursächlich sind die Änderungen in der Honorierungssystematik zu Gunsten der Leistungserbringer. Ob diese tatsächlich Versorgungsverbesserungen bringen und damit den Patientinnen und Patienten nutzen, bleibt abzuwarten und wäre erst zu evaluieren. Völlig unklar ist, ob und in welcher Höhe diese Zusatzausgaben tatsächlich durch Einspareffekte durch weniger Krankenhaustransporte usw. tatsächlich kompensiert werden. Nach Ansicht des SoVD sind nennenswerte Einsparungen gerade nicht zu erwarten.

Zudem ist für den SoVD die Regelung systematisch nicht konsequent. Nach der geplanten Regelung sollen die entstehenden Mehrausgaben von den Zuweisungen des Bundes für den Sozialausgleich abgezogen werden. Dies wäre aber nur dann gerechtfertigt, wenn die entstehenden Mehrausgaben auch dem zusätzlichen Volumen des Sozialausgleiches entsprechen würden. Dies ist aber nur dann der Fall, wenn alle Versicherten Sozialausgleich beziehen müssten. Ansonsten verbleibt es dabei, dass nur ein Teil der Versicherten dem Sozialausgleich unterliegt und demnach nur bei diesem Teil die entstehenden Mehrausgaben vom Steuerzuschuss abgezogen werden dürfen. Folgerichtig wäre es deshalb, wenn die Mehrausgaben vom erwarteten Defizit der GKV abgezogen werden und in Folgeschritten dann der Umfang des Zuschusses zum Sozialausgleich mit dem hypothetischen durchschnittlichen Zusatzbeitrag ermittelt werden würde. Insgesamt bestätigt sich auch an dieser Stelle, dass das System des Sozialausgleiches hochgradig kompliziert und intransparent ist.

Wir fordern daher den Gesetzgeber dringend auf, die geplante Änderung so nicht durchzuführen. Eine höhere Honorierung der (Zahn-)Ärzte ohne garantierte Verbesserung der Versorgung darf nicht dazu führen, dass die Versicherten nunmehr entgegen des Versprechens den Sozialausgleich selber finanzieren müssen. Wenn es schon bei den Zusatzbeiträgen und dem Sozialausgleich bleibt, so bleiben wir bei unserer Forderung, die wir schon anlässlich des GKV-FinG erhoben haben: Die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages ist nach den Festlegungen durch den Schätzerkreis zu bestimmen und auf Grund dessen Höhe ist der Bundeszuschuss ohne jedwede Abzüge verbindlich festzulegen.

1.25. Zu Artikel 4 Nr. 2 - Änderung des § 40 SGB XI (Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen)

Der SoVD begrüßt es, dass zukünftig der Träger, bei dem der Antrag gestellt wird, den Antrag bearbeitet. Dies entbindet die Betroffenen, den richtigen Träger bei solchen doppelfunk-

tionalen Hilfsmitteln zu ermitteln. Generell möchten wir in diesem Zusammenhang anregen, dass neben der Zuständigkeit auch die Entscheidungsfrist geregelt wird. Es wäre im Interesse der Betroffenen, wenn ebenso wie zum Beispiel bei langfristiger Heilmittelverordnung eine Genehmigungsfiktion bei überlanger Bearbeitungszeit eintreten würde, sofern eine erforderliche Begutachtung den langen Verfahrensverlauf nicht rechtfertigt.

1.26. Zu Artikel 9 Nr. 8, 11 Änderung des §§ 24, 32 Ärzte-ZV und Artikel 10 Nr. 8, 11 Änderung der §§ 24, 32 Zahnärzte-ZV

Die Lockerung der Residenzpflicht und die erleichterte Errichtung von Zweigpraxen können die Versorgungssituation vor allem im ländlichen Bereich verbessern. Zudem begrüßen wir die Verlängerung der Vertretungszeit im Zusammenhang mit einer Entbindung auf 12 Monate sowie die Möglichkeit der Anstellung eines Entlassungsassistenten für 36 Monate als ein Mittel, für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu sorgen. Der Gesetzgeber ist aber dazu aufgefordert, verbindliche Verlängerungsmöglichkeiten für die Fälle vorzusehen, in denen zum Beispiel eine Kinderbetreuung vor Ort nicht abgesichert werden kann, was gerade in ländlichen Gebieten häufiger der Fall sein dürfte. Parallel dazu rufen wir in diesem Zusammenhang die kassenärztlichen Vereinigungen auf, die ihnen eingeräumten Möglichkeiten zur Verlängerung dieses Zeitraums bei Bedarf zu nutzen und damit für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu sorgen.

2. Zu den Anträgen zu b) und zu c)

Die Antragssteller der Anträge zu b) und zu c) wollen die Bedarfsplanung grundsätzlich reformieren und heben dabei die Notwendigkeit einer Analyse der Versorgungsrealität hervor. Der SoVD begrüßt diese Vorgehensweise. Nur dadurch können die Missstände, die zum Beispiel in der psychotherapeutischen Versorgung bestehen, beseitigt werden. Trotz einer auf dem Papier zum Teil gravierenden Überversorgung erleben wir es in unseren Beratungen, dass die zeitnahe Terminvergabe äußerst schwierig ist.

Zudem verfolgt auch der SoVD das Konzept der Antragssteller, die Bedarfsplanung grundsätzlich kleinräumiger zu gestalten. Insbesondere der Ansatz der Antragsteller des Antrages zu c), für spezialärztliche Bereiche auch eine großräumige Bedarfsplanung zu etablieren, weist dabei in die richtige Richtung. Daneben ist natürlich auch der Ansatzpunkt der Antragsteller des Antrages zu b) zu berücksichtigen, dass gerade in ländlichen Gebieten die Erreichbarkeit von Arztpraxen etc. in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden muss.

Wir teilen außerdem die Einschätzung, dass in überversorgten Gebieten die überzähligen Arztstühle verpflichtend durch Aufkauf aus dem Verkehr genommen werden müssen.

Auch die Ansätze der Antragsteller hinsichtlich einer stärkeren Aufgabenübertragung zwischen den Gesundheitsberufen kann der SoVD unterstützen.

3. Fazit

Der SoVD begrüßt die Zielstellung des Gesetzentwurfes zu a), die erlebte Versorgungsrealität der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Allerdings begegnen zahlreiche Regelungen des Gesetzes wesentlichen Bedenken. So vermisst der SoVD eine grundlegende Re-

form der Bedarfsplanung, bei der die Analyse der tatsächlichen Versorgungsrealität am Anfang steht. Zudem spricht sich der SoVD dagegen aus, durch weitere Zuschläge die Versorgungssituation verbessern zu wollen. Denn dies führt ohne parallel einzuführende Abschläge lediglich zu einem Honorarwachstum ohne dass sichergestellt ist, dass sich an der Versorgungsrealität tatsächlich etwas ändert. Die Kosten für diese Mehrausgaben tragen aber allein die Versicherten durch ansteigende Zusatzbeiträge.

Wirksame Maßnahmen zum Abbau der Überversorgung wie zum Beispiel der zwingende Ankauf überzähliger Arztstühle werden nicht getroffen. Auch die eigentliche Ursache des Ärztemangels auf dem Land, die mangelnde Finanzkraft der Kommunen und damit auch das Fehlen von Bildungseinrichtungen (angefangen bei Kindergärten) und Kultureinrichtungen werden nicht angesprochen. Dabei wären dies weiche Standortfaktoren, die die Niederlassung in strukturschwachen und damit tendenziell unterversorgten Gebieten attraktiver machen.

Parallel dazu appellieren wir, die geplante Ausweitung von Satzungsleistungen zurückzunehmen. Notwendige Leistungen gehören in den umfänglichen, einheitlichen Leistungskatalog. Nichtnotwendige Leistungen müssen dagegen nicht erbracht werden.

Zuletzt vermisst der SoVD ein klares Bekenntnis zur UN-Behindertenrechtskonvention. Der Aspekt einer barrierefreien Gesundheitsversorgung ist im gesamten Gesetzesentwurf nicht enthalten. Dabei ist die Bundesregierung verpflichtet, die UN-Behindertenrechtskonvention bei jedem Gesetzgebungsverfahren zu berücksichtigen. Eine entsprechende Veranstaltungsreihe des Behindertenbeauftragten der Bundesregierung hat deutlich aufgezeigt, wo Verbesserungsbedarf besteht. Zudem beinhaltet auch der Nationale Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK zum Beispiel hinsichtlich der Barrierefreiheit von Arztpraxen Anknüpfungspunkte, die in dieses Gesetzgebungsverfahren hätten einfließen können.

Trotz der eigentlich richtigen Zielstellung des Gesetzentwurfes können wir seine inhaltlichen Regelungen überwiegend nicht mittragen.

Dagegen beinhalten die Anträge zu b) und zu c) richtige Ansatzpunkte, um die erlebte Versorgungsrealität von Patientinnen und Patienten zu verbessern. Der SoVD begrüßt diese Anträge ausdrücklich und schließt sich den Forderungen der Antragsteller an, einen entsprechenden Gesetzesentwurf vorzulegen.

Berlin, den 13. Oktober 2011

DER BUNDESVORSTAND
Abteilung Sozialpolitik