

# Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände



Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände · Hausvogteiplatz 1, 10117 Berlin

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Herrn Michael Thiedemann  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit  
  
Ausschussdrucksache  
18(14)0091(40)  
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.  
15\_GKV-VSG  
24.03.2015

per E-Mail: [michael.thiedemann@bundestag.de](mailto:michael.thiedemann@bundestag.de)

23.03.2015

Bearbeitet von  
Lutz Decker, DST  
Jörg Freese, DLT  
Uwe Lübking, DStGB

Telefon 0221 3771-305  
Telefax 0221 3771-409

E-Mail:  
[lutz.decker@staedtetag.de](mailto:lutz.decker@staedtetag.de)

Aktenzeichen  
53.05.07 D

## Gesetzentwurf der Bundesregierung sowie Anträge von Fraktionen des Deutschen Bundestages / Ihr Schreiben vom 13.03.2015 – Az: PA 14-5410-037

- Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)“ BT-Drucksache 18/4095
- Antrag der Fraktion DIE LINKE „Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen – Hochwertige und effiziente Versorgung für alle“ BT-Drucksache 18/4099
- Antrag der Fraktion DIE LINKE „Wohnortnahe Gesundheitsversorgung durch bedarfsorientierte Planung sichern“ BT-Drucksache 18/4187
- Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Gesundheitsversorgung umfassend verbessern: Patienten und Kommunen stärken, Strukturdefizite beheben, Qualitätsanreize ausbauen“ BT-Drucksache 18/4153

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Übersendung des o. g. Gesetzentwurfes. Für die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände wird an der mündlichen Anhörung am 25.03.2015 Herr Beigeordneter Freese vom Deutschen Landkreistag teilnehmen. Vorab möchten wir uns schriftlich wie folgt äußern.

Die bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung ist für die Kommunen eines der ganz zentralen Themen, und deshalb sollten die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und deren Mitgliedsverbände ausreichend Zeit haben, das in dem Gesetzentwurf vorgesehene „umfassende Bündel von Maßnahmen“ zu analysieren und zu bewerten. Wir bedauern vor diesem Hintergrund die sehr kurzfristige Durchführung des Anhörungsverfahrens. Wir nehmen hierzu gleichwohl, so gut dies in der Kürze der Frist möglich ist, Stellung.

Insgesamt ist der Gesetzentwurf zu einem GKV-VSG geeignet, einige der Defizite am gesetzlichen Rahmen der medizinischen Versorgung zu beseitigen. Leider lässt er aber an entscheidender Stelle den Mut zu einer stärker kommunalen Orientierung des Gesundheitswesens

vermissen. Zwar wird politisch häufig die Mitverantwortung der Kommunen beschworen, aber gesetzlich werden den Kommunen und ihren Spitzenverbänden auf Bundes- und Länderebene die dazu notwendigen Mitwirkungs- und Mitgestaltungsrechte verwehrt.

Insgesamt beschränken wir uns zunächst darauf, die aus unserer Sicht problematischen Vorhaben zu benennen und Änderungsvorschläge zu unterbreiten sowie ergänzende Vorschläge für Gesetzesänderungen zu unterbreiten.

Auch wir begrüßen das Ziel, eine gute medizinische Versorgung auf hohem Niveau weiterhin sicherzustellen und dabei die demografischen Entwicklungen und neue Behandlungsmethoden zu berücksichtigen sowie regionale Versorgungssituationen und –bedarfe zu beachten. Richtig und notwendig erscheint auch uns, dass die sektorübergreifende Versorgung durch das Gesetz gestärkt werden soll. Die dies aufgreifenden Ansätze im Gesetzentwurf werden von uns begrüßt, beispielsweise die vorgesehenen ambulanten Verordnungsmöglichkeiten der Krankenhausärzte bei Krankenhausentlassungen.

Darüber hinaus begrüßen wir im Entwurf eines GKV-VSG

- die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen zur finanziellen Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (Art. 1 Nr. 30 - 75a SGB V),
- den Ausbau und die Ermöglichung einer leistungsgerechten Vergütung des Einsatzes von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, die delegierte ärztliche Leistungen erbringen,
- die Erweiterung der bestehenden Regelungen zur Bildung eines Strukturfonds durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (Art. 1 Nr. 34 - § 105 Abs. 1 a SGB V) mit der Konsequenz, dass ein Strukturfonds generell zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung eingerichtet werden darf. Bisher ist dies nur in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten möglich.

Wir vermissen aber gerade mit Blick auf die Sicherstellung der flächendeckenden ambulanten ärztlichen Versorgung eine Auseinandersetzung mit den Feststellungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, z.B. die Einführung eines „Landarztzuschlages“, gezielte Förderung des Fachs Allgemeinmedizin, Verbesserung der Weiterbildungsstrukturen sowie Attraktivitätssteigerungen bei den Arbeitsbedingungen.

Auch bei der Diagnose von Überversorgung bedarf es einer sorgfältigen und differenzierten Betrachtungsweise, um nicht neue Lücken entstehen zu lassen. Hinzuweisen ist auch auf teilweise unterschiedliche Situationen in Teilgebieten eines Planungsbezirks.

Durch Erweiterungen des Leistungsangebotes darf es in den Fällen der von Kommunen betreuten Personen etwa im Sinne des § 264 SGB V nicht zu höheren Belastungen für die Kommunen kommen.

Hinsichtlich der im Entwurf zu einem GKV-VSG vorgesehenen –oder vermissten- Maßnahmen bestehen unsererseits zudem folgende weitere Hinweise.

### **Zum Rubrum:**

Zu Buchstabe B, 3. Absatz, zweiter Spiegelstrich: "Weiterentwicklung der Regelungen zur Teilnahme von Krankenhäusern, Hochschulambulanzen.." schlagen wir vor, an dieser Stelle noch die Einfügung „... und Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitswesens, z. B. Ge-

sundheitsämter ..." vorzunehmen. Zur Begründung ist anzuführen, dass einige Gesundheitsämter vor Ort Impfmöglichkeiten für Bevölkerungsgruppen anbieten, die vom niedergelassenen System nicht erreicht werden. Diese Maßnahmen tragen aber zur wichtigen Schließung von Impflücken bei. Derzeit ist allerdings eine direkte Abrechnung mit den Krankenkassen und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst nicht möglich, obwohl der Personenkreis in aller Regel versichert ist. Dieser Personenkreis muss derzeit die Impfleistung im Voraus selbst zahlen, um die Kosten anschließend im Rahmen freiwilliger Leistungen der Krankenkassen rückerstattet zu bekommen. Letzteres Vorgehen wird allerdings von diesen Versicherten mangels finanzieller Möglichkeiten nicht wahrgenommen. Einer entsprechenden Ergänzung im Rubrum müssen dann auch die entsprechenden Einzelbestimmungen folgen.

## **Zu Artikel 1, Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Zu Ziffer 4, § 22 a SGB V:

Der Titel dieses Paragraphen sollte, analog zum Titel des § 22 SGB V, durch das Wort „Individualprophylaxe“ in Klammern ergänzt werden.

Zu begrüßen sind die vorgesehenen Verbesserungen bei der Zahnbehandlung für Menschen mit Behinderungen und pflegebedürftige Menschen. Dies ist jedoch bei Weitem nicht ausreichend, um den notwendigen Leistungsumfang für Menschen mit Behinderungen in der Krankenversicherung abzudecken. Der in § 2 a SGB V nominierte Grundsatz, den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen, muss endlich stärker mit Leben gefüllt werden.

Analog zur neuen Regelung des § 22 a zur Individualprophylaxe könnte durch das Gesetz sinnvollerweise auch ein neuer § 21 a zur Gruppenprophylaxe eingeführt werden. Hierzu unterstützen wir den Vorschlag der Ärzte bzw. Zahnärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst, einen neuen § 21 a zu schaffen, der folgenden Wortlaut haben könnte:

### **§ 21 a Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Gruppenprophylaxe)**

*„(1) Die Kranken- und Pflegekassen haben im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen unbeschadet der Aufgaben anderer gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die einer Pflegestufe nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 des Zwölften Buches erhalten oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45a des Elften Buches eingeschränkt sind, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Sie haben auf flächendeckende Maßnahmen hinzuwirken. Die Maßnahmen sollen vorrangig in Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden; sie umfassen insbesondere die Aufklärung, Motivation und Instruktion des Betreuungs- und Pflegepersonals der Versicherten sowie von pflegenden Angehörigen über die Bedeutung der Mundhygiene und die grundsätzlichen Maßnahmen zur Mund- bzw. Prothesenpflege sowie zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen bei den Versicherten.*

*(2) Das Nähere über Art und Umfang der Leistungen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92.“*

Zu Ziffer 29 und 30, §§ 75 sowie 75a SGB V:

Für die Kommunen von besonderer Bedeutung ist der neue § 75 Abs. 1 b. Danach umfasst der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nicht anderes bestimmt. Zudem sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen. Durch die Neuregelung wird den Ländern die Möglichkeit gegeben, den Rettungsdienst mit dem Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen enger zu verknüpfen und zugleich auch eine Verbindung mit den Notaufnahmen der Krankenhäuser zu schaffen. Dieser Vorschlag wird grundsätzlich begrüßt; zur Klarstellung schlagen wir aber vor, den letzten Satz im Absatz 1 b zu streichen und durch folgenden Satz zu ersetzen: „Durch Landesrecht kann bestimmt werden, dass die Einsatzlenkung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes gegen Kostenerstattung durch die Rettungsleitstellen vorzunehmen ist.“

In einem neuen § 75a SGB V werden die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung verpflichtet, die allgemeinmedizinische Weiterbildung in den Praxen zugelassener Ärzte und zugelassener medizinischer Versorgungszentren zu fördern. Wichtig ist, dass die Kosten der Förderung für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen je zur Hälfte getragen werden, wobei die Gelder die Krankenkassen außerhalb der genannten Vergütung für die vertragsärztliche Versorgung gewährt werden. Dieser Regelungsvorschlag ist auch zu begrüßen.

Zu § 90a SGB V:

In § 90 a SGB V sollte dringend die Teilnahme der kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene in den Landesgremien verankert werden. Hier könnte in Absatz 1 Satz 1 nach den Worten „Vertretern des Landes“ folgendes eingefügt werden: „, der im Land tätigen kommunalen Spitzenverbände“. Leider ist nicht in allen Ländern die Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände obligatorisch erfolgt; sie ist aber unabdingbar.

Zu Ziffer 41, § 95 SGB V:

Wir begrüßen die Ermöglichung eines arztgruppengleichen Medizinischen Versorgungszentrums (§ 95 SGB V), das insbesondere der Verbesserung der hausärztlichen Versorgung dienen kann, sowie den vorgesehenen Bestandsschutz für Krankenhäuser, die an der ambulanten Versorgung teilnehmen.

Bei den Regelungen der Ziffer 41 b) ist sicherzustellen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht aus ihrer Gewährleistungsverantwortung für eine funktionierende ambulante gesundheitliche Versorgung vor Ort entlassen werden.

Zu § 99 SGB V:

In § 99 SGB V sollte die Fachaufsicht der Länder über die Kassenärztlichen Vereinigungen gestärkt werden. Aus unserer Sicht gibt es im Hinblick auf die Versorgungsplanung und vor allem die Versorgungsrealität zahlreiche konkrete Verbesserungsmöglichkeiten, die die KVen

ermöglichen könnten, dies aber aufgrund interner Konfliktlinien unterlassen. Hier gilt es, den Ländern mehr Eingriffsmöglichkeiten zu geben.

Zu Ziffer 44 b), § 103 Absatz 3a SGB V:

Grundsätzlich begrüßen wir Regelungen, die die Probleme der Unter- und Überversorgung verstärkt angehen. Allerdings sehen die neuen Regelungen nicht zwingend eine Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten nach sich. Parallel müssten auch finanzielle Anreize für eine Niederlassung in z.B. ländlichen Räumen geschaffen werden. Wenn der Gesetzentwurf diesbezüglich als einzige Maßnahme in Artikel 14 Ziff. 4 (siehe auch Seite 55 der Begründung) vorsieht, keine Gebühren für die Zulassung und die Anstellungsgenehmigung in unterversorgten Gebieten zu erheben, dann greift dies deutlich zu kurz. Sichergestellt muss auch sein, dass keine neuen Versorgungslücken entstehen. Im Zusammenhang und in der Beurteilung spielt darüber hinaus eine Rolle, dass die Planungsbezirke häufig nicht so geschnitten sind, dass anhand dieser in der konkreten örtlichen Situation für eine Versicherte/einen Versicherten eine Über- oder Unterversorgung festgestellt werden könnte. Die durchschnittliche Versorgungssituation in einem derartigen Planungsbereich ist hier häufig zu wenig aussagekräftig, wenn in einzelnen Gebieten innerhalb des Planungsbereichs, etwa in bestimmten Stadtteilen, die Versorgung mit bestimmten ärztlichen Fachbereichen beispielsweise nicht ausreichend gegeben ist.

Wir bitten Sie um entsprechende Berücksichtigung.

Mit freundlichen Grüßen  
In Vertretung



Verena Göppert  
Beigeordnete  
des Deutschen Städtetages



Jörg Freese  
Beigeordneter  
des Deutschen Landkreistages



Uwe Lübking  
Beigeordneter  
des Deutschen Städte- und Gemeindebundes