



Spitzenverband

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 23.03.2015**

**zum Antrag der Fraktion DIE LINKE
Wohnortnahe Gesundheitsversorgung durch
bedarfsorientierte Planung sichern
vom 03.03.2015
Drucksache 18/4187**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE

Wohnortnahe Gesundheitsversorgung durch bedarfsorientierte Planung sichern

Nr.1

Bedarfsplanung

A) Beabsichtigte Neuregelung

„Die Bedarfsermittlung wird so weiterentwickelt, dass sie alle Bereiche der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung umfasst. Die strikte Unterscheidung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor wird sukzessiv zu Gunsten einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung überwunden. Es ist zu prüfen, ob das gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V so weiterentwickelt werden kann, dass es den Sicherstellungsauftrag für die sektorenübergreifende Bedarfsplanung übernehmen kann. Bei erwiesenen Versorgungslücken sind auch für andere Bereiche der Gesundheitsversorgung, etwa der Heilmittelerbringung und der Pflege, Maßnahmen der Versorgungssteuerung zu prüfen. Das gilt vor allem, wenn etwa Heilmittel- und Pflegeberufe mit mehr Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Leistungserbringung ausgestattet sind.“

B) Stellungnahme

Eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung ist in vielen Bereichen, insbesondere in der spezialisierten ambulanten Versorgung, ein zielführender Ansatz zur Weiterentwicklung bestehender Systeme zur Versorgungssteuerung. Es hat sich bisher jedoch als überaus problematisch herausgestellt, allein die Grenzbereiche zwischen ambulanter und stationärer Versorgung einheitlich zu regeln. Ein wesentlicher Grund hierfür liegt in den vollständig entkoppelten Regelungsbereichen. Es ist nur schwer vorstellbar, wie vor diesem Hintergrund eine gemeinsame Bedarfsplanung im Sinne einer integrierten Angebotssteuerung aller Versorgungsbereiche umsetzbar sein könnte. Dies würde in jedem Fall eine umfängliche Umgestaltung des Gesundheitssystems bedeuten.

Es ist nicht ersichtlich, wie landesbezogene Planungsvorgaben erweiterter 90a-Gremien bundesweit einheitliche Zugangsmöglichkeiten für die Versicherten gewährleisten könnten. Sachgerecht erscheint vielmehr eine zentrale Vorgabe auf Bundesebene, die die wesentlichen Kriterien zur Angebotssteuerung einheitlich festlegt und von der regional abgewichen werden kann. Dieses Vorgehen hat sich für die ambulante Versorgung bereits bewährt. Hier werden die regionalen Abweichungsmöglichkeiten vielfach genutzt. So ist eine Abweichung von der

in der Bedarfsplanung vorgesehenen Verhältniszahl inzwischen für viele Arztgruppen eher die Regel als die Ausnahme. Häufig werden darüber hinaus abweichende regionale Zuschnitte der Planungsbereiche vorgenommen. Weitere Anpassungsmöglichkeiten werden derzeit geprüft. Vor dem Hintergrund, dass die Bedarfsplanung erst zum 1. Januar 2013 grundlegend reformiert wurde, sind die regionalen Abweichungen überaus bemerkenswert und zeigen, dass die Bedarfsplanung inzwischen ausreichende Spielräume bietet, um die vertragsärztliche Angebotssteuerung an die regionalen Bedürfnisse anzupassen. Dennoch sind die Steuerungsmöglichkeiten der Bedarfsplanung allein begrenzt. Sie kann weder bewirken, dass Ärzte sich für eine Tätigkeit in unterversorgten Gebieten entscheiden, noch dass die massive Überversorgung in den städtischen Regionen abgebaut wird. Dies ist jedoch nicht der Bedarfsplanung anzulasten, sondern den flankierenden gesetzlichen Regelungen.

Die Grundlage der Bedarfsplanung war der Wunsch, eine angemessene Verteilung der Leistungserbringer im Raum zu erreichen und gleichzeitig die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten. Beides wird durch Zulassungsbeschränkungen erreicht, die auf der Bedarfsplanung begründet werden. Die Verteilung der Ärzte hat sich seit Einführung der Bedarfsplanung deutlich verbessert, denn die Zahl der freien Niederlassungsmöglichkeiten nahm im Zeitablauf stark ab. Das bedeutet nicht, dass die Arztdichte überall gleich hoch wäre. Es bedeutet aber, dass das Versorgungsniveau insgesamt verbessert werden konnte. Gleichzeitig wurde das Arztzahlwachstum in der ambulanten Versorgung begrenzt. Zwar stieg die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte seit Einführung der Bedarfsplanung um mehr als 50 v. H., die größten Zuwachsraten sind dabei jedoch in den Anfangsjahren der Bedarfsplanung festzustellen. Danach verlief das Wachstum deutlich moderater. Die Bedarfsplanung hat die in sie gesetzten Ziele also erfüllt.

Verantwortlich für die ambulante Bedarfsplanung ist der Gemeinsame Bundesausschuss, in dem Krankenkassen, KBV, DKG, Patienten-, und Landesvertreter an den Beratungen beteiligt sind. Für den stationären Bereich fehlt ein solches Gremium auf der Bundesebene. Die Krankenhausplanung obliegt den Ländern und erfolgt in erster Linie aufgrund von landespolitischen Erwägungen. Oft spielen Status Quo, Infrastrukturfragen und wirtschaftspolitische Erwägungen bei den Entscheidungen der Krankenhausplanung eine deutlich größere Rolle als der medizinische Bedarf der Patienten, die Versorgungsqualität oder Fragen der Versorgungssteuerung. Der Gemeinsame Bundesausschuss stellt demgegenüber die Sicherstellung eines angemessenen Zugangs für die Versicherten in allen Teilen Deutschlands in das Zentrum seiner Überlegungen. Dabei geht es zunächst um die Festlegung bundeseinheitlicher Rahmenbedingungen. Die Berücksichtigung regionalspezifischer Vorstellungen erfolgt anschließend durch entsprechende Abweichungen von den einheitlichen Vorgaben. Dabei orientiert sich der Gemeinsame Bundesausschuss bei seinen Entscheidungen soweit dies möglich

ist auch an wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie an sozialen oder gesellschaftlichen Entwicklungen, die angebots- und nachfrageseitig zu Veränderungen führen. Die ambulante Bedarfsplanung fußt damit – im Übrigen weit mehr als die Krankenhausplanung – auf wissenschaftlichen und versorgungsrelevanten Erkenntnissen. Die Prüfung einer sektorenübergreifenden Angebotssteuerung sollte zunächst auf Bereiche beschränkt werden, in denen spezialisierte ambulante Leistungen von Vertragsärzten und Krankenhäusern gleichermaßen angeboten werden, z. B. die Leistungen der ermächtigten Einrichtungen.

Zur Umsetzung einer möglichen sektorenübergreifenden Versorgungssteuerung wäre es zunächst erforderlich, die Planungskompetenz der Länder in zentrale bundeseinheitliche Regelungen einzubetten und die Grundlagen der Krankenhausplanung von regionalpolitischen Interessen weitestgehend zu lösen. Die Grundlagen einer sektorenübergreifenden Planung sollten nach bewährtem Muster durch den G-BA festgelegt werden. Denkbar wäre es jedoch, dem Landesgremium nach § 90a die Aufgabe zur regionalen Anpassung der bundeseinheitlichen Vorgaben zu übertragen.

Nr. 2

Neue Kriterien der Bedarfsermittlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

„Die Kriterien Morbidität, sozioökonomische Faktoren und Demographie sind bei der Bedarfsermittlung bestmöglich zu berücksichtigen. Auf regionaler Ebene sind etwa Mobilität (ÖPNV) und regionale Infrastruktur zu integrieren. Ziel ist es, die Bedarfsermittlung für die gesundheitliche Versorgung weitestgehend an der bevölkerungsbezogenen Morbidität auszurichten und von den heutigen Verhältniszahlen möglichst zu entkoppeln. Bereits bestehende regionale Versuche, etwa die Berücksichtigung des Sozialindex in Berlin, müssen gefördert, evaluiert, weiterentwickelt und gegebenenfalls bundesweit übertragen werden. Die Verwendung der dafür notwendigen anonymisierten Daten ist zu ermöglichen.“

B) Stellungnahme

Die Verhältniszahlen der Bedarfsplanung werden häufig als veraltet kritisiert, weil sie auf die tatsächliche Versorgungssituation zu Beginn der 90er Jahre zurückgehen und damit eine historische Ist-Versorgungssituation zur Sollversorgung erhoben wurde. Durch die Kategorisierung der Planungsbereiche nach verschiedenen Regionstypen wurde dabei auch die unterschiedliche Versorgungsdichte in den Regionen als bedarfsgerecht akzeptiert. So sind in den ländlichen Kreisen ländlicher Regionen z. B. nur halb so viele Frauenärzte je Einwohner vorgesehen, wie in den Kernstädten großer Verdichtungsräume (G-BA 2010). Auch wenn dies zunächst ungerecht erscheint, ist es jedoch sachgerecht, eine solche Differenzierung vorzunehmen, da die Inanspruchnahme des ärztlichen Angebotes nicht nur vom Wohnort der Versicherten, sondern maßgeblich auch von Pendlerbewegungen und Mitversorgereffekten beeinflusst wird. Insofern spiegeln auch die in den Regionstypen zum Teil sehr unterschiedlichen Verhältniszahlen die Versorgungssituationen und Versorgungsnotwendigkeiten Anfang der 90er Jahre realistisch wider.

Im Übrigen wird die Zahl der benötigten Ärzte, trotz der festen Arzt-Einwohnerrelationen in der Bedarfsplanung, bereits heute aufgrund der Bevölkerungsentwicklung angepasst. Zum einen erfolgt automatisch eine Anpassung an die zahlenmäßige Bevölkerungsentwicklung, zum anderen gibt es bereits heute einen Demografiefaktor und weitreichende regionale Anpassungsmöglichkeiten, die eine erhebliche Modifikation der Verhältniszahlen erlauben. Die heute explizit genannten Abweichungsmöglichkeiten beinhalten: Demografie, Morbidität, sozioökonomische und räumliche Faktoren sowie infrastrukturelle Besonderheiten.

Entgegen der weitläufigen Annahme, kann der Bedarf an Ärzten für eine bedarfsgerechte Versorgung jedoch nicht per Knopfdruck aus wissenschaftlichen Modellen abgeleitet werden. Auf die bisherige Systematik zur Festlegung der Verhältniszahlen hatte man sich vor dem Hintergrund der damaligen Versorgungssituation verständigt, die von allen Seiten insgesamt sogar als überhöht empfunden worden war. Eine wissenschaftliche Herleitung des Bedarfs ist bis heute nicht gelungen. Zum einen wird Bedarf individuell sehr verschieden bewertet. Er ist deshalb auch nur schwer objektivierbar. Zum anderen muss die Festlegung einer angemessenen Angebotsmenge verschiedene Interessen und Rahmenbedingungen berücksichtigen. So ist nicht jede individuell wünschenswerte Versorgungssituation auch gesamtgesellschaftlich angemessen, finanzierbar und umsetzbar. Für viele oft diskutierte Zusammenhänge fehlt jede wissenschaftliche Evidenz. So ist z. B. auch nicht evident, dass der Gesundheitszustand einer Bevölkerung maßgeblich von der Arztdichte abhängig ist.

Das „richtige“ ärztliche Angebot kann weder theoretisch hergeleitet noch aus der aktuellen Versorgungssituation abgeleitet werden. Insbesondere Ansätze, die auf den sogenannten Leistungsbedarf abstellen, also auf die Menge der von den derzeit tätigen Ärzten abgerechneten Leistungen, sind problematisch, da diese Leistungen bereits von der bestehenden Versorgungssituation beeinflusst sind. Sowohl Über- als auch Unterversorgungssituationen würden bei einem solchen Ansatz als „bedarfsgerecht“ akzeptiert und unreflektiert fortgeschrieben, ganz genauso wie bei dem häufig kritisierten Ansatz der bisherigen Bedarfsplanung. Der Bedarf an ärztlichen Leistungen lässt sich aus den bereits vorhandenen Anbieterstrukturen heute nicht besser ableiten als zu Beginn der 90er Jahre. Ob hierbei Arztzahlen oder Leistungsmengen zugrunde gelegt werden, macht im Ergebnis keinen großen Unterschied. Beides spiegelt nicht den Bedarf der Bevölkerung, sondern lediglich das Angebot an medizinischen Leistungen wider. So werden in überversorgten Regionen insgesamt viel mehr Leistungen abgerechnet als in Regionen mit geringerer Arztdichte. Dies als bedarfsgerecht anzuerkennen, würde nicht nur das Problem der angebotsinduzierten Nachfrage ignorieren, sondern auch die unterschiedlichen Zugangschancen der Bevölkerung zu medizinischer Versorgung in Stadt und Land, in reicheren und ärmeren Regionen auf Dauer festschreiben.

Nr. 3

Patientenvertretung

A) Beabsichtigte Neuregelung

„Bereits kurzfristig ist für die Patientenvertretung das Vorschlagsrecht für die Besetzung der beiden unparteiischen Mitglieder in den Landesausschüssen nach § 90 SGB V vorzusehen. Auch in die gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V sind die Patientenvertretungen als Pflichtmitglieder aufzunehmen.“

B) Stellungnahme

Der Vorschlag kann nicht nachvollzogen werden. Das bereits gegebene Mitberatungsrecht der Patientenvertreter in den Landesausschüssen ist ausreichend. Ein darüber hinausgehendes Mitentscheidungsrecht sollte nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes nicht unterstützt werden, weil Entscheidungsrechte nur haben kann, wer auch für die Folgen solcher Entscheidungen (z. B. die finanziellen Auswirkungen) Verantwortung trägt.

Nr. 4

Mobilitätskonzepte fördern; Kommunen einbinden

A) Beabsichtigte Neuregelung

„In dünnbesiedelten Regionen wird die Mobilität sowohl von Leistungserbringerinnen und -erbringern als auch von Versicherten erhöht. Dafür werden in Modellversuchen fahrende barrierefreie Praxen sowie Shuttle-Services erprobt und evaluiert. Erfahrungen aus den bereits abgeschlossenen Modellversuchen sind dabei zu berücksichtigen. Es muss auch anderen Akteuren, etwa den Kommunen, ermöglicht werden, multifunktionale Praxisräumlichkeiten zur Verfügung zu stellen.“

B) Stellungnahme

Es gibt bereits heute eine Vielzahl an Mobilitätskonzepten, die regional im Rahmen von Modellprojekten erprobt werden. Hierzu gehören sowohl Konzepte zur Verbesserung der Mobilität der Patienten als auch Projekte im Bereich „mobile Arztpraxis“. Ergänzt wird dieser Bereich durch die Erprobung verschiedener Anwendungsgebiete für Delegation, Substitution und Telemedizin. Die Entwicklung und Erprobung intelligenter Versorgungskonzepte wird ausdrücklich begrüßt und unterstützt.

Die Kommunen haben unter besonderen Voraussetzungen bereits heute die Möglichkeit, eigene Einrichtungen zu betreiben. Dies gilt insbesondere in Regionen, in denen Sicherstellungsprobleme bestehen. Der aktuelle Kabinetentwurf zum VSG sieht darüber hinaus vor, dass künftig auch Kommunen erlaubt wird, MVZ zu gründen, damit diese sich stärker als bisher engagieren und die Versorgung in der Region aktiv mitgestalten können. Die Regelung sendet ein positives Signal an die Kommunen, die seit längerem darum bemüht sind, ihren Einflussbereich in der ambulanten Versorgung zu erhöhen, um ihrem Anspruch der regionalen Daseinsvorsorge stärker gerecht werden zu können. In diesem Sinne stellt die vorgesehene Regelung eine weitere Option zum Angebot von Versorgungsleistungen dar.

Nr. 5

Aufwertung der Allgemeinmedizin

A) Beabsichtigte Neuregelung

„Die Fachrichtung Allgemeinmedizin wird aufgewertet, um Unterversorgung entgegen zu treten und die primärärztliche Versorgung zu stärken. Dafür wird der Allgemeinmedizin im Medizinstudium mehr Raum gegeben. Die Bedeutung der hausärztlichen Versorgung ist auch bei der Honorierung zu berücksichtigen. Die hausarztzentrierte Versorgung soll Leitbild in der Regelversorgung werden, statt auf Selektivverträge zu setzen. Die Allgemeinmedizin wird zielgerichtet in moderne poliklinische Einrichtungen und kooperative ambulante Strukturen integriert. Der höhere Zeitaufwand in der Versorgung von ländlichen Gebieten (z. B. Hausbesuche) wird bei der Vergütung stärker berücksichtigt.“

B) Stellungnahme

Die Aufwertung der Allgemeinmedizin entspricht einer zentralen Position des GKV-Spitzenverbandes. Ein Beispiel hierzu ist die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin; aber auch im Bereich der hausärztlichen Vergütung wurden bereits verschiedene Anpassungen vorgenommen, um die Einkommenssituation der Hausärzte zu verbessern. Der GKV-Spitzenverband setzt sich weiterhin dafür ein, dass die hausärztliche Versorgung ein größeres Gewicht in der gesundheitlichen Versorgung erhält.

Einen maßgeblichen Baustein hierfür sehen wir im Abbau der zum Teil massiven Überversorgung bei den Facharzt-disziplinen. Hier führt die zunehmende Spezialisierung zu einem immer breiter gefächerten Versorgungsangebot, das immer weniger in der Lage ist, den Patienten eine ganzheitlich und umfassend ausgerichtete Versorgung anzubieten, die ihren Versorgungsbedürfnissen gerecht wird. Statt dessen werden immer stärker spezialisierte Ärzte ambulant tätig, die immer kleinere Spezialgebiete abdecken. Die Patienten müssen immer mehr verschiedene Ärzte in Anspruch nehmen, und weil sich all diese Spezialisten einer vernünftigen Koordinierung entziehen, müssen aufwändige Teamstrukturen innerhalb und zwischen den unterschiedlichen Versorgungsbereichen installiert werden. Dadurch werden die bestehenden Doppelstrukturen ausgebaut und immer mehr finanzielle Mittel für spezialisierte Versorgungsangebote zur Verfügung gestellt. Ziel muss es aber sein, die generalistische hausärztliche Versorgung zu stärken. Dafür ist es erforderlich, klare Regulierungsinstrumente im Rahmen der Bedarfsplanung zu implementieren und sich konsequent für einen Abbau von Überkapazitäten in der spezialisierten ambulanten Versorgung einzusetzen. Allein durch eine

finanzielle Förderung der Allgemeinmedizin wird man den Trend zur Spezialisierung nicht stoppen können.

Im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes ist daher vor allem auf Folgendes zu achten: Ergänzung um bedarfsabhängige Zulassung von ermächtigten Einrichtungen inkl. der Hochschulambulanzen und Berücksichtigung der ermächtigten Einrichtungen in der Bedarfsplanung. Daneben Einführung konsequenter Regelungen zum Aufkauf von Arztpraxen in überversorgten Regionen. In diesem Zusammenhang Streichung der vorgesehenen Ausnahmeregelungen und verpflichtender Aufkauf bei Parität im Zulassungsausschuss.

Nr. 6

Delegation und Substitution

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der ambulanten und stationären Versorgung werden ärztliche Aufgaben ermittelt, die auf andere Gesundheitsberufe übertragen werden können (Delegation und Substitution). Eine gegebenenfalls erforderliche zusätzliche Qualifizierung ist sicherzustellen. Diese Kapazitäten sollen zukünftig in die Bedarfsplanung einbezogen werden.

B) Stellungnahme

Die Delegations-Vereinbarung (Anlage 24 zum BMV-Ä) regelt bereits heute die Anforderungen für die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Mitarbeiter in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung und führt in einem sich im Anhang befindenden Katalog beispielhaft auf, bei welchen Tätigkeiten nichtärztliche Mitarbeiter ärztliche Leistungen erbringen können und welche spezifischen Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. Die Beschreibung delegationsfähiger ärztlicher Leistungen ist nicht abschließend, sondern hat den Charakter einer beispielhaften Aufzählung, die der Orientierung der Handelnden dient. Eine Einbeziehung in die Bedarfsplanung ist zu überdenken.

Nr. 7

Abbau von Überversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

„Um flexible Anpassungen zu ermöglichen bzw. der sehr ungleichen Arztdichte entgegenzutreten zu können, müssen in überdurchschnittlich versorgten Regionen Arztsitze gestrichen werden. Dabei ist durch Einbeziehung weiterer Parameter (etwa prospektive Abschätzung der Versorgungslage, reale regionale Behandlungskapazitäten unter Berücksichtigung von privat Versicherten, Praxisöffnungszeiten, regionale Erreichbarkeit etc.) sicherzustellen, dass die Versorgungsqualität darunter nicht leidet.“

B) Stellungnahme

Der konsequente Abbau der Überversorgung wird ausdrücklich unterstützt. Die Regelung soll dabei nur greifen, wenn die Nachbesetzung unter Versorgungsgesichtspunkten nicht erforderlich ist.

Nr. 8

Regionalbudgets

A) Beabsichtigte Neuregelung

„Die Bundesregierung erprobt Regionalbudgets, bei denen anhand des Versorgungsbedarfs in einer Region finanzielle Mittel zugewiesen werden. Regionale Gremien, etwa Gesundheitskonferenzen mindestens unter Beteiligung von Kommunen und Ländern, Leistungsbringerinnen und -erbringern, Patientenvertreterinnen und -vertretern sowie Krankenkassen, verhandeln über die Verteilung der Mittel unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungslage. Der festgestellte Bedarf an Gesundheitsversorgung (und nicht wie bisher die vorhandenen Versorgungsstrukturen) bestimmt damit, wieviel Geld für die Versorgung in die kleinräumigen Planungsbereiche fließt.“

B) Stellungnahme

Das Modell der Regionalbudgets kann hier nicht hinreichend nachvollzogen werden. Es erscheint schwer vorstellbar, wie von Seiten der Bundesregierung die Erprobung eines gänzlich neuen Gesundheitssystems durchgeführt werden könnte. Gegebenenfalls sind im Rahmen des mit dem Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehenen Innovationsfonds entsprechende Ansätze aufzugreifen.



Spitzenverband

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 23.03.2015**

**zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
„Gesundheitsversorgung umfassend verbessern –
Patienten und Kommunen stärken,
Strukturdefizite beheben, Qualitätsanreize ausbauen“
vom 02.03.2015
Drucksache 18/4153**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv–spitzenverband.de
www.gkv–spitzenverband.de



Stellungnahme zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Gesundheitsversorgung umfassend verbessern – Patienten und Kommunen stärken, Strukturdefizite beheben, Qualitätsanreize ausbauen

Nr. 1

Stärkung der Befugnisse und der Planungshoheit der Kommunen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Verbesserung der Versorgung sollen mehr Spielräume für dezentrale Lösungen insbesondere in ländlichen und sozial benachteiligten Regionen geschaffen werden. Von großer Bedeutung soll dabei der Ausbau der integrierten Versorgung hin zu regionalen Gesundheitsverbänden sein, die den ambulanten und stationären Sektor umfassen. Vorgesehen werden sollen Anreize und Strukturveränderungen. Hierbei geht es um eine Stärkung der Rolle von Kommunen und lokalen wie regionalen Netzen bei der Planung, Steuerung und Gestaltung der „Gesundheitsversorgung vor Ort“. Dazu soll der § 140a SGB V um neue Vertragsmöglichkeit erweitert werden, bestehende Gesundheitsverbände den Status von Leistungserbringern erhalten und bestehende Beschränkungen hinsichtlich der Trägerschaft Medizinischer Versorgungszentren entfallen. Zudem sollen kommunale Spitzenverbände in den Landesgremien nach § 90a SGB V vertreten sein; diese Landesgremien sollten (s. Punkt 2) zu sektorübergreifenden Versorgungsausschüssen ausgebaut werden, deren Entscheidungen bindend seien. Beteiligt sein sollten die Leistungserbringer, die Kommunen, das Land sowie Patientenvertreter.

B) Stellungnahme

Die Kommunen haben bereits heute vielfältige Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Gestaltung der lokalen und regionalen Gesundheitsversorgung. Zu nennen sind hier u. a. die Möglichkeiten, Eigeneinrichtungen zu betreiben, auf die Bedarfsplanung in verschiedener Weise Einfluss zu nehmen und in Zukunft (mit dem VSG) beispielsweise auch MVZ zu gründen.

Diese Einflussnahme würde mit der Einrichtung von lokalen Gesundheitskonferenzen und sektorübergreifenden Versorgungsausschüssen nicht erweitert, sondern lediglich durch zusätzliche Gremien institutionell unterlegt. Die Krankenkassen favorisieren bürokratieärmere Lösungen.

Nicht zielführend ist die Erweiterung der Planungshoheit ohne Übertragung der entsprechenden Finanzverantwortung. Gerade im Hinblick auf die sehr verbreitete Vorstellung, dass Einrichtungen der Gesundheitsversorgung immer auch als Standortfaktoren zu begreifen seien, kann die Planung und Ausschreibung beispielsweise von Arztsitzen nicht allein regionalen Versorgungsausschüssen überlassen werden.

Nr. 2

Reform der Bedarfsplanung zu einer sektorübergreifenden Versorgungsplanung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der Begründung zum Antrag wird zunächst auf Fehlallokationen hingewiesen und die Orientierung einer zukünftigen Bedarfsplanung am „realen Bedarf“ angemahnt. Es ist daran gedacht, die Bedarfsplanung auf „gründliche Versorgungsanalysen und darauf fußende Versorgungsziele“ basieren zu lassen, die von den o. g. sektorübergreifenden Versorgungsausschüssen unter Einbeziehung durch externe Institute erstellter Versorgungsanalysen festgelegt werden. Speziell eingerichtete kommunale Gesundheitskonferenzen mit beratender Funktion sollten zudem Befragungen zur Erhebung lokaler Bedürfnisse und Erfahrungen veranlassen sowie umsetzbare Konzepte entwickeln.

B) Stellungnahme

Die aktuelle vertragsärztliche Bedarfsplanung geht auf gesundheitspolitische Reformen vor allem durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) zu Beginn der 90er Jahre zurück. Dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen wurde dabei die Aufgabe übertragen, über die Konzeptualisierung einer Bedarfsplanungs-Richtlinie die Verteilung von Ärzten bevölkerungsbezogen im Raum zu regeln.

Ziel der Bedarfsplanung in der Fassung ab dem 1. Januar 1993 war es, die Anzahl der Vertragsärzte in einem bestimmten Zielkorridor mit klar definierten Grenzen zur Über- bzw. Unterversorgung zu halten und damit auch eine bessere Verteilung der Ärzte im Raum zu erreichen. Aufgrund der Regelungen, die durch das GSG implementiert wurden, konnten Planungskreise bei Überversorgung für einzelne Arztgruppen gesperrt werden, womit erstmalig eine differenzierte Angebotssteuerung im vertragsärztlichen Bereich möglich war.

Die Bedarfsplanung konnte das wesentliche Ziel einer Reduzierung des Arztzuwachses erreichen: Die Zunahme der Anzahl an Vertragsärzten entwickelte sich weniger dynamisch als noch vor ihrer Implementierung. Parallel wurde auch eine gleichmäßigere Verteilung der Ärzte im Raum erreicht. Allerdings konnte dabei nicht verhindert werden, dass immer mehr Planungskreise in den Status einer Überversorgung gerieten und dass überversorgte Planungskreise dies weiterhin blieben, da die Bedarfsplanung und das Zulassungsrecht keine Instrumente für den Abbau bestehender Überversorgung bereithielten. Statt dessen hat sich die Anzahl der in überversorgten Kreisen tätigen Vertragsärzte sogar noch erhöht: Insbesondere mit dem Verfahren der Sonderbedarfszulassung konnte die Sperrung von Planungskreisen für fachärztliche Neuzulassungen außer Kraft gesetzt werden, sodass im Lauf der Jahre in vielen

Regionen bei fast allen Facharztgruppen außerordentlich hohe Versorgungsgrade erreicht wurden, die – folgt man der Bewertung durch den Sachverständigenrat im Gutachten von 2001 – in höchstem Maße unnötig und unwirtschaftlich waren und auch heute noch sind.

Zwischen 1990 und 2009 hat sich die Anzahl der ambulant tätigen Ärzte – trotz der damals konstatierten Ärzteschwemme – noch einmal um mehr als 47.000 bzw. 51,3 v. H. erhöht. Die meisten Planungskreise sind nun über fast alle Arztgruppen für weitere Neuniederlassungen gesperrt. Von einem generellen Mangel an Ärzten kann deshalb keine Rede sein.

Selbst in den eher ländlichen Regionen geringer Dichte muss unter Versorgungsgesichtspunkten nicht jeder frei werdende Sitz zwingend wiederbesetzt werden. Zum einen sinkt der ärztliche Versorgungsbedarf durch die Bevölkerungsdynamik (z. B. Wanderungsbewegungen, Rückgang der Bevölkerung), zum anderen verändern sich mit dem Wandel der Bevölkerungsstruktur (insbesondere durch die Alterung) auch die inhaltlichen Versorgungsansprüche. Vor diesem Hintergrund werden (fachärztliche) Einzelpraxen in Zukunft nicht immer und überall wirtschaftlich betrieben werden können. Hier muss deshalb nach intelligenten Lösungen gesucht werden und solche Alternativen müssen zeitnah zur Verfügung stehen, denn die Versorgung mit Vertragsärzten ist bereits heute nicht in allen Regionen so, wie es versorgungsstrukturell wünschenswert wäre.

Vor allem in strukturschwachen Regionen abseits von Großstädten und Ballungsräumen fehlen Ärzte oder es ist zukünftig ein Mangel zu erwarten, wenn frei werdende Arztsitze zu einem großen Anteil nicht wieder besetzt werden können oder keine alternativen Versorgungsmöglichkeiten entwickelt werden.

Ohne gezielte Steuerung wird sich die Ungleichverteilung der vertragsärztlichen Ressourcen zwischen städtischen und ländlichen Regionen weiter fortsetzen. Mit der erheblichen Zunahme der Arztzahlen, vor allem in attraktiven städtischen Regionen, gibt es für Ärzte, die vor einer Niederlassungsentscheidung stehen, neben einigen Niederlassungsmöglichkeiten in nicht gesperrten Planungsbereichen genügend Optionen für Praxisübernahmen. Die Entscheidung für einen bestimmten Ort fällt dann häufig zugunsten strukturell ohnehin begünstigter Kreise und Städte aus.

In den für eine Niederlassung weniger attraktiven Gebieten werden dahingegen mehr Praxen zur Nachbesetzung angeboten als Bewerber vorhanden sind. Zusätzlich gibt es ggf. attraktive Stellenangebote an städtischen Krankenhäusern. Gerade in ländlichen Regionen beklagen ältere Praxisinhaber deshalb, dass sie nur unter großen Schwierigkeiten einen Nachfolger finden.

Solange Niederlassungsmöglichkeiten in attraktiven Städten und Kreisen bestehen, haben potenzielle Praxisstandorte in ländlichen, strukturschwachen Gebieten einen massiven Stand-

ortnachteil, der sich auch in einer geringeren Arztdichte ausdrücken wird. Hier scheuen viele Ärzte nicht nur aus beruflichen Gründen eine Niederlassung. Der Privatpatientenanteil ist gegebenenfalls niedrig und der Anteil älterer, multimorbider Patienten mit hohem Behandlungsaufwand hoch. Es sind häufig (Not)Dienste zu leisten und die Aussichten für einen späteren Praxisverkauf sind schlechter. Je nach Region sind häufig Hausbesuche erforderlich und die Wege zu den Patienten sind sehr zeitaufwändig. Entscheidender für viele Ärzte ist jedoch die oftmals wenig attraktive soziale und kulturelle Infrastruktur der ländlichen Regionen: Zu nennen sind hier vor allem fehlende Angebote an Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen, geringe berufliche Entwicklungsmöglichkeiten für den Partner, die schlechten Verkehrsverbindungen, fehlende Einkaufs- und Freizeitmöglichkeiten sowie ein mangelndes kulturelles Angebot.

Auch die großzügigsten Fördermaßnahmen im Vorfeld oder im Rahmen einer Niederlassung können die infrastrukturellen Nachteile einiger Regionen nicht vollständig ausgleichen (s. u. Maßnahmen des Gesetzgebers). Hieraus resultiert ein erheblicher politischer Handlungsdruck.

Zum einen ist die Unterversorgung ländlicher Regionen versorgungspolitisch nicht akzeptabel. Zum anderen führt auch die Überversorgung zu unerwünschten Versorgungswirkungen. Sie erhöht den Konkurrenzdruck innerhalb der Ärzteschaft und setzt dadurch Anreize zur Fehlversorgung und zu einer medizinisch nicht induzierten Ausweitung der Leistungsmenge. Die Überversorgung ist im Ergebnis aber nicht nur wenig versorgungsgerecht, unwirtschaftlich und teuer, sie bindet auch personelle und finanzielle Mittel in ohnehin attraktiven Regionen. Diese Mittel werden in weniger gut oder sogar unterversorgten Regionen dringend benötigt, um den Versicherten ein hochwertiges Versorgungsangebot wohnortnah zur Verfügung stellen zu können.

Allokationsprobleme der vertragsärztlichen Versorgung zeigen sich auch in einem weiteren Bereich: Seit einigen Jahren verändern sich die Anteile der Haus- bzw. Fachärzte an der vertragsärztlichen Versorgung insgesamt zu Lasten der Hausärzte. Das Steuerungsziel, nach § 101 Abs. 1 Satz 2 SGB V über den Gemeinsamen Bundesausschuss Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur zur Verfügung zu stellen, gerät in Gefahr. Im OECD-Vergleich zeigt sich, dass in Deutschland ein ungewöhnlich geringer Anteil an Hausärzten einem sehr großen Anteil an Spezialisten (in Krankenhäusern und im ambulanten Bereich) gegenübersteht. Zu Recht stellt sich hier die Frage, ob dieses Ungleichgewicht versorgungspolitisch sinnvoll und effizient ist.

Aus Sicht der Krankenkassen mangelt es nicht an Kenntnissen über regionale oder lokale Problemlagen und der Bedarfsplanung fehlt auch nicht ein Bezug zum „realen Bedarf“. Denn

zum einen sind der in dieser Hinsicht kompetenten regionalen bzw. der Landesebene ausgesprochen weitgehende Möglichkeiten eingeräumt worden, von den bundeseinheitlichen Vorgaben des G-BA abzuweichen, und zum anderen wird „Bedarf“ immer eine relative Größe bleiben, die gesellschaftlich ausgehandelt wird, d. h. am Ende des Aushandlungsprozesses durch eine beauftragte Institution (G-BA) gesetzt wird. Wissenschaftliche Analysen können solche normativen Festlegungen nicht ersetzen, aber einen wichtigen Beitrag zur Objektivierung der Verteilung und Zuweisung von Ressourcen liefern.

Nicht sachgerecht und wenig erfolgversprechend zur Erreichung der von den Antragstellern genannten Ziele der Versorgungsplanung eines möglichst für alle Patienten gleichen Zugangs zum Gesundheitswesen und der Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung ist auch die Einrichtung weiterer Institutionen auf kommunaler (kommunale Gesundheitskonferenzen) bzw. regionaler Ebene (sektorübergreifende Versorgungsausschüsse). Es ist nicht verständlich, weshalb nicht schon die ohnehin bestehenden Landes- und Zulassungsausschüsse entsprechend qualifizierte versorgungspolitische Entscheidungen treffen könnten; unklar bleibt zudem, ob die o. a. Aufzählung der Besetzung der vorgesehenen Ausschüsse umfassend und abschließend sein soll oder ob sie als Ergänzung zur Besetzung des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V gemeint ist.

Die Seite der gesetzlichen Krankenkassen würde zudem bürokratieärmere Lösungen favorisieren.

C) Änderungsvorschlag

Um die Bedarfsplanung im Sinne einer Versorgungssteuerung nutzen zu können, benötigt der G-BA erweiterte Kompetenzen hinsichtlich der inhaltlichen Ausgestaltung der bedarfsplanungsrechtlich erfassten Arztgruppen. Bisher fehlt die Möglichkeit einer inhaltlichen bzw. leistungsbezogenen Differenzierung, was bei einigen Arztgruppen, wie z. B. Augenärzten, zu Versorgungsproblemen führen kann. Hier wäre beispielsweise eine klare Trennung in konservative und operative Leistungsbereiche erforderlich. Dafür fehlt derzeit jedoch die Rechtsgrundlage.

Darüber hinaus fehlen bisher klare Vorgaben dazu, wie die mit einer Zulassung verbundenen Versorgungsaufträge ausgefüllt werden müssen. So bestehen z. B. keine verbindlichen Vorgaben zu den Arbeitszeiten, die im Rahmen einer vollen Zulassung mindestens oder maximal zu leisten sind. Durch die zunehmende Zahl angestellter oder ermächtigter Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, ist es jedoch notwendig, eine größere Vergleichbarkeit zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringergruppen herzustellen. Gleichzeitig

sorgen klare Vorgaben dafür, Missbrauchspotentiale abzubauen (beispielsweise volle Zulassung, halbe Leistung oder halbe Zulassung, volle (ausgedeckelte) Leistung).

Handlungsbedarf besteht auch bezüglich der Möglichkeit zur Befristung von Zulassungen. Ein heute bestehender Versorgungsbedarf muss nicht zwingend über Jahrzehnte hinweg in gleichem Umfang und mit gleichem Inhalt bestehen bleiben. Die vertragsärztliche Zulassung wird jedoch i. d. R. ohne zeitliche Begrenzung vergeben und kann anschließend quasi vererbt und verkauft werden. Den mit der Zulassung verbundenen Versorgungsauftrag definiert der zugelassene Arzt bisher weitgehend selbst. Hier muss mehr Flexibilität geschaffen werden, die eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Versorgung ermöglicht. Die befristete Zulassung kann hierbei für bestimmte Versorgungssituationen sinnvolle Möglichkeiten bieten.

Nr. 3

Transparenz über Leistungen der Leistungserbringer sowie Implementierung eines Systems zur Bewertung von Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Transparenz über „Gesundheitsergebnisse“ und „Versorgungsleistungen“ soll als Schlüssel zu einer besseren Versorgung etabliert werden. Hierzu sollen auch im ambulanten Bereich Qualitätsindikatoren insbesondere zur Messung von Ergebnisqualität entwickelt werden, um den Patienten einen Vergleich zwischen den ambulanten Leistungserbringern zu ermöglichen. Zweitens soll ein System zur Messung und Bewertung der Versorgungsleistung und -qualität von Krankenkassen etabliert werden, um Anreize für die Krankenkassen zu schaffen, sich um eine bessere Versorgung zu bemühen.

B) Stellungnahme

Qualitätsindikatoren im Ambulanten Bereich

Zu Recht wird angemahnt, dass die Erhebung von Ergebnisqualität der Versorgung, vor allem im ambulanten Sektor, bisher unzureichend ist. Auch der Feststellung, dass dringend geeignete Qualitätsindikatoren entwickelt werden müssten, ist aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen zuzustimmen. Hier wäre ein genereller Auftrag des Gesetzgebers, solche Qualitätsinformationen zu veröffentlichen, sinnvoll.

Der gemeinsame Bundesausschuss hat am 19.02.2015 die erste sektorenübergreifende Richtlinie zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Nummer 1 SGB V beschlossen. Mit dem neuen sektorenübergreifenden Verfahren wird ab 2016 erstmals die Qualität der Leistungserbringung von Herzkathetereingriffen (PCI) in gleicher Weise bei Vertragsärzten und Krankenhäusern erfasst (ca. 750.000 Behandlungsfälle im Krankenhaus und ca. 100.000 Behandlungsfälle im vertragsärztlichen Bereich).

Die bestehenden gesetzlichen Regelungen erlauben im strukturierten Qualitätsbericht nur eine Veröffentlichung der Ergebnisse der rund 2.000 Krankenhäuser, die Ergebnisse der rund 380 Arztpraxen (Betriebsstätten) dürfen nicht veröffentlicht werden – und das obwohl ein Teil der Leistungen von ihnen als Belegärzte am Krankenhaus erbracht wird. Patienten können im Internet diese Leistungserbringer nicht finden und deshalb auch nicht in ihre Wahlentscheidung einbeziehen. Im Sinne einer sektorenübergreifenden Betrachtung sind nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes die Ergebnisse leistungserbringerbezogen, ohne Beschränkung auf einzelne Sektoren gleich zu bewerten und demnach auch zu veröffentlichen. Die Ergeb-

nisse müssen außerdem in die vom Qualitätsinstitut nach § 137a Abs. 3 Nummer 5 zu veröffentlichenden risikoadjustierten Übersichten aufgenommen werden, um die Allgemeinheit in verständlicher Form zu unterrichten.

Krankenkassen

Des Weiteren soll die Bundesregierung den SVR Gesundheit mit der Prüfung und Entwicklung eines Verfahrens zur Qualitätsmessung/Qualitätstransparenz für die gesetzliche Krankenversicherung beauftragt werden. Die Krankenkassen sollten sich Qualitätsvergleichen stellen müssen, die auf verständlichen Qualitätskriterien basieren und die Bedeutung der Versorgungsqualität im bisher vor allem auf Preis- bzw. Beitragsunterschiede setzenden Wettbewerb verstärkt einbezieht. Die Bewertung soll zum Beispiel beruhen auf

- Versichertenbefragungen,
- den Gesundheitsergebnissen der jeweiligen Krankenkasse unter Einbeziehung soziodemografischer Kriterien,
- der Erfassung von Strukturqualitätsmerkmalen wie etwa
 - dem Engagement für bestimmte Versichertengruppen (z. B. sozial Benachteiligte, Menschen mit Behinderungen),
 - dem Engagement für regional vernetzte patientengerechte Versorgungskonzepte,
 - den Umgang mit sozialen Bürgerrechten ihrer Versicherten sowie
 - der Zugangsgerechtigkeit der jeweiligen Krankenkasse.

Die gesetzlichen Krankenkassen stehen seit Einführung des allgemeinen Krankenkassenwahlrechts in einem intensiven Mitgliederwettbewerb; die GKV-Mitglieder können ihre Krankenkasse mit einer lediglich zweimonatigen Kündigungsfrist jederzeit wechseln; Voraussetzung ist lediglich, dass die Mitgliedschaft mindestens für die Dauer von 18 Monaten bestanden hat. Risikoprüfungen, Risikoausschlüsse, Risikozuschläge auf den Beitrag oder Wartezeiten für die Inanspruchnahme von Leistungen kennt die GKV nicht. Für die Krankenkassen besteht Kontrahierungszwang. Im Fall von Beitragsanhebungen haben die Mitglieder zudem ein Sonderkündigungsrecht, die 18-monatige Bindungsfrist greift dann nicht.

In den letzten 20 Jahren haben die Krankenkassen daher unter stark wechselnden Rahmenbedingungen ihre Aufgaben wahrgenommen; die Höhe des Krankenversicherungsbeitrags

spielte dabei tatsächlich, wenn auch im Zeitablauf in unterschiedlicher Intensität, als Wettbewerbsparameter immer eine wesentliche Rolle:

1. Von 1996 bis 2008 bestimmten die Krankenkassen kassenspezifische Beitragssätze, die zum Teil erhebliche Beitragsunterschiede zwischen den Mitgliedern erzeugten. Bei Beitragssätzen zwischen 11,3 und 15,8 Prozent (zum Stichtag 01.07.2007) ergaben sich in Abhängigkeit von der Kassenmitgliedschaft monatliche Beitragsunterschiede von bis zu 160 Euro.
2. Von 2009 bis 2014 wurde ein einheitlicher Beitragssatz zur Krankenversicherung vom Verordnungs- bzw. Gesetzgeber bestimmt; die Krankenkassen konnten ergänzend, soweit sie mit den Zuweisungen des Gesundheitsfonds ihre Ausgaben nicht decken konnten, pauschale Zusatzbeiträge direkt von ihren Mitgliedern erheben. Erhoben wurden diese von wenigen Krankenkassen in den Jahren 2010 bis 2012 in der Größenordnung von 8 bis 15 Euro im Monat.
3. Seit 2015 erheben die Krankenkassen bei einem gesetzlich festgeschriebenen allgemeinen Beitragssatz von 14,6 Prozent kassenspezifische Zusatzbeitragssätze; zum 1. Januar betragen die Sätze zwischen 0 und 1,3 Prozent; damit können die Beitragsunterschiede bis zu 53 Euro monatlich betragen.

Die Krankenkassen haben sich seit jeher für den in den 90er Jahren eingeschlagenen Weg der wettbewerblichen Ausgestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgesprochen. Zugleich haben sie dabei immer darauf abgestellt, dass ein reiner Preiswettbewerb nicht zu optimalen Ergebnissen führt, sondern die Krankenkassen vor allem mehr Vertragsspielräume benötigen, um den Rahmen für einen Wettbewerb um die beste gesundheitliche Versorgung der Versicherten zu schaffen. Zuletzt hat dies auch der Verwaltungsrat des GKV-SV in seinen Positionen für die laufende Legislaturperiode formuliert:

Für den Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung sollte in Zukunft neben dem Preis vor allem die Qualität der gesundheitlichen Versorgung das Unterscheidungsmerkmal sein. Selektivverträge sind daher als wettbewerbliche Versorgungsform zu fördern. Dadurch wird die Innovationskraft für neue Versorgungsangebote freigesetzt, und die hinsichtlich ihrer Ergebnisqualität besten Anbieter(netze) können sich durchsetzen. Um dieses Ziel zu errei-

chen, müssen Selektivverträge verbindliche Vereinbarungen über Qualitätsverbesserungen und deren Evaluierung enthalten. Informationen über die Qualität, insbesondere bei der sektorenübergreifenden gesundheitlichen Versorgung, fehlen bisher. Rechtssichere Grundlagen sind deshalb zu schaffen. Selektive Verträge müssen in den ordnungspolitischen Rahmen zur flächendeckenden Sicherstellung der medizinischen Versorgung eingebunden und Qualitäts-sicherungsdaten allgemein zur Verfügung gestellt werden.

Folgerichtig hat der GKV-SV auch während des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-FQWG die dort vorgenommene Ausgestaltung der Hinweispflichten der Krankenkassen bei erstmaliger Erhebung bzw. der Erhöhung von Zusatzbeiträgen kritisiert. Denn die neuen Vorgaben für die Information der GKV-Mitglieder nehmen erneut ausschließlich die Preiskomponente, also den Zusatzbeitragssatz, in den Fokus: Die Krankenkassen haben bei der Information ihrer Mitglieder über die Beitragserhebung sowie auf das Bestehen eines Sonderkündigungsrechts – Informationen, die ohne Frage notwendig und sinnvoll sind – zugleich auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V sowie auf die vom GKV-SV zu veröffentliche Übersicht aller Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen hinzuweisen. Darüber hinaus haben diejenigen Krankenkassen, die einen Zusatzbeitragssatz erheben, der über dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz liegt, ihre Mitglieder ausdrücklich auf die Möglichkeit hinzuweisen, „in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln.“ Diese erweiterten Hinweispflichten werden vom GKV-SV weiterhin kritisch bewertet. Die Regelungen – insbesondere aber die im Gesetzeswortlaut vorgenommene Gleichsetzung einer Krankenkasse mit einem unterdurchschnittlichen Zusatzbeitragssatz mit einer „günstigen Krankenkasse“ (und damit umgekehrt einer Krankenkasse mit einem überdurchschnittlichen Zusatzbeitragssatz mit einer „ungünstigen Krankenkasse“) – reduzieren den Mitgliederwettbewerb der Krankenkassen einseitig auf den Preiswettbewerb. Der auch vom Gesetzgeber selbst angestrebte Wettbewerb um eine qualitativ hochwertige Versorgung wird damit massiv erschwert.

Der im Antrag der GRÜNEN postulierten These, dass sich die Krankenkassen – im Gegensatz zu den Leistungserbringern – bislang keinen Qualitätsvergleichen hätten stellen müssen, kann jedoch nicht gefolgt werden. Regelmäßig haben sich Krankenkassen im Markt nicht nur den permanenten Preisvergleichen, sondern auch unterschiedlichsten Preis-Leistungs- oder Qualitätsvergleichen sowie Versichertenbefragungen zu stellen. Zahlreiche Akteure, etwa die Stiftung Warentest mit ihrem Medium Finanztest, Publikumszeitschriften, Marktforschungsinstitute, Tageszeitungen oder Kundenbarometer, führen permanent Marktvergleiche und Kunden-/Versichertenbefragungen anhand unterschiedlichster Vergleichsparameter durch. Zwei-

felsohne unterscheiden sich die einzelnen Erhebungen und Benchmarks erheblich hinsichtlich ihrer Zielsetzung, Aussagefähigkeit und Qualität; gleichwohl muss man feststellen, dass die Krankenkassen hierdurch in der Gesamtschau einem stetigen öffentlichen Benchmark ausgesetzt sind, der positive Anreize setzt für den Wettbewerb um

- ein differenziertes Angebot an Satzungs- und sonstigen Leistungen,
- eine hohe Qualität der Dienstleistungserbringung (Kundenorientierung, Erreichbarkeit, Bearbeitungszeiten, Beratungskompetenz, Versicherteninformation u.v.m.) sowie
- patientenorientierte Versorgungsangebote.

Ein zentrales gesundheitspolitisches Ziel muss aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die Förderung des informierten, selbstbestimmten Patienten sein. Der Fokus muss hierbei auf die möglichst umfassende und neutrale Information der Patientinnen und Patienten rund um ihre gesundheitliche Versorgung gelegt werden. Diesem Zweck dienen die Instrumente der Patientenberatung und des Gesundheitscoachings. Die Transparenz über das gesundheitliche Versorgungsgeschehen muss im Interesse der Patientinnen und Patienten sowie der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler durch stetige Weiterentwicklung der patientenorientierten Informationsbereitstellung erhöht werden.

C) Änderungsvorschlag

Änderungsvorschlag für § 137 Abs. 3 SGB V

An § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 wird angefügt:

Sofern sektorenübergreifende Richtlinien nach Absatz 2 gleiche verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung auch für die vertragsärztliche Versorgung sowie für belegärztliche Leistungen vorsehen, sind die Ergebnisse in dem strukturierten Qualitätsbericht entsprechend Satz 1 Nummer 4 darzustellen.

Änderungsvorschlag für § 137a Abs. 3 Nummer 5 SGB V

§ 137a Abs. 3 Nummer 5 SGB V wird wie folgt geändert:

5. auf der Grundlage geeigneter Daten, die in ~~den Qualitätsberichten der Krankenhäuser~~ dem strukturierten Qualitätsbericht gemäß § 137 Absatz 3 Nummer 4 veröffentlicht werden, einrichtungsbezogen vergleichende risikoadjustierte Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären und ambulanten Versorgung zu erstellen und in einer für

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 23.03.2015

Zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 02.03.2015, Drucksache 18/4153

Seite 14 von 17

die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen; Ergebnisse nach Nummer 6 sollen einbezogen werden,

Nr. 4

Neugestaltung der Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mittelfristig soll mit gesetzlichen Änderungen eine „berufsrechtliche Neuordnung der Gesundheitsberufe“ entwickelt werden. „Die nichtärztlichen Gesundheitsberufe, insbesondere qualifizierte Pflegekräfte, werden eine erweiterte Rolle erhalten. Sie werden Aufgaben eigenverantwortlich übernehmen, die bisher unzureichend abgedeckt sind, und sie werden pflegerische Bedarfe eigenständig einschätzen und medizinisch-pflegerisch Interventionen selbst durchführen müssen.“

Dabei ist statt einer bloßen Delegation ärztlicher Aufgaben eine grundsätzliche Neuformulierung heilkundlicher Aufgaben innerhalb der ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufe anzustreben. Dies umfasst konkret Rechtssicherheit für die Delegation und dauerhafte Übertragung ärztlicher Aufgaben an nichtärztliche Gesundheitsberufe sowie die Aufhebung des Arztvorbehaltes für bestimmte Tätigkeiten.“

Orientiert an Empfehlungen des SVR sollen Modellprojekte zur Erprobung der größeren Eigenständigkeit nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe u. a. dadurch gefördert werden, dass korrespondierende G-BA-Richtlinien, die als hinderlich bei der Durchführung von Modellprojekten nach § 63 Abs. 3c SGB V angesehen werden, geändert werden.

B) Stellungnahme

Bemühungen, die Arztzentrierung des deutschen Gesundheitswesens zu durchbrechen und neue Formen der Versorgung rechtssicher zu ermöglichen, werden von den Krankenkassen prinzipiell begrüßt und auch in vielen Modellen und Projekten praktisch gefördert. Es wäre sicher auch sinnvoll, sich in diesem Zusammenhang stärker an internationalen Standards zu orientieren.

Wünschenswert wäre hier eine Konkretisierung, denn die verschiedenen Vorschläge, wie z.B. die Aufhebung des Arztvorbehalts, sind nicht per se begründet.

Nr. 5

Finanzielle Ausweitung des Innovationsfonds nach § 92a SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Innovationsfonds nach § 92a, b (neu) SGB V soll dauerhaft implementiert und finanziell aufgestockt werden. Ferner sieht der Antrag vor, den Kreis der möglichen Antragsteller auszuweiten. Letztlich sei der Innovationsausschuss so zu gestalten, dass er unabhängiger von den derzeitigen Trägern des Gemeinsamen Bundesausschusses werde.

B) Stellungnahme

Gesetzliche Regelungen, die sektorenübergreifende Versorgungsformen nachhaltig und effektiv fördern, werden begrüßt. Hierzu gehört insbesondere auch die Schaffung eines Innovationsfonds. Der GKV-Spitzenverband lehnt allerdings sowohl die vorgesehene Struktur des Innovationsfonds mit der Zusammensetzung des Innovationsausschusses als auch die geplante konkrete Durchführung der Förderung ab. Zu kritisieren ist vor allem die Aufgabenzuweisung an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Der G-BA tritt mit dem vorgesehenen Innovationsausschuss erstmals als Entscheider über konkrete selektive Vertragsleistungen mit unmittelbarer Finanzwirkung für die Krankenkassen auf. Dies stellt einen gravierenden Paradigmenwechsel in der Leistungsfinanzierung und eine höchst problematische Vermischung selektiver und kollektiver Leistungsgestaltung dar. Ein Innovationsausschuss, in dem die Partner der Kollektivverträge und Vertreter der Exekutive (Bundesministerium für Gesundheit sowie Bildung und Forschung) über individuelle, selektive Verträge der Krankenkassen mit unmittelbarer Finanzwirkung entscheiden, konterkariert das Selbstverwaltungsprinzip und die wettbewerbliche Ausrichtung der Krankenkassen.

Insbesondere das Antragsrecht von pharmazeutischen Unternehmen und Herstellern von Medizinprodukten im Innovationsfonds ist abzulehnen. Dieses Antragsrecht gepaart mit der Regelung, dass Förderprojekten nicht zwingend einem Vertrag mit einer Krankenkasse zugrunde liegen muss, kann eine Investitionsmaßnahme zur Produktförderung darstellen und wird deshalb abgelehnt. Dies würde nicht nur der Intention der beabsichtigten Förderung von gesundheitlichen Versorgungsprozessen zuwiderlaufen, sondern eine Zweckentfremdung von Beitragsgeldern darstellen.

Auch die dem Bundesversicherungsamt (BVA) im Zusammenhang mit dem Innovationsfonds zugewiesenen neuen Aufgaben lehnt der GKV-Spitzenverband ab. Die Verwaltung des Innovationsfonds als Sondervermögen mit dem direkten, gesetzlich legitimierten Zugriff auf die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, beschreibt einen neuen, problematischen Umgang

mit den Beitragsmitteln der Versicherten und Arbeitgeber und Ihrer Krankenkassen und wird abgelehnt.

Um eine sachgerechte Mittelverwendung sicherzustellen, sollten Anträge zur Förderung aus dem Innovationsfonds immer einen Vertrag mit einer Krankenkasse zur Grundlage haben. Auf der Basis von gesetzlich festgeschriebenen Förderschwerpunkten und Förderzielen, sollte der G-BA als Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung detaillierte Förderkriterien (allgemeiner Kriterienkatalog) erarbeiten. Die Förderkriterien sowie ein Quotierungs- und Priorisierungsverfahren sind mit einer aus Krankenkassen bestehenden Facharbeitsgruppe, die entsprechendes Vertrags-Know-How einbringt, einvernehmlich zu erarbeiten und abzustimmen.

Das im Gesetzentwurf vorgesehene Finanzvolumen von jährlich 300 Millionen Euro ist zu hoch. Vielmehr sollten einmalig 300 Millionen Euro für einen vorgesehenen Förderzeitraum von vier Jahren aufgebracht werden. Die in diesem Zusammenhang geforderte nochmalige Aufstockung zu der geplanten jährlichen Veranlassung von 300 Millionen Euro ist nicht nachvollziehbar und wird abgelehnt. Im Vergleich zu früheren Regelungen („1%ige Anschubfinanzierung“) stellt der Vorschlag des Gesetzentwurfs bereits jetzt ein deutlich größeres Fördervolumen dar. Während mit bisherigen Regelungen bei neuen Versorgungsmodellen auch die Leistungen der Regelversorgung zu finanzieren waren, sind mit dem Innovationsfonds nur Leistungen, die über die Regelversorgung hinausgehen, zu berücksichtigen. Dies spricht einmal mehr für die Forderung des GKV-Spitzenverbandes, die Förderung auf einmalig 300 Millionen zu begrenzen. Darüber hinaus ist sowohl die Finanzlage der Krankenkassen als auch die Höhe der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nicht dauerhaft absehbar. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Evaluation und Auswertung der Förderung im Jahre 2019/2021 ist ergebnisoffen zu gestalten. Das Ergebnis bereits heute politisch vorwegzunehmen ist nicht sachgerecht.

Neben der jährlichen und dauerhaften Finanzierung eines Innovationsfonds mit 300 Millionen Euro und einer weiteren Aufstockung dieser Mittel, wird die im Gesetz vorgeschlagene Form der Finanzierung des Innovationsfonds grundsätzlich abgelehnt. Stattdessen sollte die Erhebung und Verwaltung der Mittel bürokratiearm durch das Umlageverfahren des GKV-Spitzenverbandes sichergestellt werden.

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen finanziellen Mittel für die Versorgungsforschung in Höhe von 75 Millionen Euro sollten insbesondere auch für die Evaluationskosten der aus dem Innovationsfonds geförderten Maßnahmen verwendet werden.



Spitzenverband

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 23.03.2015**

**zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Geburtshilfe heute und in Zukunft sichern –
Haftpflichtproblematik bei Hebammen und anderen
Gesundheitsberufen entschlossen anpacken
vom 19.03.2014
Drucksache 18/850**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Stellungnahme zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Geburtshilfe heute und in Zukunft sichern – Haftpflichtproblematik bei Hebammen und anderen Gesundheitsberufen entschlossen anpacken

II. 1.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, unverzüglich dafür Sorge zu tragen, dass die Verpflichtung der Krankenkassen nach § 134a Absatz 1 SGB V, Kostensteigerungen durch die gestiegenen Haftpflichtprämien in der Vergütung der Geburtshilfe abzubilden, verbindlich eingehalten wird sowie sich gegenüber den Anbietern privater Berufshaftpflichtversicherungen dafür einzusetzen, auch künftig Versicherungsverträge, insbesondere Gruppenverträge, für Hebammen anzubieten, sodass deren Berufsausübung kurzfristig sichergestellt bleibt.

B) Stellungnahme

In diesem Zusammenhang stimmen Äußerungen eines Berufsverbandes bedenklich, die dem GKV-Spitzenverband vorliegen, wonach aktuelle Abfragen vieler Versicherungsunternehmen über einen Makler ergeben hätten, dass sich ab Mitte 2015 kein weiterer Versicherer bereit erklärt hat, Berufshaftpflichtversicherungspolicen für Hebammen mit Geburtshilfe anzubieten. Auch der beabsichtigte Regressverzicht ändere daran nichts.

Des Weiteren möchte der Gesetzgeber über die im FQWG geregelten Haftpflichtzuschläge nach § 134a Abs. 1c und über zusätzliche Sicherstellungszuschläge für Geburten ab 1. Juli 2015 nach Abs. 1b SGB V erreichen, die Hebammen mit wenigen Geburten im Jahr von den hohen Prämiensteigerungen der Haftpflichtversicherungsunternehmen zu entlasten. Allerdings bevorteilt diese Regelung – nach wie vor – Hebammen, die viele Geburten p. a. betreuen, vor dem Hintergrund der Beibehaltung des Satzes 3 im Abs. 1, wonach kollektiv – auf die Gebührenpositionen – die Steigerungen der Haftpflichtkosten insgesamt – aufgeschlagen werden. Ein – wie vom GKV-Spitzenverband im Gesetzgebungsverfahren des FQWG geforderter – Spitzausgleich wäre gerechter.

Ungerechtfertigte Kostensteigerung zu Lasten der Krankenkassen gekoppelt mit dem Regressverzicht, wonach die Beitragszahler künftig für Schäden von freiberuflich tätigen Hebammen bei Behandlungsfehlern aufkommen sollen, lehnt der GKV-Spitzenverband strikt ab.

C) Änderungsvorschlag

Der beabsichtige Regressverzicht ist zu streichen (vgl. hierzu Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum GKV-VSG).

II. 2.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, sehr zeitnah einen Gesetzentwurf vorzulegen, der in mittelfristiger Perspektive für eine begrenzte Übergangsphase von wenigen Jahren zum Ziel hat, die Kosten der Berufshaftpflichtversicherung zu senken. Dazu ist die Prüfung in Betracht kommender Modelle, wie beispielsweise ein Haftungsfonds oder eine Regressbeschränkung, zügig abzuschließen.

B) Stellungnahme

Der angestrebte Regressverzicht nach GKV-VSG soll nach Aussagen des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. eine über 20%ige Reduzierung der Berufshaftpflichtprämien bewirken. Dem GKV-Spitzenverband liegen schriftliche Äußerungen eines Berufsverbandes vor, wonach Abfragen vieler Versicherungsunternehmen ergeben hätten, dass sich damit die Kosten um lediglich ca. 7 % reduzieren ließen. Damit erreicht der von der Bundesregierung beabsichtigte Regressverzicht nicht die erhoffte Wirkung.

Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes hätte ein Regressverzicht der Kranken- und Pflegekassen, um die Haftpflichtkosten für freiberuflich tätige Hebammen zu senken, folgende Auswirkungen:

- Es entstünden hohe finanzielle Schäden für einzelne Kranken- und Pflegekassen, die nach einem sogenannten „Großschaden“ die Gelder für die Versorgungsleistungen von Mutter und/oder Kind nicht über die Regresse refinanzieren könnten.
- Es kam bereits unmittelbar zu weiteren Forderungen von anderen Leistungserbringern auf einen Regressverzicht (geburtshilflich tätige Ärzte/Geburtskliniken u.a.). Regresse der Kranken-/Pflegekassen würden in allen Bereichen grundsätzlich in Frage gestellt werden können.
- Mit einem Regressverzicht entstünde quasi eine Enthftung von Hebammen bei Behandlungsfehlern, die Schäden verursacht haben. Wesentliches Kennzeichen einer freiberuflichen Tätigkeit ist es jedoch für die eigenverantwortlich geleistete Arbeit auch selbst zu haften.
- Auch im Koalitionsvertrag nimmt die Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen aus guten Gründen breiten Raum ein. Dieses Ziel wird kaum erreicht werden können, wenn die Verursacher von nachgewiesenen Behandlungsfehlern aus der Haftung entlassen werden.
- Ferner droht eine Reduzierung des Verantwortungs-/Risikobewusstseins der Hebamme (Schadensverursacher).

- Durch die vorgesehene Beseitigung der gesamtschuldnerischen Haftung besteht ein Anreiz für Kliniken die Arbeitsverhältnisse ihrer angestellten Hebammen in freiberufliche Arbeitsverhältnisse umzuwandeln.

Unter den o. g. Umständen sollten von freiberuflich tätigen Hebammen verursachte Schäden durch Behandlungsfehler grundsätzlich nicht von der einzelnen Kranken-/Pflegekasse finanziert werden müssen. Die Verantwortung/Risiken der Hebamme würden systemwidrig der Solidargemeinschaft übertragen. Daher lehnt der GKV-Spitzenverband einen Regressverzicht ausdrücklich ab.

C) Änderungsvorschlag

Der beabsichtigte Regressverzicht ist zu streichen (vgl. hierzu Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum GKV-VSG).

II. 3.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, zügig eine grundlegende Neuordnung der Regelungen zur Berufshaftpflicht für alle Gesundheitsberufe in Angriff zu nehmen, die in langfristiger Perspektive in Kraft treten soll. Dazu ist im ersten Schritt eine Untersuchung in Auftrag zu geben, die die Möglichkeit prüft, die Regelungsprinzipien der gesetzlichen Unfallversicherung auf eine Berufshaftpflichtversicherung für alle Gesundheitsberufe bzw. deren Arbeitgeber (wie z. B. Krankenhäuser) zu übertragen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband teilt diese Forderung im Antrag dahingehend, als dass der Gesetzgeber nicht nur weitere Möglichkeiten zur Neuordnung der Regelungen zur Berufshaftpflicht aller Gesundheitsberufe prüft, sondern darüber hinaus künftig sicherstellt, dass geburtshilfliche Schadensfälle und Behandlungsfehlergutachtenfälle der Krankenkassen aus der Vergangenheit transparent werden (Verursacher, Schadenshöhe, Versorgungsverlauf usw.) und ein System implementiert, in dem künftig alle Kliniken, Ärzte, Krankenkassen und Hebammen Schadens- und Behandlungsfehlerfälle - nach einheitlich festzulegenden Kriterien - melden müssen. Der beabsichtigte Regressverzicht über das GKV-VSG ist ordnungspolitisch ein Desaster und weckt Begehrlichkeiten weiterer Gesundheitsberufe, die die Versichertengemeinschaft über Gebühr ungerechtfertigt mit Kosten zu belasten, die nachweislich durch fehlerhaftes Handeln verursacht wurden (vgl. hierzu auch Anmerkungen oben zu II. 1. und II. 2.).

C) Änderungsvorschlag

Der GKV-Spitzenverband schlägt vor, gesetzliche Regelungen zu implementieren, die gewährleisten, dass Schadensfälle, Vorkommnisse, Behandlungsfehler in der Geburtshilfe von allen Leistungserbringern und Kostenträgern zentral nach einheitlichen Kriterien gemeldet werden müssen. In anonymisierter Form sollten die Ergebnisse veröffentlicht werden.

II. 4.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, eine regelmäßige Bestandsaufnahme der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland vorzunehmen, auf deren Basis Empfehlungen zur Verbesserung und zur Gewährung einer flächendeckenden und qualitätsgesicherten Versorgung mit geburtshilflichen Leistungen abgegeben werden sollte.

Der Begründung des Antrags zu diesem Punkt zufolge *müssen Qualitätsaspekte definiert werden, bei denen im Hinblick auf das Hebammenwesen auch zu fragen wäre, ob es nicht sinnvoll wäre, wenn Hebammen, die Geburtshilfe anbieten, auch eine bestimmte Anzahl von Geburten innerhalb eines festgelegten Zeitraums vorweisen sollten. Zur Klärung solcher Fragen könnte auch ein internationaler Vergleich mit dem Hebammenwesen anderer Länder, wie etwa den Niederlanden, aufschlussreich sein. (vgl. S. 4 des Antrags)*

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt den Vorschlag der regelmäßigen Bestandsaufnahme der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland. Die Geburten im Krankenhaus werden seit Jahren erfasst. Alle Geburten im außerklinischen Bereich sollen nach Umsetzung der Ergänzungen in § 134a Abs. 1 SGB V nach dem FQWG zur externen Qualitätssicherung ebenfalls abgebildet werden.

Aber auch dann wird es nicht möglich sein, jährlich einen Qualitätsvergleich klinischer mit außerklinischen Geburten vorzunehmen. Dies liegt zum einen darin begründet, dass außerklinisch über QUAG (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.) und klinisch über AQUA nicht identische Geburtsparameter abgefragt werden. Zudem fehlen routinemäßige Verknüpfungen der Daten, die vergleichbar sind. Die Qualitätssicherung in der Geburtshilfe bedarf einer sektorenübergreifenden Betrachtung. Hierfür sind die gesetzlichen Regelungen anzupassen.

Der GKV-Spitzenverband möchte an dieser Stelle auch zur Frage in der Begründung des Antrags nach der Anzahl der Geburten von Hebammen pro Jahr, die in den Niederlanden unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung angeführt werden, Stellung nehmen. Demzufolge werden in den Niederlanden 20 Geburten je Hebamme p. a. als ausreichend angesehen, um dem Qualitätsaspekt gerecht zu werden (vgl. Recent Advances in Obstetrics and Gynaecology 23, edited by John Bonnar and William Dunlop, 2005 Royal Society of Medicine Press Ltd, London, S. 83).

C) Änderungsvorschlag

Der GKV-Spitzenverband schlägt vor, dass für eine sektorenübergreifende externe Ergebnisqualitätssicherung in der Geburtshilfe Regelungen geschaffen werden. Zudem ist eine Mindestmenge als Strukturqualitätsvoraussetzung im § 134a Abs. 1 SGB V zu nennen. Der GKV-Spitzenverband ist der Auffassung, dass Hebammen 20 Geburten p. a. – in Analogie zu den Niederlanden – als Voraussetzung im Sinne der Qualitätserfordernisse erbringen sollen. Nur in regional schwach bewohnten Regionen müsste ggf. von dieser Höhe abgewichen werden, damit die Versorgungslage der Versicherten stabil bleibt.



Spitzenverband

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 23.03.2015**

**zum Antrag der Fraktion DIE LINKE
Zukunft der Hebammen und Entbindungspfleger sichern –
finanzielle Sicherheit und ein neues Berufsfeld schaffen
vom 21.05.2014
Drucksache 18/1483**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE

Zukunft der Hebammen und Entbindungspfleger sichern – Finanzielle Sicherheit und ein neues Berufsbild schaffen

II. 1.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, zügig Maßnahmen zur sofortigen Senkung der Versicherungsprämien für die Haftpflichtversicherungen der Hebammen und Entbindungspfleger auf den Weg zu bringen. Zu prüfen sind die Einrichtung eines steuerfinanzierten Haftungsfonds, der über eine fallbezogene Haftungsobergrenze von 3 Mio. Euro hinausgehende Schäden absichert, sowie die Begrenzung der Regressforderungen durch die Sozialversicherungsträger.

Eine besondere Regelung für Hebammen ist geboten, da die Tätigkeit der Hebammen gesamtgesellschaftlichen Zielsetzungen und Aufgaben dient. Daneben ist zu gewährleisten, dass die Verpflichtung gemäß § 134a Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) Kostensteigerungen bei der Vergütung der Hebammen zu berücksichtigen, eingehalten wird. Ebenso sind Regelungen zu treffen, die unterschiedliche Geburtenzahlen für die Hebammen und Entbindungspfleger besser berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes hätte ein Regressverzicht der Kranken- und Pflegekassen, um die Haftpflichtkosten für freiberuflich tätige Hebammen zu senken, folgende Auswirkungen:

- Es entstünden hohe finanzielle Schäden für einzelne Kranken- und Pflegekassen, die nach einem sogenannten „Großschaden“ die Gelder für die Versorgungsleistungen von Mutter und/oder Kind nicht über die Regresse refinanzieren könnten.
- Es käme sicherlich unmittelbar zu weiteren Forderungen von anderen Leistungserbringern auf einen Regressverzicht (geburtshilflich tätige Ärzte/Geburtskliniken u. a.). Regresse der Kranken-/Pflegekassen würden in allen Bereichen grundsätzlich in Frage gestellt werden können.

- Mit einem Regressverzicht entstünde quasi eine Enthaftung von Hebammen, die Schäden verursacht haben. Wesentliches Kennzeichen einer freiberuflichen Tätigkeit ist es jedoch für die eigenverantwortlich geleistete Arbeit auch selbst zu haften.
- Auch im Koalitionsvertrag nimmt die Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen aus guten Gründen breiten Raum ein. Dieses Ziel wird kaum erreicht werden können, wenn die Verursacher von nachgewiesenen Behandlungsfehlern aus der Haftung entlassen werden.
- Ferner droht eine Reduzierung des Verantwortungs-/Risikobewusstseins der Hebamme (Schadensverursacher).
- Durch die vorgesehene Beseitigung der gesamtschuldnerischen Haftung besteht ein Anreiz für Kliniken die Arbeitsverhältnisse ihrer angestellten Hebammen in freiberufliche Arbeitsverhältnisse umzuwandeln.

Der angestrebte Regressverzicht nach dem GKV-VSG soll nach Aussagen des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. eine über 20%ige Reduzierung der Berufshaftpflichtprämien bewirken. Nach Äußerungen eines Berufsverbandes haben Abfragen vieler Versicherungsunternehmen ergeben, dass sich damit die Kosten um lediglich ca. 7 % reduzieren ließen. Damit erreicht der von der Bundesregierung beabsichtigte Regressverzicht nicht die erhoffte Wirkung.

Unter den o. g. Umständen sollten von freiberuflich tätigen Hebammen verursachte Schäden grundsätzlich nicht von der einzelnen Kranken-/Pflegekasse finanziert werden müssen. Die Verantwortung/Risiken der Hebamme würden systemwidrig der Solidargemeinschaft übertragen. Daher lehnt der GKV-Spitzenverband einen Regressverzicht ausdrücklich ab.

Des Weiteren möchte der Gesetzgeber über die im FQWG geregelten Haftpflichtzuschläge nach § 134a Abs. 1c und den Sicherstellungszuschlag für Geburten ab 1. Juli 2015 nach Abs. 1b SGB V erreichen, die Hebammen mit wenigen Geburten im Jahr von den hohen Prämiensteigerungen der Haftpflichtversicherungsunternehmen zu entlasten. Allerdings bevorteilt diese Regelung – nach wie vor – Hebammen, die viele Geburten p. a. betreuen, vor dem Hintergrund der Beibehaltung des Satzes 3 im Abs. 1, wonach kollektiv – auf die Gebührenpositionen – die Steigerungen der Haftpflichtkosten insgesamt – aufgeschlagen werden. Ein – wie vom GKV-Spitzenverband im Gesetzgebungsverfahren des FQWG geforderter – Spitzausgleich wäre gerechter.

C) Änderungsvorschlag

Der beabsichtigte Regressverzicht ist zu streichen (vgl. hierzu Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum GKV-VSG).

II. 2.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, eine Neuordnung der Berufshaftpflicht vorzunehmen, in die alle Berufsgruppen einbezogen werden, die als Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im SGB V erfasst werden. Dazu ist zeitnah ein Gesetzentwurf zur Schaffung eines gemeinsamen Haftungsfonds für Behandlungsfehler vorzulegen. Dadurch wird eine kollektive Haftung aller Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gegenüber den Patientinnen und Patienten durch eine größere Zahl der im Haftungsfonds erfassten Personen ermöglicht. Damit durch den Risikoausgleich zwischen den einzelnen Berufen Berufsgruppen, die geringe Einnahmen haben, nicht zusätzlich belastet werden, sind risikoadjustierte bzw. risikoäquivalente Deckungsbeiträge zu prüfen. Ebenso zu prüfen sind eine einkommensabhängige Gestaltung der Beiträge sowie Modelle, die eine Prämienabsenkung bei längerer Zeit ohne Behandlungsfehler und Prämienanhebungen bei überdurchschnittlicher Häufung von Fehlern bewirken. Der Fonds könnte beim Bundesversicherungsamt finanzmathematisch kalkuliert und verwaltet werden.

B) Stellungnahme

Nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes wäre es konsequent, wenn der Steuerzahler auch für die Regressansprüche der Kranken- und Pflegekassen sowie für die steigenden Haftpflicht- und Vergütungskosten aufkommen würde. Denn bei den Hebammenleistungen (Geburten) handelt es sich um versicherungsfremde Leistungen (<http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/v-y/versicherungsfremde-leistungen.html>). Demnach beteiligt sich der Bund pauschal über Steuerzuschüsse an den Aufwendungen der GKV für die Geburtsleistungen der Hebammen, um die Finanzierung dieser familienpolitisch und gesamtgesellschaftlich motivierten Aufgabe sachgerechter auf die Solidargemeinschaft der Steuerzahler zu verteilen und die Solidargemeinschaft der Beitragszahler teilweise zu entlasten.

Gelingt es dem Gesetzgeber mit dem Regressausschluss nicht wie geplant, die Versicherungsunternehmen zu motivieren – und das scheint nach aktuellen Erkenntnissen der Fall zu sein – ihre Prämien im erheblichen Umfang zu senken, werden die Krankenkassen einerseits Verluste aus dem Regressausschluss haben und andererseits weiterhin die Haftpflichtzuschläge nach § 134a Abs. 1 Satz 3 und ab 1. Juli 2015 zusätzliche Sicherstellungszuschläge nach Abs. 1b SGB V finanzieren müssen. Damit würden die Beitragszahler (Arbeitnehmer) der gesetzlichen Krankenversicherung gleich mehrfach belastet.

Von daher wäre eine Aufstockung des Bundeszuschusses folgerichtig (Ergänzung in § 221 Abs. 1 SGB V). Die Höhe des zusätzlichen Bundeszuschusses kann aufgrund der fehlenden Datenlage nur überschlagsmäßig bestimmt werden. Hierzu hat der GKV-Spitzenverband folgende Überschlagsrechnung vorgenommen (Quelle:

<http://www.tagesspiegel.de/politik/debatte-um-hebammen-regierung-kennt-zahl-der-betroffenen-nicht/9672488.html>; ohne Angabe auf welches Jahr sich die Daten beziehen):

Ausgehend von 100 Personenschäden, die von freiberuflich tätigen Hebammen verursacht werden (aufgrund der vermuteten geringfügigen Anzahl von grob fahrlässigen oder vorsätzlichen Schadensfällen, blieb dieser Punkt unbeachtet), sollen 88 Schäden unter 100.000 Euro liegen (hier wird ein Durchschnitt von 50.000 Euro unterstellt) und 12 Schäden bei durchschnittlich 2,6 Mio. Euro. Hieraus ergibt sich eine Gesamtschadenssumme von rd. 35,6 Mio. Euro. Der vom Gesetzgeber angenommene 30%ige Anteil für Regressforderungen von Kranken- und Pflegeversicherung bedeutet eine Mehrbelastung von über 10 Mio. Euro pro Jahr. Sollten dem Gesetzgeber Daten zu den Schadensfällen (Anzahl vorsätzlicher, grob fahrlässiger und fahrlässiger Fälle) sowie konkretere Berechnungsgrundlagen vorliegen, sollten diese entsprechend berücksichtigt werden.

C) Änderungsvorschlag

Vgl. hierzu Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum GKV-VSG.

II. 3.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf zur Neudefinition der Hebammenleistungen im SGB V vorzulegen, der die Hebammen als erste Ansprechpartnerinnen für Frauen in Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft benennt und weitergehende Leistungen unter Berücksichtigung gesundheitsfördernder und psychosozialer Leistungen ermöglicht. Die Vergütung durch die Krankenkassen ist auf dieser geänderten Grundlage neu zu bemessen. Dabei ist zur Sicherstellung der Hebammentätigkeit vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V abzuweichen. Die wirtschaftlichen Bedarfe der Hebammen und Entbindungspfleger sind zu berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Dem SGB V zufolge (§ 24f SGB V) kann die Frau sich heute schon entscheiden, wo sie im Rahmen der Schwangerschaft und Geburt betreut wird. Sofern jedoch kein physiologisch normaler Befund vorliegt, ist – vor dem Hintergrund der Kompetenzen der Hebamme im Rahmen des Hebammengesetzes – eine ärztliche Betreuung für den Schutz von Mutter und Kind unentbehrlich (vgl. hierzu auch Anmerkungen zu Punkt II. 5.).

Zudem werden den Frauen und deren Familien bereits heute neben der originären Hebammenhilfe nach SGB V die Familienhebammen nach dem Bundeskinderschutzgesetz insbesondere für eine umfassende psychosoziale Unterstützung zur Seite gestellt.

Von der Beitragssatzstabilität wird insbesondere zur Sicherstellung der Hebammentätigkeit bereits seit 2010 aufgrund der vielfältigen Regelungen zu Haftpflichtausgleichen abgewichen (§ 134a Abs. 1 Satz 3, Abs. 1c und künftig Abs. 1b SGB V).

Sofern die Forderungen aus dem Antrag Berücksichtigung finden, sollte der Gesetzgeber in einem Gesetzentwurf eine klare Abgrenzung der Leistungen nach SGB V zu den familienhebammenhilflichen Leistungen nach dem Bundeskinderschutzgesetz vornehmen, um Doppelabrechnungen künftig entgegenzuwirken. Vgl. hierzu Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum GKV-VSG.

II. 4.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf vorzulegen, um Maßnahmen zur Gewährleistung einer Eins-zu-eins-Betreuung gesetzlich zu verankern, z. B. durch entsprechende Leitlinien, um die Qualität der Geburtshilfe in Deutschland sicherzustellen.

B) Stellungnahme

Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes werden alle Geburten in Deutschland unabhängig vom Geburtsort (klinisch oder außerklinisch) bereits – in der aktiven Eröffnungsphase – 1 : 1 betreut. Ob in den Stunden vorher (vorgeburtliche Latenzphase) ständig eine Hebamme direkt bei der Frau sein muss, ist fraglich und wissenschaftlich umstritten.

C) Änderungsvorschlag

Der GKV-Spitzenverband begrüßt den Vorschlag zur Erarbeitung einer Leitlinie, um die Qualität der Geburtshilfe sektorenübergreifend (klinisch und außerklinisch) in Deutschland sicherzustellen, insbesondere mit der Lösung zur Frage der Notwendigkeit/des Nutzens einer kontinuierlichen Eins-zu-eins-Betreuung schon in der Latenzphase (vorgeburtliche Phase).

II. 5.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, einen Runden Tisch aller Akteurinnen und Akteure zur Förderung der physiologischen Geburt einzurichten, unter Federführung des Bundesgesundheitsministeriums, um die Gesundheit und Unversehrtheit von Mutter und Kind zu schützen. Hebammen und Entbindungspfleger ist dabei als Erstversorgerinnen und Erstversorgern für Mütter und Kinder eine Schlüsselrolle zuzuweisen.

B) Stellungnahme

Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes sollte die Versicherte auch künftig bei physiologisch normalen Schwangerschaften und Geburten von ihrem Wahlrecht (Arzt oder Hebamme) Gebrauch machen können. Sofern jedoch kein physiologisch normaler Befund vorliegt, ist – vor dem Hintergrund der Kompetenzen der Hebamme im Rahmen des Hebammengesetzes – eine ärztliche Betreuung für den Schutz von Mutter und Kind unentbehrlich.

Aktuell kann die Frau selbst entscheiden, wo sie im Rahmen der Schwangerschaft und Geburt betreut wird (§ 24f SGB V). Eine verbindliche Vorgabe von Hebammen und Entbindungspflegern als Erstversorgerinnen und Erstversorgern würde das freie Wahlrecht der Versicherten beschneiden.

C) Änderungsvorschlag

Der GKV-Spitzenverband spricht sich gegen eine verbindliche Festlegung der Hebamme und dem Entbindungspfleger als Erstversorgerin und Erstversorger aus.

II. 6.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf vorzulegen, der eine alle Bereiche der gesundheitlichen Versorgung umfassende Bedarfsplanung gewährleistet und damit auch eine wohnortnahe Versorgung mit Hebammenleistungen sichert.

B) Stellungnahme

Die Hebammenverbände sprechen sich seit einigen Jahren für eine Sicherstellung der Geburtshilfe über eine Bedarfsplanung aus.

Die Sicherstellung in der Geburtshilfe erfolgt über die Bundesländer (über 98 % der Geburten finden in den Kliniken statt) und außerklinische Geburten, die zu weit von einem Krankenhaus mit geburtshilflicher Fachabteilung entfernt stattfinden sollen, können nicht bereut werden (fehlende Notfallversorgung bei Verlegungsnotwendigkeit), da der Weg im Falle einer Notfallverlegung von der außerklinischen Geburtshilfe in die nächste Klinik zu viel Zeit in Anspruch nehmen würde und somit Mutter und/oder Kind in unzumutbarer Weise einem zu hohen Risiko ausgesetzt wären.

Nach § 24f SGB V besteht ein Anspruch und damit ein Wahlrecht auf ambulante oder stationäre Entbindung. Seit Jahrzehnten erfolgt ein Großteil der Geburten stationär im Krankenhaus (über 98 %), obwohl spätestens mit der Finanzierung der Geburtshausentbindungen durch die GKV im Jahr 2008 eine Verlagerung hin zu außerklinischen Entbindungen hätte stattfinden können.

Die Gewährung von Geburtshilfe im Krankenhaus erfolgt ebenfalls im Rahmen des Sachleistungsprinzips durch die Krankenkassen. Sie stellen den Versicherten diese Leistungen insbesondere durch die zugelassenen Krankenhäuser (§ 108 SGB V) als Sachleistung zur Verfügung. Für die Sicherstellung ausreichender geburtshilflicher Kapazitäten in den Krankenhäusern und deren angemessene Erreichbarkeit sind nicht die Krankenkassen sondern die Bundesländer im Rahmen des Krankenhausplanungsrechts verantwortlich. Nach § 6 i. V. m. § 1 KHG obliegt es den Bundesländern Krankenhauspläne aufzustellen, um eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung im jeweiligen Bundesland mit leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhäusern zu gewährleisten. Diese Verpflichtung umfasst auch die Leistungen der stationären Geburtshilfe. Die Krankenhauspläne der Länder müssen daher so ausgestaltet sein, dass ausreichende und bedarfsgerechte Geburtshilfekapazitäten vorgehalten werden.

C) Änderungsvorschlag

Da über 98 % aller Geburten auf Wunsch der Mütter im Krankenhaus stattfinden, für die eine Bedarfsplanung bereits durch Krankenhauspläne der Bundesländer erfolgt, und die Erbringung außerklinischer Geburten eng an die Erreichbarkeit entsprechender Krankenhäuser gebunden ist, ist eine gesonderte Bedarfsplanung für unter 2 % aller Geburten entbehrlich.