

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(39)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.
15_GKV-VSG
24.03.2015



BUNDESVERBAND

**Stellungnahme des
AOK-Bundesverbandes
zur Anhörung des Gesundheitsausschusses
am 25.03.2015 zum**

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 Antrag der Fraktion DIE LINKE**

Antrag der Fraktion DIE LINKE

**Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen –
Hochwertige und effiziente Versorgung für alle
BT-Drucksache 18/4099**

Stand 24.03.2015

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin
Tel. 030/ 3 46 46 - 2299
Fax 030/ 3 46 46 - 2322

Inhaltsverzeichnis

Antrag der Fraktion DIE LINKE. Wohnortnahe Gesundheitsversorgung durch bedarfsorientierte Planung sichern - 3 -

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Gesundheitsversorgung umfassend verbessern: Patienten und Kommunen stärken, Strukturdefizite beheben, Qualitätsanreize ausbauen..... - 6 -

Antrag der Fraktion DIE LINKE. Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen – Hochwertige und effiziente Versorgung für alle - 8 -

Antrag der Fraktion DIE LINKE.**Wohnortnahe Gesundheitsversorgung durch bedarfsorientierte Planung sichern****A Inhalt**

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE umfasst im Wesentlichen die folgenden Forderungen an den Gesetzentwurf:

- 1) Ausbau der Bedarfsplanung dahingehend, dass
 - Sie sektorübergreifend sowohl den ambulanten als auch den stationären Sektor umfasst,
 - das gemeinsame Landesgremium den Sicherstellungsauftrag für die Bedarfsplanung übernehmen soll,
 - sie auf Grundlage einer objektiven Bedarfsmessung sowie
 - unter Berücksichtigung der Kapazitäten für delegierte und substituierter Leistungen erfolgt.
- 2) Die Kompetenzen der Patientenvertretung in den Landesausschüssen und den gemeinsamen Landesgremien zu erweitern.
- 3) In Modellversuchen sollen rollende Arztpraxen erprobt werden. Weiterhin soll den Kommunen die Möglichkeit eröffnet werden, multifunktionale Praxisräume, anbieten zu können.
- 4) Die Allgemeinmedizin soll durch Maßnahmen im Rahmen des Medizinstudiums und bei der Honorierung attraktiver gemacht werden. Die hausarztzentrierte Versorgung soll in das Kollektivsystem überführt werden. Die Allgemeinmedizin soll in perspektivisch in fachübergreifende kooperative Strukturen integriert werden.
- 5) Für die Heilkundeübertragung im Rahmen von Delegation und Substitution sollen Leistungen ermittelt werden, die von nicht-ärztlichen Berufen erbracht werden können.
- 6) Unter Berücksichtigung der Versorgungslage sollen in überversorgten Regionen Arztsitze gestrichen werden können.
- 7) Die Bundesregierung soll ein Modell erproben, in dem für eine Region anhand des Versorgungsbedarfs bemessene Mittel in ein Regionalbudget fließen sollen, über deren Verteilung regionale Gremien entscheiden.

B Stellungnahme

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE setzt auf einen umfassenden Ausbau von Versorgungsplanung und gremienbasierter Ressourcenallokation. Die Forderungen schwanken zwischen konkreten, kleinteiligen Maßnahmen und ambitionierten Ansätzen zum grundsätzlichen Umbau der Versorgungs- und Vergütungslandschaft.

Zu 1.)

Eine umfassende Neuordnung sieht der Antrag in der Bedarfsplanung vor. Sowohl hinsichtlich des Umfangs, der verwendeten Methodik als auch der zuständigen Gremien fordert DIE LINKE hier eine tiefgreifende Neugestaltung.

Eine Weiterentwicklung zu einer sektorübergreifenden Bedarfsplanung ist wünschenswert, ist allerdings aufgrund der unterschiedlichen und weitgehend voneinander unabhängigen Regelungssystematik und der Kompetenzzuweisungen nicht ohne weiteres realisierbar. Auch ist der Vorschlag, dass das gemeinsame Landesgremium die Verantwortung für die Bedarfsplanung übernehmen soll ohne gleichzeitig auch in der finanziellen und organisatorischen Verpflichtung zu stehen, nicht zielführend.

Sehr viel Hoffnung setzt der Antrag auf die Perspektive, den Versorgungsbedarf unter Berücksichtigung von Morbidität, sozioökonomische Faktoren und Demographie sowie der Verkehrsbedingungen ermitteln zu können und von der tatsächlichen Versorgung zu entkoppeln. Dies soll zum einen die Bedarfsplanung vom gegenwärtigen Ist-Zustand lösen und zum anderen im Rahmen der Verteilung der Regionalbudgets für eine zielgenauere Mittelverwendung sorgen.

Dabei übersehen die Antragsteller zum einen, dass demographische Faktoren sowie die Verkehrsinfrastruktur in der heutigen Bedarfsplanung bereits berücksichtigt werden. Grundsätzlich einzuwenden ist zum anderen, dass die Vorstellung, dass der tatsächliche medizinische Versorgungsbedarf objektiv errechnet werden könnte, aktuell im Gesundheitswesen weit verbreitet, empirisch aber nicht fundiert ist. Es ist weltweit kein gelungener Versuch bekannt, den objektiven Versorgungsbedarf für Erkrankungen oder Patientengruppen mathematisch ermitteln zu können. Dies scheitert zum einen schon daran, dass nicht alle relevanten Einflussfaktoren bekannt, ermittelbar oder mathematisch operationalisierbar sind. Zum anderen beruht die Forderung auf einem logischen Fehlschluss: eine von der bereits bestehenden Versorgungslage unabhängige Bedarfsermittlung scheitert bereits daran, dass alle verfügbaren und verwendbaren Faktoren (z. B. Diagnosedaten zur Morbidität) Ergebnis der aktuellen Versorgungsstrukturen sind. Die Entscheidung über den Bedarf ist und bleibt eine politische Aufgabe.

Zu 2)

Diese Forderung wird kritisch gesehen. Es gilt der Grundsatz, dass Mitbestimmung in einem angemessenen Verhältnis zur finanziellen Mitverantwortung stehen muss. Die Patientenvertreter sind in dieser Hinsicht in ausreichendem Maße beteiligt.

Zu 3)

Die Forderungen des Antrags entsprechen bereits laufenden Projekten, die zum Thema Mobilität und Mobile Arztpraxis durchgeführt werden und vom AOK-BV befürwortet werden. Hinsichtlich der Bereitstellung von Praxisräumen haben die Kommunen bereits heute schon die Möglichkeit, Eigeneinrichtungen zu betreiben. Die Spielräume sollen in dieser Hinsicht durch das GKV-VSG noch erweitert werden.

Zu 4)

Die Stärkung der Allgemeinmedizin findet die volle Zustimmung des AOK-BV. Neben einigen der genannten Maßnahmen ist allerdings zu betonen, dass eine Aufwertung der Allgemeinmedizin nur dann nachhaltig Erfolg haben wird, wenn die ungerechtfertigt hohe Arztdichte sowie Vergütung der fachärztlichen Berufsgruppen abgebaut wird.

Zu 5)

Einen Katalog an delegationsfähigen Leistungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss bereits veröffentlicht. Der Ausbau von Delegation und Substitution kann im Grundsatz befürwortet werden, allerdings kommt es dabei immer auch auf die Art und Weise an. Ergebnis der Substitution ärztlicher Leistungen kann nicht sein, dass Leistungen unabgestimmt und unkontrolliert nebeneinander erbracht werden. Daher erschöpft sich die Frage einer sinnvollen und auch für den Patienten nutzenstiftenden Heilkundeübertragung nicht in dem formaljuristischen Aspekt, welche Leistungen übertragen werden können, sondern in der Gestaltung der Versorgungsstrukturen, in deren Rahmen Ärzte und nicht-ärztliche Berufe koordiniert zusammenarbeiten, die Verantwortlichkeiten und deren Abgrenzung geklärt sind und auch gesichert ist, dass und wie der Informationsaustausch gestaltet ist.

Zu 6)

Der AOK-BV befürwortet die Nichtneubesetzung von freiwerdenden Arztsitzen in überversorgten Gebieten und verweist auf seine Stellungnahme zu §103 Abs. 3a SGB V in der Fassung des Kabinettsentwurfs. Es ist selbstverständlich, dass bei der Entscheidung, ob ein Arztsitz neubesetzt werden soll oder nicht, die Versorgungssituation beachtet werden muss. In dieser Hinsicht geht die Intention des Kabinettsentwurfs fehl, da durch die Beibehaltung der Regelung zur Stimmenmehrheit, die ein Veto-Recht der Leistungserbringer konstituiert, auch sachfremde, z. B. berufspolitische, Aspekte in die Entscheidung miteinfließen.

Zu 7)

Der Vorschlag der Regionalbudgets stellt den ambitionierten Versuch einer Neuordnung des Vergütungssystems dar. An die Stelle von Vereinbarungen, die Krankenkassen mit Leistungserbringern schließen, und Vergütungen für erbrachte und abgerechnete Leistungen treten jetzt regional abgegrenzte finanzielle Zuweisungen, die anhand eines berechneten Versorgungsbedarfs ermittelt werden und von Gesundheitsräten verwaltet und verteilt werden. Damit fordert die Linkspartei nicht weniger als die Ablösung des Vertragsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Betroffenen Selbstverwaltung zugunsten einer korporatistischen und vor allem politisch geprägten Steuerung durch Gremien und Räte.

Zu dem empirisch nicht haltbaren Konstrukt eines „objektiven Versorgungsbedarfs“ (siehe Ausführungen unter 1)), dessen Undurchführbarkeit allein schon das Konzept der Regionalbudgets in Frage stellt, treten viele ökonomische und politische Hindernisse auf, die ein solches Modell in Frage stellen.

So lässt sich das in dem Antrag geäußerte Vertrauen, dass nur ausreichend mit den verschiedenen Partikularinteressen besetzte Gremien für sachgerechte Entscheidungen sorgen, mit Belegen nicht erhärten. Auch die postulierte Abkopplung der Vergütung von den tatsächlichen Versorgungsstrukturen ist – so wünschenswert es in ökonomischer Hinsicht auch sein mag – politisch spätestens dann nicht mehr durchzuhalten, wenn das erste Krankenhaus zur Disposition steht, weil die gegebenen Angebotskapazitäten mit den zugewiesenen Mitteln nicht aufrecht zu erhalten sind. Das Eintreten einer solchen Situation wird immer zu Nachforderungen gegenüber den Kostenträgern führen, zum Erhalt des Status quo.

Der AOK-BV vermag in der Forderung nach Regionalbudgets – selbst im Modellversuch - keinen belastbaren Lösungsansatz zu erkennen.

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

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

A Inhalt

Die Fraktion Bündnis90/Die Grünen fordern in ihrem Antrag

- eine stärkere Einbindung von Kommunen und Regionen in die Versorgungsplanung und –steuerung,
- eine Reform der Bedarfsplanung mit dem Ziel der Schaffung einer sektorübergreifenden Versorgungsplanung auf analytischer Grundlage, die sich laut Begründung am „realen Bedarf“ orientieren soll,
- die Messung und Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren für die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung sowie einen Auftrag an den Sachverständigen-rat für das Gesundheitswesen (SVR) Verfahren zur Qualitätsmessung und –transparenz für die gesetzlichen Krankenkassen zu entwickeln,
- eine Neuordnung der Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen sowie
- die Verstetigung des Innovationsfonds, eine Ausweitung der Antragsteller sowie eine größere Unabhängigkeit des Innovationsausschusses von den Trägern des Gemeinsamen Bundesausschusses.

B Stellungnahme

Die in dem Antrag geforderte Rolle der Kommunen und Regionen ist abzulehnen, solange damit nicht eine entsprechende finanzielle Verantwortung verbunden ist. Grundsätzlich gilt, dass Mitbestimmung die Verpflichtung zur Mitfinanzierung voraussetzt. Im Übrigen haben bereits heute schon vielfältige Optionen, die Versorgungssituation vor Ort in ihrem Sinne zu beeinflussen.

Die Forderung nach einer Reform der Bedarfsplanung liegen zwar aktuell im politischen Trend. Schlagwörter wie sektorübergreifend, vorausschauend und Versorgungsanalysen haben einen guten Klang und sind schnell aufgeschrieben, die damit verbundenen methodischen und prozessualen Fragen aber alles andere als trivial. Insbesondere das Ziel, die Versorgungsplanung an einem „realen Bedarf“, dessen Feststellung im Antrag nicht weiter beschrieben wird, lässt darauf schließen, dass die damit verbundenen Herausforderungen deutlich unterschätzt werden. Eine objektive Feststellung eines tatsächlichen Versorgungsbedarfs und eine daraus folgende Ableitung der notwendigen Versorgungskapazitäten, sind bisher weltweit nicht einmal für einzelne Erkrankungen oder Patientengruppen gelungen. Die Kritik an der Orientierung der Bedarfsplanung an der bestehenden Versorgungssituation wirkt vor dem Hintergrund fehlender belastbarer Alternativen und unbestreitbarer Erfolge daher unangemessen.

Eine Qualitätsmessung für die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung findet Zustimmung, soweit die damit verbundenen methodischen und inhaltlichen Herausforderungen gelöst werden können. Erstaunlich ist die Forderung des Antrags, eine Qualitätsmessung und –transparenz auch für Krankenkassen herstellen zu wollen. Das ist bemerkenswert, da Krankenkassen nur geringen Einfluss auf die medizinische Behandlung ihrer Versicherten haben, beispielsweise unterliegt die Qualitätssicherung im vertragsärztlichen Bereich den Kassenärztlichen Vereinigungen für alle Krankenkassen in gleichem Maße. Grundsätzlich scheuen die gesetzlichen Krankenkassen Vergleiche untereinander nicht und sind diesen bereits aktuell fort-

während in verschiedenen Medien ausgesetzt. Allerdings sollten sie inhaltlich sinnvoll sein, Ergebnisse mit hinreichender Unterscheidungskraft besitzen und die Kosten in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen stehen.

Der Ausbau von Delegation und Substitution kann im Grundsatz befürwortet werden, allerdings kommt es dabei immer auch auf die Art und Weise an. Ergebnis der Substitution ärztlicher Leistungen kann nicht sein, dass Leistungen unabgestimmt und unkontrolliert nebeneinander erbracht werden. Daher erschöpft sich die Frage einer sinnvollen und auch für den Patienten nutzenstiftenden Heilkundeübertragung nicht in dem formaljuristischen Aspekt des Arztvorbehaltes, sondern in der Gestaltung der Versorgungsstrukturen, in deren Rahmen Ärzte und nicht-ärztliche Berufe koordiniert zusammenarbeiten, die Verantwortlichkeiten und deren Abgrenzung geklärt sind und auch gesichert ist, dass und wie der Informationsaustausch gestaltet ist.

Ähnliches gilt für den an sich wünschenswerten Aspekt der flexibleren, familienfreundlichen Arbeitszeiten und –strukturen für Angehörige aller Gesundheitsberufe. Grundsätzlich steht allerdings jeder Arbeitgeber im Gesundheitswesen durch die angespannte Lage auf dem Arbeitsmarkt für medizinische und pflegerische Berufe vor der Herausforderung, attraktive Arbeitsbedingungen zu bieten.

Zum Innovationsfonds hat sich der AOK-BV in seiner Stellungnahme zu §92a SGB V im Grundsatz geäußert. Die Konzeption, Innovation durch Mehrheitsbeschluss voranbringen zu wollen, ist wenig erfolgversprechend, sondern läuft auf die dauerhafte Subventionierung von Projekten hinaus, für die bislang niemand bereit war, eigenes Kapital zu riskieren. Gerade die in der Antragsbegründung genannte Anschubfinanzierung für IV-Verträge ist dafür ein beredtes Beispiel. Innovation lässt sich nicht administrieren, sondern ist ein Ergebnis der Marktkräfte. Mehr Wettbewerb wäre die konsequente Schlussfolgerung.

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen – Hochwertige und effiziente Versorgung für alle

A Inhalt

Die Fraktion die Linke fordert in ihrem Antrag, einen Gesetzentwurf einzubringen, mit dem alle in Deutschland lebenden Menschen ab einem zu bestimmenden Stichtag in der GKV versichert werden.

Die PKV soll sich auf Zusatzversicherungen für medizinisch nicht notwendige Leistungen beschränken. Die Alterungsrückstellungen in den Bilanzen der PKV sollen aufgelöst werden, die Unternehmen sollen im Gegenzug der PKV Ausgleichszahlungen an den Gesundheitsfonds leisten. Diese Ausgleichszahlungen in Höhe der Alterungsrückstellungen sollen nach ihrer Auflösung in einen kollektiven Reservestock überführt werden. Für die Beschäftigten und die Beihilfeberechtigten soll die Beihilfe zum Stichtag durch einen dem Arbeitgeberbeitrag für die angestellten Beschäftigten entsprechenden Beitrag zur GKV ersetzt werden. Den Beschäftigten der PKV soll ein Übergang in neue notwendig werdende Stellen in der GKV gewährleistet werden.

B Stellungnahme

Beide Versicherungssysteme, sowohl die GKV als auch die PKV-Vollversicherung stehen vor großen Herausforderungen. Dazu zählen die Sicherung einer langfristigen Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung aufgrund des demografischen Wandels und des medizinischen Fortschritts, die Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen und der Abbau von Qualitätsunterschieden.

Die GKV ist diesen Herausforderungen grundsätzlich gewachsen und entwickelt permanent Instrumente, um auch weiterhin zukunftsfest zu bleiben. Beispiele sind die frühe Nutzenbewertung bei Arzneimitteln, Versorgungskonzepte für ländliche Regionen oder Generikarabattverträge. So soll eine hohe Versorgungsqualität zu bezahlbaren Beiträgen auch in Zukunft möglich sein. Die Gründung des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen ist ein weiteres Beispiel, um durch Transparenz bei der Behandlungsqualität in Zukunft zielgerichtete Strukturreformen angehen zu können.