

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(9)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.
15_GKV-VSG
18.03.2015



Sozialverband Deutschland e.V. · Stralauer Straße 63 · 10179 Berlin

Abteilung Sozialpolitik

Tel.: 030 / 72 62 22 – 199

Fax: 030 / 72 62 22 – 328

Sekretariat: 030 / 72 62 22 – 121

E-Mail:

fabian.mueller-zetsche@sovd.de

STELLUNGNAHME

des Sozialverbands Deutschland (SoVD) zum

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

anlässlich der öffentlichen Anhörung von Sachverständigen durch den
Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am
25. März 2015.



Inhalt

Zu a)	3
Gesamtbewertung:	3
Zu den Regelungen im Einzelnen	6
1. Anspruch auf zahnmedizinische Prophylaxe (§ 22a SGB V neu)	6
2. Mutterschaftsgeld (§ 24i SGB V n.F.)	6
3. Anspruch auf ärztliche Zweitmeinung (§ 27b SGB V neu)	6
4. Verbesserung des Entlassmanagements (§ 39 SGB V n.F.)	7
5. Auswahl von Rehabilitationseinrichtungen; mobile Rehabilitation (§ 40 SGB V n.F.)	7
6. Nichtärztliche Leistung für Erwachsene mit so genannter geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (§ 43b SGB V neu)	8
7. Unterstützendes Fallmanagement bei Bezug von Krankengeld (§ 44 Abs. 4 SGB V neu)	8
8. Anspruch auf Krankengeld (§ 46 SGB V n.F.)	9
9. Veränderte Rechtsprüfung bei Selektivverträgen (§ 71 Abs. 5 SGB V n.F.)	9
10. Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V n.F.)	9
11. Begrenzung der Wartezeit auf Facharzttermine, Terminservicestellen (§ 75 SGB V n.F.)	10
12. Förderung der Weiterbildung von Hausärzten (§ 75a SGB V neu)	11
13. Freie Arztwahl, Öffnung von Krankenhäusern für ambulante Behandlung (§ 76 Abs. 1a SGB V neu)	11
14. Berichtspflicht über die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 91 Abs. 11 SGB V neu)	11
15. Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung (§ 92 SGB V n.F.)	12
16. Einrichtung eines Innovationsfonds und eines Innovationsausschusses (§ 92a und 92b SGB V neu)	12
17. Weiterentwicklung der medizinischen Versorgungszentren (§ 95 SGB V n.F.)	13
20. Zulassung von Krankenhäusern für ambulante Behandlung bei Unterversorgung (§ 116a SGB V n.F.)	14
21. Bestandsschutz für zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zugelassene Krankenhäuser (§ 116b SGB V n.F.)	14
22. Ermächtigung von Hochschulambulanzen zur ambulanten Behandlung schwerkranker Personen (§ 117 SGB V n.F.)	15
23. Medizinische Behandlungszentren für Menschen mit so genannter geistiger Behinderung (§ 119c SGB V neu)	15
24. Änderung der Haftungsregelungen bei freiberuflichen Hebammen (§ 134a SGB V n.F.)	15
25. Beschleunigung der Methodenbewertungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 135 Abs. 1 SGB V n.F.)	15
26. Erweiterung des Angebots strukturierter Behandlungsprogramme (§ 137f SGB V n.F.)	16
27. Nutzenbewertung von risikoreichen Medizinprodukten (§ 137h SGB V neu)	16
28. Neustrukturierung des Selektivvertragsrechts (§ 140a SGB V n.F.)	17
29. Weiterentwicklung der Patientenbeteiligung (§ 140f SGB V n.F.)	17
Zu b)	19
Zu c)	19
Zu d)	20
Schlussbemerkung:	20

Zu a)

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll die bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten weiter auf hohem Niveau sichergestellt werden.

Der Gesetzentwurf enthält u.a. folgende Maßnahmen:

1. Einrichtung von Terminservicestellen zur Vermittlung von Facharztterminen,
2. Einführung eines Rechtsanspruchs auf ärztliche Zweitmeinung bei geplanten Operationen,
3. Stärkung des Wahlrechts bei der Auswahl von Rehabilitationseinrichtungen,
4. Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung,
5. Erweiterung der Zulassungsmöglichkeiten bei medizinischen Versorgungszentren (MVZ),
6. Verbesserung des Entlassmanagements von Krankenhäusern,
7. Einführung eines neuen Verfahrens zur Nutzenbewertung risikoreicher Medizinprodukte,
8. Einführung einer strukturierten Nutzenbewertung risikoreicher Medizinprodukte,
9. Schaffung eines Innovationsfonds zur Erforschung innovativer Versorgungsformen,
10. Stärkung der Betroffenenvertretung in den MDK-Verwaltungsräten.

Gesamtbewertung

Mit dem Gesetzentwurf eines GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes legt die Bundesregierung einen Entwurf mit einer Vielzahl guter Einzelmaßnahmen vor, mit denen eine bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten erreicht werden kann. Allerdings enthält der Entwurf auch einige problematische Maßnahmen. Darüber hinaus bleiben die grundlegenden Weichenstellungen hin zur Schaffung und Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten Versorgung erneut aus.

Gute Einzelmaßnahmen haben Potenzial für bessere Versorgung

Der Gesetzentwurf enthält viele Einzelmaßnahmen, die zur Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten beitragen können. Der SoVD begrüßt unter anderem die geplante schnelle Vermittlung von Facharztterminen, das Recht auf Zweitmeinung bei planbaren Operationen, die Stärkung des Wahlrechtes bei der Auswahl von Reha-Einrichtungen, das verbesserte Entlassmanagement der Krankenhäuser, die Verbesserungen beim Bezug von Mutterschaftsgeld und Krankengeld sowie die Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung. Allerdings setzen die meisten geplanten Maßnahmen an den Symptomen und nicht an den Grundlagen an. Ein Wartezeitenmanagement beispielsweise kann dann nicht helfen, wenn zu wenig Ärztinnen und Ärzte vor Ort sind. Zudem muss die Erreichbarkeit der Praxen für mobilitätseingeschränkte Personen beachtet werden. Wartezeiten könnten im Übrigen auch durch eine einheitliche Vergütung der Ärztinnen und Ärzte minimiert werden. Weitere Maßnahmen, wie der geplante Innovationsfonds oder die veränderten Haftungsregelungen für Hebammen, sieht der SoVD in der derzeitigen Ausgestaltung kritisch. Sie sollten im Gesetzgebungsverfahren noch verändert werden.

Über- und Unterversorgung bleiben bestehen

Der SoVD begrüßt ausdrücklich, dass im Gesetzentwurf die Sicherstellung der bedarfsgerechten flächendeckenden Versorgung besonders in strukturschwachen, unterversorgten Regionen sowie den Abbau von Überversorgung in den Blick genommen wird. Die Stärkung der Hausärzte, die Möglichkeiten für Kommunen zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren sowie die besseren Möglichkeiten zur Ablehnung von Anträgen auf Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen in überversorgten Gebieten sind richtige Einzelmaßnahmen. Allerdings gehen die vorgesehenen Maßnahmen nicht weit genug. Nach wie vor gibt es keine verpflichtenden Regelungen zur Ablehnung von Nachbesetzungsanträgen und Aufkauf freier Arztsitze in überversorgten Gebieten. Stattdessen wird den vielen bestehenden Ausnahmen, die eine Nachbesetzung von Arztsitzen auch in überversorgten Gebieten ermöglichen, eine weitere Ausnahme hinzugefügt. Auf diese Weise wird das Ziel des Abbaus von Überversorgung konterkariert.

Um Über- und Unterversorgung überhaupt zutreffend feststellen zu können, sind die geltenden Kennziffern weitgehend ungeeignet. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um die Fortschreibung von vorgefundenen Ist-Zahlen aus den 1990er Jahren. Noch immer fehlt es an einer echten Feststellung des Bedarfs. Daneben braucht es vor allem eine kleinräumige Planung, in deren Rahmen Kriterien wie Alter, Geschlecht, Morbidität und der tatsächliche Versorgungsumfang berücksichtigt werden, sowie an einer integrierten ambulanten und stationären Versorgungsplanung. Außerdem werden die Ursachen der Unter- und Überversorgung mit Ärztinnen und Ärzten nicht konsequent beseitigt. Der SoVD fordert, dass diesbezüglich noch in dieser Legislaturperiode gesetzgeberische Maßnahmen ergriffen werden. Eine kleinräumige, wissenschaftlich fundierte und integrierte Versorgungsplanung bietet eine wesentliche Grundlage für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung. Dazu gehört für den SoVD auch die Verpflichtung zum Aufkauf von Arztsitzen in überversorgten Gebieten. Im Übrigen sind aber die Maßnahmen zur Stärkung zur hausarztzentrierten Versorgung und zur Ermöglichung von Gründungen medizinischer Versorgungszentren durch die Kommunen richtig. Grundsätzlich muss auch die Spreizung der Vergütung zwischen den Arztgruppen abgebaut werden.

Wettbewerb zwischen den Krankenkassen wird weiter verschärft

Nachdem der Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen bereits durch die Möglichkeit und Verpflichtung, finanziellen Mehrbedarf durch die Erhebung von kassenindividuellen Zusatzbeiträgen allein von den Versicherten abzudecken, erheblich verschärft wurde, wird mit dem Gesetzentwurf der Wettbewerb auch in Bezug auf den angebotenen Leistungsumfang weiter erhöht. Die Neustrukturierung des Selektivvertragsrechts und die Einführung der „besonderen Versorgung“ tragen zu einer erheblichen Ausweitung des Wettbewerbs bei. Es ist zu befürchten, dass durch die Ausweitung des Wettbewerbes im Selektivvertragsrecht der einheitliche Leistungskatalog immer stärker ausgehöhlt wird und lediglich ein Basisschutz als Mindestbestandteil der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) übrig bleibt. Der SoVD fordert, dass wirtschaftliche und notwendige Leistungen in den Leistungskatalog der GKV eingegliedert werden. Hinsichtlich von Leistungen, auf die dies nicht zutrifft, sieht der SoVD keinen Bedarf, sie den Versicherten anzubieten. Zudem muss befürchtet werden, dass sich innerhalb der Krankenkassen eine Klassensystematik herausbildet. Mehr Satzungs- und Ermessensleistungen bedeuten einen höheren Finanzbedarf und damit u.U. auch höhere Zusatzbeiträge. Damit könnten systematisch diejenigen Versicherten mit geringen finanziellen Ressourcen in billige Krankenkassen ohne hohe Zusatzbeiträge aber auch ohne Zusatzangebote gedrängt werden. Das widerspricht dem Verständnis eines solidarischen Gesundheitssystems.

Notwendige Maßnahmen zu Leistungsverbesserungen fehlen

Leistungen müssen grundsätzlich barrierefrei erbracht werden, damit alle Menschen an der gesundheitlichen Versorgung gleichberechtigt teilhaben können (Art. 25 UN-Behindertenrechtskonvention). Dies müssen Kassen(zahn-)ärztliche Vereinigungen und Krankenkassen bereits bei der Zulassung verbindlich sicherstellen. Darüber hinaus muss die Barrierefreiheit der Behandlung stärker in der Ausbildungsordnung der Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt werden. Schließlich müssen geeignete Maßnahmen ergriffen werden, die vorhandenen Versorgungsstrukturen barrierefrei zu gestalten.

Alle Bürgerinnen und Bürger müssen gleichberechtigten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung haben, unabhängig von ihren finanziellen Möglichkeiten. Finanzielle Barrieren und Zusatzbelastungen, wie zum Beispiel die zunehmenden Zuzahlungen, müssen beseitigt werden. Damit finanzielle Barrieren abgebaut werden können, ist es zudem erforderlich, dass die Leistungsgewährung bedarfsgerecht erfolgt. So ist zum Beispiel im Bereich der Hilfsmittelversorgung sicherzustellen, dass individuelle Bedarfe berücksichtigt werden und dies nicht zu Eigenbeteiligungen unter dem Vorwand der Luxusaufwendungen führt.

In der Krankenhausversorgung in Deutschland, gibt es trotz aller Anstrengungen in diesem Bereich ein Problem mit Krankenhausinfektionen. Insbesondere die Verbreitung der MRSA-Keime ist Anlass zur Sorge. Trotz bestehender umfassender Hygieneempfehlungen mangelt es an der Umsetzung und Überwachung durch Hygienefachpersonal in den Krankenhäusern. Das Problem hat jüngst auch der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, als besondere Herausforderung identifiziert. Der SoVD fordert geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Dazu gehört insbesondere die Schaffung einer bundesweit einheitlichen Hygieneverordnung für Krankenhäuser.

Bei der Feststellung von Bedarfen, zum Beispiel die Feststellung der Pflegestufe, die Beurteilung einer Therapieberechtigung oder Begutachtungen zur Feststellung des Grades der Behinderung, haben Gutachterinnen und Gutachter eine hohe Verantwortung. Durch geeignete Maßnahmen ist sicherzustellen, dass Gutachterinnen und Gutachter für ihre gutachterliche Tätigkeit mit der notwendigen Kompetenz ausgestattet werden.

Auch die Rehabilitation ist zu stärken. Es muss zum Beispiel verhindert werden, dass rehabilitative Maßnahmen vor dem Hintergrund eines ohnehin bestehenden Pflegebedarfes verweigert werden. Insbesondere ambulante und aufsuchende Rehabilitationsangebote sind gezielt fortzuentwickeln.

Finanzierungskonzept bleibt mangelhaft

Das Finanzierungskonzept der großen Koalition für die gesetzliche Krankenversicherung ist mangelhaft. Die Festlegung des paritätischen Beitragssatzes auf 14,6 Prozent und die Finanzierung der darüberhinausgehenden Bedarfe allein durch prozentuale Zusatzbeiträge bewirken eine Zementierung der einseitigen Belastungen der Versicherten. Zwar hat der SoVD die Abschaffung der Kopfpauschalen begrüßt, jedoch werden Ausgabensteigerungen zukünftig allein von den Versicherten gezahlt werden. Die Erhebungen der kassenindividuellen Zusatzbeiträge im Jahr 2015 von im Schnitt 0,9 Prozentpunkten bestätigen die Warnungen des SoVD, dass die Abschaffung des Sonderbeitrages von 0,9 Prozentpunkten keine Entlastung der Versicherten bringen wird. Bereits angesichts der prognostizierten Steigerungen der Zusatzbeiträge, ist von ständig wachsenden Mehrbelastungen der Versicherten auszugehen. Schließlich kritisiert der SoVD Kürzungen des Bundeszuschusses zum Zwecke der Haushaltskonsolidierung scharf und fordert ein

Bekanntnis zu einem verlässlichen Steuerzuschuss zur Finanzierung so genannter versicherungsfremder Leistungen.

Insgesamt kann das Finanzierungskonzept der großen Koalition für die gesetzliche Krankenversicherung nicht überzeugen. Der SoVD hat in seinen Anforderungen an eine Bürgerversicherung Maßnahmen beschrieben, die eine verlässliche und gerechte Finanzierung sicherstellen. Dazu gehören die Schaffung eines einheitlichen Versicherungssystems, die Abschaffung einseitiger Belastungen der Versicherten, die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage durch eine Einbeziehung weiterer Einkommensarten und auch höhere Einkommen. Die Bürgerversicherung ist eine bessere Alternative zu den Vorhaben der Koalition, zumal die Private Krankenversicherung (PKV) in besonderer Weise durch steigende Beiträge betroffen ist.

Zu den Regelungen im Einzelnen

1. Anspruch auf zahnmedizinische Prophylaxe (§ 22a SGB V neu)

Der Gesetzentwurf sieht vor, für pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Behinderung und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz einen eigenen Anspruch auf individualprophylaktische Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen zu schaffen. Der Anspruch soll die Leistungen Erhebung des Mundgesundheitsstatus, Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene sowie konkrete Maßnahmen zu deren Erhalt, Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- und Prothesenpflege sowie Entfernung harter Zahnbeläge umfassen. Näheres zu Art und Umfang der Leistungen soll der Gemeinsame Bundesausschuss regeln.

SoVD-Bewertung: Die vorgesehene Schaffung eines Anspruchs auf zahnmedizinische Prophylaxe für pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Behinderung und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz kann zur Verbesserung der Mund- und Zahngesundheit für diesen besonders verletzlichen Personenkreis führen. Der SoVD begrüßt die Regelung.

2. Mutterschaftsgeld (§ 24i SGB V n.F.)

Nach dem Mutterschutzgesetz (MuSchG) haben gesetzlich krankenversicherte Frauen in den letzten sechs Wochen vor der Entbindung sowie in den ersten acht (bzw. zwölf) Wochen nach der Entbindung Anspruch auf Mutterschaftsgeld als Lohnersatzleistung zu Lasten ihrer Krankenkasse. Der Gesetzentwurf stellt klar, dass auch diejenigen Frauen einen Anspruch auf Mutterschaftsgeld haben, deren Arbeitsverhältnis unmittelbar vor Beginn der gesetzlichen Schutzfrist (sechs Monate vor Entbindung) endet oder deren Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen Urlaubsabgeltung i.S.d. § 157 SGB III oder Sperrzeiten i.S.d. § 159 SGB III ruht.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die vorgesehene Rechtsklarstellung sehr. Sie stärkt die Situation werdender Mütter in einer besonders schutzwürdigen Phase.

3. Anspruch auf ärztliche Zweitmeinung (§ 27b SGB V neu)

Der Gesetzentwurf sieht vor, einen Anspruch für Versicherte auf Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung einzuführen, sofern ein so genannter „mengenanfälliger“ planbarer Eingriff indiziert ist. Welche Eingriffe dies sind, legt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31.12.2015 fest. Hintergrund der vorgesehenen Neuregelung ist die Diskussion um die als zu hoch empfundene Zahl bestimmter Operationen in Deutschland, zum Beispiel Hüft-OPs. Der behandelnde Arzt muss den Patienten mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff mündlich über den Anspruch auf eine Zweitmeinung aufklären. Die Erbringung der Zweitmeinung soll als gesonderte Sachleistung in der vertragsärztlichen Versorgung gewährt und gesondert abgerechnet werden.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die mit der geplanten Neuregelung verbundene Absicht, medizinisch nicht notwendige operative Eingriffe durch das Recht auf Einholung einer Zweitmeinung zu vermeiden. Die Regelungen, wonach der Anspruch für bestimmte vom Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegende Eingriffe gilt und die Zweitmeinung nur von bestimmten „geeigneten“ Leistungserbringern eingeholt werden kann, sind allerdings intransparent und unnötig bürokratisch. Hier sollten im Sinne der Patientenfreundlichkeit einfachere Regeln vorgesehen werden. Aus Sicht des SoVD handelt es sich bei der Erbringung der Zweitmeinung um eine Kernaufgabe ärztlicher Beratungs- und Untersuchungstätigkeit. Insofern hält der SoVD eine Sonderfinanzierung dieser Leistungen nicht für angezeigt.

Grundsätzlich müssen aus Sicht des SoVD alle Versicherten (weiterhin) das Recht haben, Zweitmeinungen zu allen Diagnosen und Behandlungen einzuholen. Dies darf mit dem Instrument der Einschränkung bestimmter Eingriffe durch Einholung einer Zweitmeinung keinesfalls eingeschränkt werden.

4. Verbesserung des Entlassmanagements (§ 39 SGB V n.F.)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass das Entlassmanagement weiter eine Leistung der Krankenhäuser bleibt. Versicherte erhalten aber einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements durch ihre Krankenkasse. Zudem können Krankenhäuser zukünftig Leistungen für bis zu sieben Tage nach einer stationären Krankenhausbehandlung verordnen sowie die Arbeitsunfähigkeit feststellen.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die vorgesehene Verbesserung des Entlassmanagements. Insbesondere die Möglichkeit, dass Krankenhäuser die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen sowie bestimmte Leistungen für bis zu sieben Tage nach Ende der stationären Behandlung verordnen können, kann derzeit vorhandene Versorgungslücken im Anschluss an Krankenhausbehandlungen schließen. Die Verordnungsmöglichkeit für Krankenhäuser für den Zeitraum direkt nach einer Krankenhausentlassung sollte auch auf Reha-Maßnahmen ausgeweitet werden.

5. Auswahl von Rehabilitationseinrichtungen; mobile Rehabilitation (§ 40 SGB V n.F.)

Der Gesetzentwurf sieht vor, die Freiheiten der Versicherten bei der Auswahl von Reha-Einrichtungen auszuweiten. Versicherte können bisher nur dann eine nicht von der Krankenkasse vorgeschlagene Reha-Einrichtung wählen, wenn mit dieser kein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht. Diese Auswahlmöglichkeit wird auch auf Einrichtungen ohne solchen Versorgungsvertrag ausgeweitet. Zukünftig können Versicherte also auch eine andere zertifizierte Einrichtung mit oder ohne Versorgungsvertrag wählen. In beiden Fällen gilt die Mehrkostenregelung, wonach Versicherte entstehende Mehrkosten im Vergleich zur von der Krankenkasse vorgeschlagenen Einrichtung selbst tragen, außer die Mehrkosten sind im Sinne des Wunsch und Wahlrechts nach § 9 SGB IX angemessen. Darüber hinaus haben Versicherte zukünftig einen Anspruch auf Entlassmanagement gegenüber ihrer Reha-Einrichtung. Schließlich wird klargestellt, dass ambulante Rehabilitationsleistungen auch mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen umfassen.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die Intention des Gesetzgebers, das Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen bei der Auswahl einer geeigneten Reha-Einrichtung zu stärken. Versicherte sollten grundsätzlich die Möglichkeit haben, zwischen allen den medizinischen Erfordernissen genügenden Einrichtungen frei zu wählen, denn mit der geltenden Mehrkostenregelung ist dem Wirtschaftlichkeitsgrundsatz des SGB V bereits ausreichend entsprochen. Grundsätzlich ist sicherzustellen, dass die vereinbarten Tagessätze in den von den Krankenkassen vorgeschlagenen Reha-Einrichtungen bedarfsgerecht kalkuliert sind, so dass auch medizinische Maßnahmen

daraus finanziert werden können. So wäre auch sichergestellt, dass der im Zuge der Mehrkostenregelung von den Versicherten zu tragenden Kostenanteil bei selbstgewählten Reha-Einrichtungen im Umfang begrenzt wäre. Der SoVD begrüßt die vorgesehene Ausnahme vom Mehrkostenvorbehalt für behinderte Menschen i.S.v. § 2 Abs. 1 SGB IX als wichtigen ersten Schritt.

Der SoVD begrüßt auch den Anspruch auf Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V gegenüber der Reha-Einrichtung. Durch die ausdrückliche Nennung der mobilen Rehabilitation als Form der ambulanten Rehabilitation wird der Gesetzgeber der besonderen Bedeutung der aufsuchenden mobilen Rehabilitation für Mobilitätseingeschränkte ältere und behinderte Menschen besser gerecht. Allerdings scheitert die bedarfsgerechte Versorgung insbesondere mit mobiler Rehabilitation in der Praxis vor allem an den vielerorts nicht vorhandenen Strukturen. Deshalb sind Maßnahmen zu ergreifen, um flächendeckend hochwertige Versorgungsstrukturen der stationären und ambulanten, v.a. der mobilen, Rehabilitation aufzubauen.

Zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung des Angebotes an und des Zugangs zu Reha-Maßnahmen braucht es auch aussagekräftiges Datenmaterial. Der SoVD verweist vor diesem Hintergrund auf die Empfehlung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in dessen jüngstem Gutachten, beim Statistischen Bundesamt eine harmonisierte Statistik aller Reha-Träger mit einheitlichen Definitionen und Abgrenzungen von Reha-Fällen, -Diagnosegruppen oder -Ausgabenkomponenten aufzubauen (Gutachten 2014. Kurzfassung, S.75f.).

6. Nichtärztliche Leistung für Erwachsene mit so genannter geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (§ 43b SGB V neu)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Erwachsene mit so genannter geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen einen Anspruch auf nicht-ärztliche sozialmedizinische Leistungen (z.B. durch Heilmittelerbringer, Hilfsmittelerbringer oder Pflegefachkräfte) erhalten, wenn diese unter ärztlicher Aufsicht durch ein spezielles Medizinisches Behandlungszentrum nach § 119c SGB V erbracht werden und dem Ziel dienen, Krankheiten frühzeitig zu erkennen und einen integrierten Behandlungsplan „aus einem Guss“ aufzustellen.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt den vorgesehenen Anspruch auf bestimmte sozialmedizinische Leistungen für behinderte Menschen sehr. Sie kann dazu beitragen, den speziellen Behandlungsbedarfen behinderter Menschen besser gerecht zu werden und so die Erreichung des ärztlichen Behandlungszieles unterstützen. Dadurch darf der Anspruch auf regelhafte Versorgung aber nicht beeinträchtigt werden.

7. Unterstützendes Fallmanagement bei Bezug von Krankengeld (§ 44 Abs. 4 SGB V neu)

Der Gesetzentwurf sieht vor, einen Anspruch auf unterstützendes Fallmanagement für Bezieherinnen und Bezieher von Krankengeld zu schaffen, das ihnen bei der Überwindung einer länger andauernden Krankheit helfen soll. Elemente des Fallmanagements können beispielsweise die Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Leistungserbringern, bei Terminvereinbarungen oder beim Wiedereinstieg ins Berufsleben sein. Solche Maßnahmen dürfen nur nach schriftlicher Einwilligung des Versicherten erfolgen.

SoVD-Bewertung: Die Krankenkassen haben die Versicherten grundsätzlich bei der Überwindung von Krankheiten zu unterstützen. Insofern begrüßt der SoVD die Schaffung eines Anspruchs auf ein umfassendes unterstützendes Fallmanagement für Bezieher von Krankengeld. Es muss aber sichergestellt werden, dass die vorgesehenen Neuregelungen – auch in Einzelfäl-

len – nicht dazu führen, dass Krankengeldbeziehende in unrechtmäßiger Weise in andere Leistungssysteme, wie beispielsweise das SGB III oder das SGB VI, abgeschoben werden.

8. Anspruch auf Krankengeld (§ 46 SGB V n.F.)

Versicherte, die arbeitsunfähig sind und deren Anspruch auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall ausgeschöpft ist, haben Anspruch auf Krankengeld gegen ihre Krankenkasse. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der Anspruch auf Krankengeld künftig vom Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Anspruch bleibt künftig auch bestehen, wenn eine nach Ende der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit fortdauernde Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit am nächsten Arbeitstag bescheinigt wird.

SoVD-Bewertung: In der Praxis führt der Zustand, dass der Krankengeldanspruch erst am Tag nach der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit gilt, zu verschiedenen Problemen. Schwierigkeiten entstanden vor allem bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit. In etlichen Fällen verloren Versicherte zeitweise oder gänzlich ihren Krankengeldanspruch, weil sie eine Folgebescheinigung erst am Tag nach Ablauf der alten Bescheinigung einholten (so genannte „Krankengeldfalle“). Die vorgesehene Gesetzesänderung ist vor diesem Hintergrund sehr zu begrüßen.

Der SoVD weist darauf hin, dass Fälle, wie die im Dezember 2014 vom Bundessozialgericht entschiedene (Az: B 1 KR 25/14 („geschlossene Praxis“) sowie Az: B 1 KR 19/14 („falsche Arztauskunft“), in denen Ärzte zu einer verspätet eingeholten Folgebescheinigung der Arbeitsunfähigkeit beigetragen haben, durch die vorgesehene Neuregelung des § 46 SGB V nicht gelöst werden. Die alleinige Verweisung von Betroffenen auf den Zivilrechtsweg ist aus Sicht des SoVD nicht akzeptabel.

9. Veränderte Rechtsprüfung bei Selektivverträgen (§ 71 Abs. 5 SGB V n.F.)

Der Gesetzentwurf sieht vor, anstelle der seit 2012 eingeführten präventiven Prüfung von Selektivverträgen durch Vorlage bei den zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder zukünftig wieder eine repressive Vertragsprüfung vorzusehen. Verträge sollen nicht mehr vor Inkrafttreten den Aufsichtsbehörden zur Prüfung vorgelegt werden müssen, sondern erst bei Bedarf geprüft werden, wenn der Vertrag bereits in Kraft getreten ist und das geltende Recht in erheblicher Weise verletzt.

SoVD-Bewertung: Der SoVD sieht die geplante Veränderung der Rechtsprüfung von Selektivverträgen kritisch. Da zukünftig eine etwaige erhebliche Rechtsverletzung durch Selektivverträge nicht mehr vor, sondern erst nach deren Inkrafttreten sichtbar werden würde, führt der geplante Wechsel von der präventiven zur repressiven Vertragsprüfung gegebenenfalls zu Gefahren für die Versicherten.

10. Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V n.F.)

Der Gesetzentwurf sieht vor, Rechtsklarheit über den Leistungsumfang der hausarztzentrierten Versorgungsverträge herzustellen. Über den Leistungsumfang der Regelversorgung hinaus sollen zukünftig explizit auch Satzungsleistungen der Krankenkassen, Schutzimpfungen zur Primärprävention (§ 20 SGB V), Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten für Erwachsene (§ 25 SGB V) und Kinder (§ 26 SGB V), Soziotherapie (§ 37a SGB V), spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 37b SGB V) sowie neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden („innovative Leistungen“) gehören. Auf diese Weise soll vor dem Hintergrund des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen die Gestaltungsfreiheit der Kassen in Bezug auf diese Form der besonderen Versorgungsverträge gestärkt werden.

SoVD-Bewertung: Grundsätzlich ist eine Rechtsklarstellung über den Leistungsumfang der hausarztzentrierten Versorgungsverträge sinnvoll. Allerdings wendet sich der SoVD dagegen, durch die Ausweitung des Wettbewerbes den einheitlichen Leistungskatalog immer stärker auszuhöhlen und lediglich einen Basisschutz als Mindestbestandteil der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) anzubieten. Der Wettbewerb der Krankenkassen führt zu einer Zersplitterung des einheitlichen Leistungsanspruchs der Versicherten, der dem Grundgedanken der Gesetzlichen Krankenversicherung als (Zwangs-)Versicherungssystem mit einheitlicher Leistung widerspricht. Sind Leistungen wirtschaftlich und notwendig, so sind sie in den Leistungskatalog der GKV einzugliedern, sind sie es nicht, so ergibt sich kein Bedürfnis, sie den Versicherten überhaupt anzubieten. Zudem muss befürchtet werden, dass sich innerhalb der Krankenkassen eine Klassensystematik herausbildet. Mehr Satzungs- und Ermessensleistungen können zu einem höheren Finanzbedarf der Krankenkassen und damit u.U. auch zu höheren Zusatzbeiträgen führen. Damit könnten systematisch diejenigen Versicherten mit geringen finanziellen Ressourcen in billige Krankenkassen ohne hohe Zusatzbeiträge aber auch ohne Zusatzangebote gedrängt werden. Das widerspricht dem Verständnis eines solidarischen Gesundheitssystems.

11. Begrenzung der Wartezeit auf Facharzttermine, Terminservicestellen (§ 75 SGB V n.F.)

Der Gesetzentwurf sieht vor, die Wartezeiten auf Facharzttermine zu verkürzen und eine zeitnahe und angemessene Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), die die Vermittlung von Facharztterminen in angemessener Zeit gewähren müssen, werden zur Einrichtung von Terminservicestellen verpflichtet. Die KVen können dazu mit den Landesverbänden der Krankenkassen kooperieren. Die Terminservicestellen sollen Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Facharzttermin in zumutbarer Entfernung vermitteln. Voraussetzung ist, dass die Versicherten zuvor eine Überweisung zu einer Fachärztin bzw. einem Facharzt erhalten haben (Ausnahme: Für die Vermittlung eines Augenarzt- oder Frauenarzttermins braucht es keine Überweisung.) Die Wartezeit auf den Termin darf vier Wochen nicht überschreiten. Kann die Terminservicestelle keinen Termin innerhalb dieser Frist vermitteln, muss sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anbieten. Ein Behandlungstermin in einem Krankenhaus muss nicht angeboten werden, wenn es sich um eine Routineuntersuchung oder eine Bagatellerkrankung handelt. In solchen Fällen muss die Vier-Wochen-Frist nicht eingehalten werden nur eine Vermittlung eines „regulären“ Facharzttermins in angemessener Frist.

SoVD-Bewertung: Die Bemühungen zur Stärkung einer zeitnahen und angemessenen fachärztliche Versorgung unter Einbeziehung der Krankenhäuser sind grundsätzlich zu begrüßen. Praktische Schwierigkeiten in der Umsetzung sind durch den rechtlich unbestimmten Begriff der „zumutbaren Entfernung“ zum vermittelten Arzt sowie der nicht ausreichenden Barrierefreiheit von vermittelten Arztpraxen zu erwarten. Darüber hinaus kritisiert der SoVD, dass die geplanten Regelungen zur zeitnahen Vermittlung von Facharztterminen nicht für die psychotherapeutische, zahnärztliche oder kieferorthopädische Behandlung gelten sollen.

Allerdings bekämpft die Einrichtung von Terminservicestellen nur ein Symptom des zugrundeliegenden Problems. Das Problem langer Wartezeiten ist vor allem auf die Über- und Unterversorgung, die unterschiedliche Vergütung in GKV und PKV sowie die Spreizung der Vergütung zwischen den Arztgruppen zurückzuführen.

Grundsätzlich verwirklichen lässt sich eine zeitnahe Versorgung aller Patienten nur mit einer einheitlichen Vergütung in GKV und PKV, einer verringerten Spreizung der Vergütung zwischen den Arztgruppen und dem konsequenten Abbau von Über- und Unterversorgung. Grundlage muss

eine kleinräumige integrierte Bedarfsplanung sein, die Kriterien wie Alter, Geschlecht und Morbidität sowie den tatsächlichen Versorgungsumfang berücksichtigt. Auf Grundlage einer solchen Planung muss Überversorgung konsequent abgebaut werden, wozu für den SoVD auch die Verpflichtung zum Aufkauf von Arztsitzen in überversorgten Gebieten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gehört. Unterversorgung muss durch gezielte Niederlassungsanreize und Unterstützungen abgebaut werden.

12. Förderung der Weiterbildung von Hausärzten (§ 75a SGB V neu)

Der Gesetzentwurf sieht vor, zur verbesserten Gewinnung von jungen Ärztinnen und Ärzten für den Beruf des Hausarztes die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin stärker zu fördern. Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen werden verpflichtet, die Weiterbildungen finanziell zu fördern. Die Zahl der bundesweit zu fördernden Weiterbildungen soll von derzeit mindestens 5.000 auf mindestens 7.500 angehoben werden. Die Möglichkeiten der Kooperation bei der Weiterbildung zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen sollen verbessert werden.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die vorgesehene Verbesserung der Förderung und Weiterbildung von Hausärzten. Allerdings ist die Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten hausärztlichen Versorgung eine Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen. Insofern müssen auch diese für die Finanzierung der Förderung der Weiterbildung von Hausärzten zuständig sein. Eine diesbezügliche Verpflichtung der Krankenkassen hält der SoVD für verfehlt. Sollte dennoch daran festgehalten werden, so wäre mindestens sicherzustellen, dass auch die privaten Krankenkassen beteiligt werden. Zudem bleibt die Zahl der geförderten Weiterbildungen auch zukünftig weit hinter dem Bedarf an Hausärzten zurück.

13. Freie Arztwahl, Öffnung von Krankenhäusern für ambulante Behandlung (§ 76 Abs. 1a SGB V neu)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Versicherte zukünftig in einem Krankenhaus ambulant behandelt werden können, das bisher nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen hat, wenn die Terminservicestellen nach § 75 SGB V einen solchen Termin vermittelt hat.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die vorgesehene Neuregelung. Die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung von Patientinnen und Patienten kann zur Reduzierung von Wartezeiten und insbesondere in ländlichen Gebieten zu einem Abbau von Unterversorgung beitragen.

14. Berichtspflicht über die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 91 Abs. 11 SGB V neu)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der G-BA zukünftig einmal pro Jahr dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages einen Bericht über die Einhaltung von Fristen bezüglich der Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der ambulanten Behandlung (§ 135 SGB V) im Krankenhaus (§ 137c SGB V) sowie mit Medizinprodukten hoher Risikoklassen (§ 137h SGB V neu) vorlegt. Wurden die diesbezüglich geltenden gesetzlichen Fristen nicht eingehalten, so hat der G-BA auch über zur Beschleunigung des jeweiligen Verfahrens ergriffenen Maßnahmen zu berichten. Zudem muss er über alle Beratungsverfahren berichten, die bereits länger als drei Jahre andauern.

SoVD-Bewertung: Angesichts der teilweise überlangen, mehrjährigen Beratungsverfahren im G-BA, die der SoVD als über den Deutschen Behindertenrat im Rahmen der Patientenvertretung nach § 140f SGB V beteiligter Verband miterlebt, begrüßt der SoVD die neue Berichtspflicht insbesondere der besonders lang andauernden Beratungsverfahren des G-BA. Sie kann dazu bei-

tragen, innovative neue Untersuchungs- und Behandlungsformen zum Nutzen der Patientinnen und Patienten schneller in die Versorgungspraxis zu überführen.

15. Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung (§ 92 SGB V n.F.)

Der Gesetzentwurf sieht vor, die psychotherapeutische Versorgung weiterzuentwickeln. Ziele sind u.a. eine effektivere Versorgung, die Schaffung weiterer Behandlungsmöglichkeiten sowie die Verringerung von Wartezeiten für Patientinnen und Patienten mit psychischen Beeinträchtigungen. Dazu wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, bis zum 30.6.2016 seine Psychotherapie-Richtlinie weiterzuentwickeln und dabei insbesondere Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebots, zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung von Gruppentherapien und zu vereinfachten Antrags- und Gutachterverfahren zu treffen.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die vorgesehene Stärkung der psychotherapeutischen Versorgung. Im Rahmen der Weiterentwicklung der Versorgung sollte insbesondere auch der Bereich der Gerontopsychiatrie gestärkt werden. Der Nutzen von psychotherapeutischen Behandlungen z.B. bei depressiven Störungen im Alter ist belegt. Die speziell auf ältere Menschen ausgerichtete psychotherapeutische Versorgung muss verbessert werden. Neben der psychotherapeutischen Versorgung muss auch die psychiatrische Versorgung gestärkt werden. Dazu beitragen würde insbesondere eine Angleichung der Honorierung an die ambulante psychotherapeutische Versorgung. Um der Aufspaltung des Systems der Hilfen für psychisch kranke Menschen zu begegnen, ist die Förderung und Etablierung der integrierten Versorgung erforderlich. Die Integrierte Versorgung umfasst die übergreifende Versorgung unter Einbeziehung von Kliniken, niedergelassenen Ärzten, ambulanter und stationärer sowie klinischer und außerklinischer Behandlung.

16. Einrichtung eines Innovationsfonds und eines Innovationsausschusses (§ 92a und 92b SGB V neu)

Der Gesetzentwurf sieht vor, zur Förderung neuer Versorgungsformen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie der Versorgungsforschung einen Innovationsfonds beim Bundesversicherungsamt einzurichten. Die Fördersumme soll in den Jahren 2016 bis 2019 jährlich 300 Millionen Euro umfassen und je zur Hälfte aus den Liquiditätsreserven des Gesundheitsfonds sowie von den Krankenkassen finanziert werden. Das Bundesversicherungsamt erhebt und verwaltet die Mittel. Antragsteller können neben universitären und nichtuniversitären Forschungseinrichtungen, Krankenkassen und ihre Verbände, Vertragsärzte, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhäuser und medizinische Versorgungszentren- und Medizinproduktehersteller auch Patientenorganisationen nach § 140f SGB V sein. Die Förderung durch den Innovationsfonds soll im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit wissenschaftlich ausgewertet werden. Bis zum 31.3.2019 soll dem Deutschen Bundestag ein Zwischenbericht vorgelegt werden. Ein Innovationsausschuss beim G-BA entscheidet über die Anträge auf Förderung. Im Innovationsausschuss erhalten die maßgeblichen Organisationen der Patientenvertretung nach § 140f SGB V ein Mitberatungs- und Antragsrecht. Das BMG setzt außerdem zur wissenschaftlichen Begleitung des Innovationsausschusses einen Expertenbeirat aus maximal 10 Personen ein.

SoVD-Bewertung: Der SoVD setzt sich dafür ein, dass innovative Versorgungsformen und die Wirkungen geltender Regelungen erforscht werden. Ein Innovationsfonds kann dazu beitragen. Er müsste aber anders finanziert werden. Insbesondere die Versorgungsforschung ist grundsätzlich eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die über Steuermittel finanziert werden müsste. Sollte es bei der vorgesehenen Finanzierung bleiben, so wäre mindestens sicherzustellen, dass über die Beteiligung der privaten Krankenversicherung auch Beamte und privat Versicherte an der Fi-

finanzierung des Fonds beteiligt sind. Darüber hinaus müssen Interessenkollisionen vermieden werden, die entstehen können, weil Antragsteller und Antragentscheider im Innovationsausschuss identisch sein können. Die Möglichkeit zur Antragstellung auf Förderung durch Arzneimittel- und Medizinproduktehersteller lehnt der SoVD entschieden ab. Sie würde dazu führen, dass die Forschungskosten der Hersteller von der Allgemeinheit zu finanzieren wären, während ihre Gewinne privat blieben.

17. Weiterentwicklung der medizinischen Versorgungszentren (§ 95 SGB V n.F.)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass medizinische Versorgungszentren (MVZ) zukünftig auch von Kommunen gegründet und betrieben werden können. Kommunen sollen darüber hinaus die Möglichkeit erhalten, MVZ nicht nur in der Rechtsform des privaten Rechts, sondern auch in der öffentlich-rechtlichen Rechtsform des Eigenbetriebs und des Regiebetriebs zu gründen. Durch diese Regelungen soll erreicht werden, dass Kommunen die Versorgung in der Region aktiv beeinflussen und verbessern können. Darüber hinaus sollen MVZ künftig nicht mehr zwingend „fachübergreifend“ sein müssen, sondern auch arztgruppengleich sein können.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die vorgesehenen Weiterentwicklungen der medizinischen Versorgungszentren. Die stark erweiterten Möglichkeiten der Kommunen zur Gründung und Betreuung von MVZ können einen Beitrag dazu leisten, die vertragsärztliche Versorgung in unterversorgten vor allem ländlichen Gebieten zu verbessern.

18. Zulassungsbeschränkungen, Bedarfsplanung (§ 103 SGB V n.F.)

Der Gesetzentwurf sieht vor, die Möglichkeiten der Zulassungsausschüsse zu verbessern, einen Antrag auf Nachbesetzung eines frei werdenden Vertragsarztsitzes abzulehnen, wenn diese aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Aus der bisher dazu geltenden Kann-Regelung wird eine Soll-Regelung. Gleichzeitig werden die Ausnahmeregelungen erweitert, bei denen auch in einem überversorgten Gebiet Vertragsarztsitze nachbesetzt werden können. Zukünftig können sich Ärzte auch in überversorgten Gebieten niederlassen, wenn sie zuvor mindestens fünf Jahre in einem unterversorgten Gebiet tätig waren oder wenn sie die Praxis in einen unterversorgten Teil (z.B. Stadtteil) des insgesamt überversorgten Gebietes verlegen

Zur Erhöhung der Anzahl barrierearmer Arztpraxen soll bei der Nachbesetzung von Vertragsarztpraxen zukünftig die Belange von Menschen mit Behinderung beim Zugang zur Versorgung stärker berücksichtigt werden.

SoVD-Bewertung: Die vorgesehenen Regelungen sind zum Abbau von Überversorgung weitgehend ungeeignet. Eine Soll-Regelung ist nicht verpflichtend und wäre durch eine Muss-Regelung zu ersetzen. Des Weiteren werden die bestehenden Maßnahmen zur Ablehnung von Nachbesetzungen in überversorgten Gebieten weiter aufgeweicht, indem eine weitere Ausnahme hinzugefügt wird. Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten flächendeckenden Versorgung müssen Über- und Unterversorgung mit Fach- und Hausärzten beseitigt werden. Dazu braucht es als Grundlage eine kleinräumige, integrierte und sektorübergreifende Bedarfsfeststellung und Versorgungsplanung, eine Verpflichtung zum Aufkauf von Arztsitzen in überversorgten Gebieten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, eine Verringerung der Spreizung der Vergütung zwischen den Arztgruppen sowie eine einheitliche Vergütungsstruktur ärztlicher Leistungen in PKV und GKV.

Der SoVD begrüßt, dass bei der Nachbesetzung von Arztpraxen auch die Bereitschaft des Arztes/der Ärztin zur Herstellung eines barrierearmen Zustandes berücksichtigt werden. Darüber hinaus fordert der SoVD aber weitere durchgreifende Maßnahmen, die Barrierefreiheit der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Leistungsangebote müssen baulich, apparativ (z.B. Zahn-

arztstuhl) und kommunikativ konsequent barrierefrei gestaltet werden. Besondere Bedarfe behinderter Menschen müssen auch bei der Bedarfsplanung besser berücksichtigt werden.

19. Strukturfonds zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (§ 105 Abs. 1a SGB V)

Wenn der zuständige Landesausschuss für ein bestimmtes Gebiet eines Zulassungsbezirks bestehende oder drohende Unterversorgung feststellt, kann die Kassenärztliche Vereinigung zur Finanzierung gezielter Fördermaßnahmen für dieses Gebiet einen Strukturfonds aus Mitteln der vereinbarten morbiditätsorientierten Gesamtvergütung bilden. Vor dem Hintergrund, dass Landesausschüsse nur sehr selten Unterversorgung offiziell feststellen, sieht der Gesetzentwurf vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Finanzierung von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, wie Investitionskostenzuschüsse, Vergütungszuschläge oder Stipendienvergabe, künftig auch ohne das Vorliegen eines Beschlusses des Landesausschusses einen Strukturfonds bilden können.

SoVD-Bewertung: Zum Abbau von Unterversorgung sind gezielte Fördermaßnahmen und Niederlassungsanreize von zentraler Bedeutung. Der SoVD begrüßt aus diesem Grund die vereinfachten Möglichkeiten für die Kassenärztlichen Vereinigungen, zur Finanzierung von Fördermaßnahmen Strukturfonds zu bilden.

20. Zulassung von Krankenhäusern für ambulante Behandlung bei Unterversorgung (§ 116a SGB V n.F.)

Nach geltender Rechtslage können zugelassene Krankenhäuser auf eigenen Antrag von den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen bei festgestellter Unterversorgung oder einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf zur ambulanten Versorgung zugelassen werden. Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, diese „Kann“-Regelung zukünftig zu einer „Muss“-Regelung zu machen.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die vorgesehene Neuregelung. Die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung von Patientinnen und Patienten kann zur Reduzierung von Wartezeiten und insbesondere in unterversorgten, ländlichen Gebieten zur Sicherstellung der Versorgung beitragen.

21. Bestandsschutz für zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zugelassene Krankenhäuser (§ 116b SGB V n.F.)

Zugelassene Krankenhäuser konnten nach § 116b Abs. 2 Satz 1 in der bis 31.12.2011 geltenden Fassung zur Erbringung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zugelassen werden. Das jeweilige Land konnte diese Bestimmungen allerdings aufheben. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Länder diese Bestimmungen zukünftig nur dann aufheben können, wenn bestimmte Qualitätsanforderungen durch die zugelassenen Einrichtungen nicht mehr eingehalten werden. Mit dieser Neuregelung sollen die nach altem Recht zugelassenen Einrichtungen einen weitergehenden Bestandsschutz erhalten, um die kontinuierliche Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt den weit gehenden Bestandsschutz der nach altem Recht zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zugelassenen Krankenhäuser. Sie leisten einen wichtigen Beitrag bei der spezialfachärztlichen Versorgung für Patientinnen und Patienten mit sehr seltenen Erkrankungen.

22. Ermächtigung von Hochschulambulanzen zur ambulanten Behandlung schwerkranker Personen (§ 117 SGB V n.F.)

Der Gesetzentwurf sieht vor, Hochschulambulanzen zukünftig auch zur ambulanten Behandlung von gesetzlich Versicherten mit besonders schweren oder komplexen Erkrankungen zu ermächtigen. Die Behandlung in der Hochschulambulanz kann in der Regel nur auf Überweisung eines Facharztes in Anspruch genommen werden. Näheres zur Gruppe der zu behandelnden Patientinnen und Patienten vereinbaren GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Deutsche Krankenhausgesellschaft in einem Vertrag.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die Regelung. Durch die Öffnung der Hochschulambulanzen für die ambulante Behandlung von Schwerstkranken erhalten diese eine weitere Behandlungsmöglichkeit.

23. Medizinische Behandlungszentren für Menschen mit so genannter geistiger Behinderung (§ 119c SGB V neu)

Der Gesetzentwurf sieht vor, zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Behinderungen spezielle Medizinische Behandlungszentren zu schaffen. In diesen Zentren soll eine ambulante Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen „aus einem Guss“ und mit zielgruppenspezifischer Diagnostik und Therapie unter Einsatz z.B. von geeigneter Kommunikation erfolgen. Vorbild sind die existierenden sozialpädiatrischen Zentren.

SoVD-Bewertung: Die Einrichtung spezieller Medizinischer Behandlungszentren für behinderte Menschen kann für viele Menschen mit schweren Behinderungen eine verbesserte Versorgung ermöglichen. Daneben fordert der SoVD aber weitere Anstrengungen bei der barrierefreien Gestaltung der medizinischen Regelversorgung, damit möglichst alle Menschen dort gut versorgt werden können.

24. Änderung der Haftungsregelungen bei freiberuflichen Hebammen (§ 134a SGB V n.F.)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Kranken- und Pflegekassen künftig keine Mittel, die sie zur Behandlung und Pflege eines durch eine freiberufliche Hebamme geschädigten Kindes oder der Mutter aufgebracht haben, gegenüber einer freiberuflich tätigen Hebamme geltend machen können („regressieren“), wenn der Schaden nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht wurde. Damit soll eine Reduzierung der Versicherungsprämien für die Berufshaftpflichtversicherung von freiberuflichen Hebammen erreicht werden.

SoVD-Bewertung: Der SoVD unterstützt grundsätzlich Bemühungen, die flächendeckende Versorgung mit Hebammen sicherzustellen. Den vorgesehenen Regressausschluss lehnt er aber strikt ab. Er stellt einen schwerwiegenden Eingriff ins Haftungsrecht dar und könnte als Präzedenzfall für andere Berufsgruppen herangezogen werden. Zukünftig müssten allein die Krankenkassen die Risiken von Behandlungsfehlern freiberuflicher Hebammen tragen. Der SoVD lehnt die Verringerung der Haftungsregelungen für freiberufliche Hebammen zulasten der Versicherungsgemeinschaft ab. Stattdessen müssen andere Wege zur finanziellen Entlastung der Hebammen gefunden werden.

25. Beschleunigung der Methodenbewertungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 135 Abs. 1 SGB V n.F.)

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen nur dann zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss im Anschluss einer Methodenbewertung eine entsprechende Empfehlung abgegeben hat. Um diesen Prozess zu beschleunigen, sieht der Gesetzentwurf feste Fristen von in der Regel maximal drei Jahren bis zum Abschluss eines Methodenbewertungsverfahrens des G-BA vor.

SoVD-Bewertung: Nutzenbringende neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden müssen so schnell wie möglich in die Versorgungspraxis kommen. Angesichts der teilweise überlangen, mehrjährigen Beratungsverfahren im G-BA, die der SoVD als über den Deutschen Behindertenrat im Rahmen der Patientenvertretung nach § 140f SGB V beteiligter Verband miterlebt, begrüßt der SoVD die beabsichtigte Beschleunigung der Methodenbewertungsverfahren des G-BA durch Setzung einer Maximalfrist.

26. Erweiterung des Angebots strukturierter Behandlungsprogramme (§ 137f SGB V n.F.)

Der Gesetzentwurf sieht vor, das Angebot an strukturierten Behandlungsprogrammen für chronische Erkrankungen zu erweitern. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird entsprechend beauftragt, bis zum 31.12.2016 neue strukturierte Behandlungsprogramme für geeignete chronische Erkrankungen, insbesondere zur Behandlung von Rückenleiden und Depressionen, zu entwickeln.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die Erweiterung des Angebots an strukturierten Behandlungsprogrammen sehr. Er hatte sich im Rahmen seiner Mitwirkung in der Patientenvertretung insbesondere für die Entwicklung eines Programms für chronische Rückenleiden eingesetzt.

27. Nutzenbewertung von risikoreichen Medizinprodukten (§ 137h SGB V neu)

Bisher können innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) im Rahmen der Krankenhausbehandlung erbracht werden, ohne dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zuvor eine positive Nutzenbewertung vorgenommen hat. Diese Regelung wurde scharf kritisiert, weil die dabei eingesetzten Medizinprodukte, zum Beispiel künstliche Hüftgelenke, Brustimplantate oder Herzschrittmacher, große Risiken für die Patientinnen und Patienten mit sich bringen und insofern eine Nutzenbewertung vor dem Einsatz besonders wichtig wäre.

Der Gesetzentwurf sieht vor, ein neues gesetzliches Verfahren zur schnellen und strukturierten Nutzenbewertung für innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in Krankenhäusern, bei denen Medizinprodukte einer hohen Risikoklasse zum Einsatz kommen, einzuführen. Zukünftig soll der G-BA auf Antrag des Krankenhauses, welches die NUB erbringen und abrechnen möchte, und unter Einbeziehung weiterer Krankenhäuser, die die Methode anwenden wollen, sowie des betroffenen Medizinprodukteherstellers ein Bewertungsverfahren durchführen. Auf Grundlage der vorgelegten Informationen und unter Einbeziehung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat der G-BA innerhalb von drei Monaten eine Bewertung über den zu erwartenden Nutzen, den Schaden oder das Potenzial der neuen Methode abzugeben. Nur bei anerkanntem Nutzen darf die Methode weiter zu Lasten der Kassen erbracht werden. Ziel ist es, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit riskanten Medizinprodukten in der Krankenhausversorgung einzusetzen.

SoVD-Bewertung: Die frühe Nutzenbewertung risikoreicher Medizinprodukte ist richtig. Sie kann die Patientensicherheit deutlich verbessern. Der SoVD fordert, dass vergleichbare Regelungen zur Nutzenbewertung risikoreicher Medizinprodukte zum Schutz der Patientinnen und Patienten auch auf EU-Ebene geschaffen werden müssen.

28. Neustrukturierung des Selektivvertragsrechts (§ 140a SGB V n.F.)

Der Gesetzentwurf sieht vor, die bisher an unterschiedlichen Stellen des SGB V geregelten Selektivvertragsformen¹ in einem Abschnitt als „Besondere Versorgungsformen“ zusammenzufassen und neu zu strukturieren. Ermöglicht werden sollen zukünftig auch Verträge über innovative Leistungen, die noch nicht in die Regelversorgung aufgenommen wurden. Versicherte können freiwillig an der besonderen Versorgung teilnehmen.

SoVD-Bewertung: Selektivverträge sind ein Element des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen. Sie können zum Beispiel im Bereich der innovativen Leistungen dazu beitragen, die Übernahme neuer Behandlungsmethoden in die Regelversorgung zu beschleunigen. Der SoVD spricht sich aber deutlich gegen Tendenzen aus, den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen über eine Zunahme an Selektivverträgen immer stärker auszuweiten und zugleich den einheitlichen Leistungskatalog immer stärker auszuhöhlen, sodass lediglich ein Basisschutz als Mindestbestandteil der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) übrig bleibt. Sind Leistungen wirtschaftlich und notwendig, so sind sie in den Leistungskatalog der GKV einzugliedern. Sind sie es nicht, so gibt es keinen Grund, sie den Versicherten überhaupt anzubieten.

29. Weiterentwicklung der Patientenbeteiligung (§ 140f SGB V n.F.)

Der Gesetzentwurf sieht vor, die Patientenvertretung auf Landesebenen zu stärken. Zukünftig erhalten Patientenvertreterinnen und –vertreter der nach Landesrecht anerkannten maßgeblichen Patientenorganisationen auch in den erweiterten Landesausschüssen nach § 116b Abs. 3 ein Mitberatungsrecht. Die Landesausschüsse nach § 90 SGB V erhalten darüber hinaus die Aufgabe, die anerkannten Organisationen sowie die sachkundigen Personen bei der Durchführung ihres Mitberatungsrechts insbesondere durch die Übernahme von Reisekosten, Verdienstauffällen, Aufwandsentschädigungen für jährlich bis zu sechs Koordinierungs- und Abstimmungstreffen zu unterstützen.

SoVD-Bewertung: Als über den Deutschen Behindertenrat im Rahmen der Patientenvertretung nach § 140f SGB V beteiligter Verband hat sich der SoVD bereits seit längerem insbesondere für die bessere Unterstützung der Patientenvertretung auf Landesebene eingesetzt. Nur durch eine umfassende personelle, organisatorische und finanzielle Unterstützung ist es den auf Landesebene benannten Patientenvertreterinnen und –vertretern sowie den sachkundigen Personen möglich, ihre Beteiligungsrechte im Sinne des Gesetzes auszufüllen. Vor diesem Hintergrund begrüßt der SoVD die geplanten Neuregelungen ausdrücklich.

30. Neue Zusammensetzung der MDK-Verwaltungsräte (§ 279 SGB V n.F.)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass in den MDK-Verwaltungsräten neben den Arbeitgeber- und den Versichertenvertretern zukünftig Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie Vertreter der Pflegeberufe als dritte Gruppe mit Stimmrecht vertreten sein sollen. Die entsprechende Besetzung nimmt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes auf Vorschlag der auf Landesebene maßgeblichen Verbände der Patientenvertretung sowie der Pflegeberufverbände vor. Weiter ist eine Festlegung vorgesehen, wonach hauptamtliche Mitarbeiter der Krankenkassen künftig nicht mehr Mitglied in MDK-Verwaltungsräten sein können. Die Höchstzahl der Mitglieder in den Verwaltungsräten wird auf 18 festgelegt.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die Festlegung, hauptamtlichen Mitarbeitern von Krankenkassen die Mitgliedschaft in MDK-Verwaltungsräten unmöglich zu machen. Sie ist geeignet, die

¹ Strukturverträge nach § 73a, Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c und zur Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V.

Unabhängigkeit des MDK von den Krankenkassen zu stärken. Der SoVD hat in der Vergangenheit immer wieder auf die für die Versicherten nachteiligen Auswirkungen der engen Verzahnung von Krankenkassenhauptamt und MDK-Verwaltungsrat hingewiesen. Der SoVD begrüßt auch die Einbeziehung von Vertreterinnen und Vertretern der pflegebedürftigen Menschen und der pflegenden Angehörigen mit Stimmrecht in den MDK-Verwaltungsräten. Der SoVD als maßgebliche Organisation nach § 118 SGB XI bekundet sein Interesse an einer Mitarbeit. Kritisch geprüft werden muss, inwiefern die Einbeziehung von Vertreterinnen und Vertretern der Pflegeberufe als Einbeziehung von Leistungserbringern zu werten wäre. Der SoVD lehnt eine Vertretung von Leistungserbringern in den MDK-Verwaltungsräten ab.

Zu b)

Im Antrag „Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen – Hochwertige und effiziente Versorgung für alle“ (BT-Drs. 18/4099) stellt die Fraktion DIE LINKE fest, dass das historisch bedingte Nebeneinander von Gesetzlicher und Privater Krankenvollversicherung zu vielfältigen Ungerechtigkeiten und Härten für die Versicherten führe sowie Über-, Unter- und Fehlversorgung auslöse. Zudem sei das Finanzierungskonzept der PKV nicht nachhaltig. Vor diesem Hintergrund fordert sie die Bundesregierung auf, die PKV als Krankenvollversicherung abzuschaffen und alle in Deutschland lebenden Menschen in der GKV zu versichern. Die Altersrückstellungen der PKV sollen aufgelöst und in einen kollektiven Reservestock überführt werden.

SoVD-Bewertung: Der SoVD setzt sich seit längerem dafür ein, auf Grundlage der Gesetzlichen Krankenversicherung eine Bürgerversicherung für die gesamte Bevölkerung in Deutschland einzuführen. Er hat seine Anforderungen an eine Solidarische Bürgerversicherung 2013 in einem umfassenden Positionspapier veröffentlicht.² Der SoVD versteht die Bürgerversicherung nicht nur als solidarisches Finanzierungsinstrument. Sie wäre zugleich Grundlage für die Beseitigung bestehender Defizite im Leistungsspektrum und der Organisation der Versorgung. Die Bürgerversicherung würde gewährleisten, dass alle Menschen, unabhängig von Einkommen, Gesundheitszustand und Geschlecht die individuell erforderliche gesundheitliche Versorgung erhalten. Vor diesem Hintergrund teilt der SoVD die Einschätzung der Ist-Situation im Antrag von DIE LINKE sowie die Forderung nach Einführung einer einheitlichen Versicherung der gesamten Wohnbevölkerung in einer Versicherung auf Grundlage der GKV. Zu den dafür notwendigen Einzelmaßnahmen verweist der SoVD auf sein o.g. Positionspapier.

Vor dem Hintergrund der von der Bundesregierung mit dem GKV-VSG geplanten Stärkung der gesundheitlichen Versorgung ist aus Sicht die unterschiedliche Vergütung von Leistungen für gesetzliche und privat Krankenversicherte zu beseitigen. Sie trägt wesentlich zur Entstehung von Über-, Unter- und Fehlversorgung bei.

Zu c)

Im Antrag „Wohnortnahe Gesundheitsversorgung durch bedarfsorientierte Planung sichern“ (BT-Drs. 18/4187) stellt die Fraktion DIE LINKE fest, dass es erhebliche Defizite der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland gibt, die auf die mangelhafte Bedarfs- und Versorgungsplanung zurückzuführen sind. Sie fordert vor diesem Hintergrund die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung hin zu einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung, die sozioökonomische und demographische Faktoren sowie die Mobilität und weitere Faktoren berücksichtigt. Zudem sollen u.a. die Patientenvertretung stärker in die Bedarfsplanung einbezogen, die Fachrichtung Allgemeinmedizin aufgewertet sowie von den Möglichkeiten der Delegation und Substitution ärztlicher Aufgaben stärker Gebrauch gemacht werden.

SoVD-Bewertung: Der SoVD teilt die Einschätzung der Fraktion Die LINKE zur Über-, Unter- und Fehlversorgung in der gesundheitlichen Versorgung sowie die im Antrag erhobenen Forderungen grundsätzlich. Auch er setzt sich dafür ein, dass die Bundesregierung die Rahmenbedingungen für eine wohnortnahe und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung aller Menschen schafft. Finanzielle Fehlanreize, die zu Über-, Unter- und Fehlversorgung beitragen, müssen beseitigt werden. Dazu sind die unterschiedlichen Vergütungssysteme von Privater Krankenversicherung (PKV) und Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) durch ein einheitliches Vergütungssystem abzulösen sowie die gravierenden Vergütungsunterschiede zwischen einzelnen Facharztgruppen

² Sozialverband Deutschland (2013): Solidarische Bürgerversicherung – Anforderungen des SoVD an eine leistungsfähige gesetzliche Krankenversicherung, www.sovd.de/buergerversicherung_2013/.

zu beseitigen. Darüber hinaus braucht es eine kleinräumige, sektorenübergreifende Bedarfsplanung, die u.a. die Kriterien Alter, Geschlecht, Morbidität sowie den tatsächlichen Versorgungsumfang berücksichtigt. Bei den Planungen ist Barrierefreiheit konsequent zu berücksichtigen.

Zu d

Im Antrag „Gesundheitsversorgung umfassend verbessern – Patienten und Kommunen stärken, Strukturdefizite beheben, Qualitätsanreize ausbauen“ (BT-Drs. 18/4153) kritisiert die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN die im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes von der Bundesregierung geplanten Maßnahmen als unzureichend, um den angesichts der Bevölkerungsentwicklung und vorhandener Defizite bei der Organisation der Gesundheitsversorgung wachsenden Herausforderungen zu begegnen. Sie fordern die stärkere Einbeziehung der Kommunen bei Planung, Steuerung und Gestaltung der Gesundheitsversorgung, eine umfassende Reform der Bedarfsplanung, die Herstellung von Transparenz über die Qualität der Versorgung, eine Neuordnung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe sowie eine Stärkung des Innovationsausschusses.

SoVD-Bewertung: Der SoVD teilt die Einschätzung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN grundsätzlich, dass der Gesetzentwurf des GKV-VSG notwendige Maßnahmen zur Verbesserung der Leistungen des Gesundheitssystems sowie zur zielgenauen Bekämpfung von Über-, Unter- und Fehlversorgung fehlen. Viele der im Antrag vorgeschlagenen Einzelmaßnahmen können dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung in Deutschland zu verbessern. Vor einer dauerhaften Implementierung des Innovationsfonds sollte überprüft werden, ob sich die mit der Einrichtung verbundenen Erwartungen erfüllt haben. Die Unabhängigkeit des Fonds von den Trägern des G-BA ließe sich insbesondere dadurch erhöhen, ihn aus Steuermitteln zu finanzieren.

Schlussbemerkung

Mit den Maßnahmen im Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) soll die bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten „auf hohem Niveau“ sichergestellt werden. Dabei soll insbesondere der demografischen Entwicklung, neuer Behandlungsmöglichkeiten und der unterschiedlichen Versorgungssituation in Ballungsräumen und strukturschwachen Regionen Rechnung getragen werden.

Der SoVD begrüßt die mit dem Gesetzentwurf verbundenen Zielsetzungen. Viele der vorgesehenen Einzelmaßnahmen haben das Potenzial, die Versorgung der Patientinnen und Patienten tatsächlich zu verbessern. Einige Maßnahmen, wie der geplante Innovationsfonds oder die veränderten Haftungsregelungen für Hebammen, sieht der SoVD in der derzeitigen Ausgestaltung kritisch. Sie sollten im Gesetzgebungsverfahren noch verändert werden. Bei den vorgesehenen Maßnahmen zum Abbau von Über- und Unterversorgung handelt es sich um gute Ansätze. Sie sind aber nicht verbindlich genug und setzen zu sehr an den Symptomen statt den Ursachen an. Insgesamt vermisst der SoVD weitere Maßnahmen zur durchgreifenden Verbesserung der medizinischen Versorgung. Die weitere Verschärfung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen durch die Veränderung des Selektivvertragsrechts sowie die steigenden kassenindividuellen Zusatzbeiträge lehnt der SoVD ab. Schließlich bedauert der SoVD, dass keine Maßnahmen ergriffen werden, die verfehlten Entwicklungen hinsichtlich der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung zu korrigieren.

In den Anträgen zu b), c) und d) werden die Defizite der derzeitigen Gesundheitsversorgung, wie die Sektorisierung des Gesundheitssystems, die Zersplitterung der Leistungsansprüche, vorhan-

dene Über-, Unter- und Fehlversorgung weitgehend zutreffend beschrieben. Viele der vorgeschlagenen Maßnahmen werden vom SoVD unterstützt.

Die umfassende gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung ist eine vorrangige sozialpolitische Aufgabe des Staates. Dabei hat sich die solidarische Krankenversicherung in Form der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den etwa 130 Jahren ihres Bestehens bewährt. In den vergangenen Jahrzehnten wurde jedoch ein – politisch gewollter – Perspektivwechsel vollzogen. Die Gesetzliche Krankenversicherung gilt immer mehr als Kostenfaktor im internationalen Wettbewerb. Statt die Weiterentwicklung und Stärkung der solidarischen Basis und der bedarfsdeckenden Leistungsgewährung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu unterstützen, wurde immer wieder mit Leistungsausgliederungen, Leistungskürzungen und der Schaffung neuer Hürden für den Leistungsbezug reagiert. Beispiele dieser falschen Entwicklung sind die stetig erhöhten Eigenbeteiligungen beim Bezug von Arznei- oder Heilmitteln, die Streichung ganzer Leistungsbe-
reiche aus dem Leistungskatalog der GKV, zum Beispiel bei Sehhilfen, die Abkehr vom Sachleistungsprinzips, wie beispielsweise im Falle des Zahnersatzes, oder die Einführung einseitiger Belastungen für die Versicherten wie aktuell bei den kassenindividuellen Zusatzbeiträgen. Diese Entwicklungen gehen vor allem zu Lasten der vom SoVD vertretenen Bevölkerungsgruppen, nämlich von sozial benachteiligten und älteren Menschen, chronisch und/oder mehrfach Kranken sowie von Menschen mit Behinderung. Um die grundlegenden Probleme des aktuellen Systems zu lösen, muss das bestehende System zu einer solidarischen Bürgerversicherung entwickelt werden. Seine Anforderungen dazu hat der SoVD im Positionspapier „Solidarische Bürgerversicherung – Anforderungen des SoVD an eine leistungsfähige gesetzliche Krankenversicherung“³ dargestellt.

Berlin, 18. März 2015

DER BUNDESVORSTAND
Abteilung Sozialpolitik

³ www.sovd.de/buergerversicherung_2013/