



Stellungnahme

des dbb beamtenbund und tarifunion

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VSG)

Berlin, 23. Juni 2011





In der Vergangenheit haben regionale Unterschiede sowohl in der Bevölkerungsstruktur als auch im Bedarf und Inanspruchnahmeverhalten medizinischer Leistungen zu teils erheblichen Divergenzen in der ärztlichen und zahnärztlichen Vergütung – und damit in der Attraktivität der Arztberufes - geführt. Dem damit verbunden Rückgang der Arztdichte besonders in ländlichen Regionen muss wirksam entgegengesteuert werden. Dies muss aus Sicht des dbb nicht alleinig mit einer Steigerung der (zahn-) ärztlichen Honorare auf dem Land verbunden sein. Auch eine bessere Vernetzung der Leistungssektoren, die Einführung von mobilen Versorgungskonzepten sowie eine Stärkung innovativer Ansätze können einen wesentlichen Beitrag leisten.

Es ist auch aus Sicht des dbb unstrittig, dass die Sicherung einer nachhaltigen, flächendeckenden, bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung der Bevölkerung zwingend mit einer Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung einhergehen muss. Aus diesem Grund unterstützt der dbb – beamtenbund und tarifunion die Zielsetzung des vorliegenden Referentenentwurfs.

Zusatzleistungen in der GKV

Nachdem die Krankenkassen, abgesehen vom kassenindividuellen Zusatzbeitrag, in ihrer Beitragsautonomie weitestgehend eingeschränkt wurden, tritt neben dem Preis zunehmend das Leistungsspektrum der jeweiligen Krankenkasse als Differenzierungsmerkmal in den Vordergrund. Der dbb hatte sich stets für die Beitragshoheit der Krankenkassen ausgesprochen. Nun muss sich der Wettbewerb der Kassen untereinander stärker am Leistungsspektrum ausrichten. Vor diesem Hintergrund begrüßt der dbb die in § 11 Abs. 6 SGB V neu vorgesehene Ausweitung der Angebotsmöglichkeiten der Kassen für Satzungsleistungen. Wichtig ist aus Sicht des dbb in diesem Zusammenhang, dass Art und Umfang derartiger Zusatzleistungen klar definiert sind und ausschließlich auf Leistungen, die eine Krankenkasse zusätzlich und im unmittelbaren Zusammenhang zum allgemeinen Leistungskatalog der GKV all ihren Versicherten gewähren kann, beschränkt sind. Anderenfalls würde der gewünschte Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen auch die Ebene der privaten Krankenversicherung tangieren. Der dbb bekennt sich nach wie vor zur historisch gewachsenen Pluralität der Versicherungsformen und steht für eine klare Abgrenzung der Systeme.

Die im allgemeinen Teil der Begründung zum vorliegenden Referentenentwurf beschriebene Möglichkeit einer spezifischen Leistungsgestaltung durch „Verträge mit Beschäftigtengruppen...“ in Form von Gruppentarifen (S. 67) sieht der dbb kritisch. Je nach Ausgestaltung derartiger Leistungsangebote würde dies eine Differenzierung innerhalb der Versichertengemeinschaft einer Krankenkasse zur Folge haben. Dies widerspricht aus Sicht des dbb dem Solidaritätsprinzip.



Leistungsentscheidungen bei Insolvenz einer Kasse

Der dbb beamtenbund und tarifunion begrüßt ausdrücklich die in § 19 Abs. 1a neu vorgesehene Klarstellung, dass Leistungsentscheidungen einer geschlossenen oder insolventen Krankenkasse für die Versicherten zunächst fortgelten. Dies schafft für den Betroffenen Sicherheit im Sinne eines geregelten Behandlungsablaufes.

Delegation ärztlicher Leistungen

Die in § 28 vorgesehene Stärkung der Delegationsmöglichkeiten für die Erbringung ärztlicher Leistungen sieht der dbb kritisch. Sicherlich kann die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung bei ärztlicher Behandlung etwaig bestehende Versorgungsengpässe verschärfen.

Die Übertragung ärztlicher Aufgaben an nicht-ärztliches Personal („Hilfspersonen“) kann der dbb - trotz Letztverantwortung des Arztes - nur unter klarer Festlegung entsprechender Qualitätsanforderungen mittragen. Weiterhin gibt der dbb zu bedenken, dass gerade im Krankenhaussektor das Pflegepersonal, welches von der Neuregelung des § 28 SGB V zweifelsfrei vorrangig betroffen sein dürfte, bereits vielfach an der Belastungsgrenze arbeitet. Hier sieht der dbb die Gefahr, dass die ohnehin durch unzählige Überstunden, Schichtdienste und Personalmangel belasteten Mitarbeiter durch zusätzliche Arbeitsaufträge die gewohnte Arbeitsqualität nicht mehr leisten können und somit die Delegationsmöglichkeiten der Ärzte letztendlich die Versorgung der Patienten eher gefährden als verbessern.

Im Grundsatz sieht der dbb die Delegationsmöglichkeiten in unkritischen Bereichen durchaus als eines von einer Vielzahl von Instrumenten an, eine flächendeckende medizinische Versorgung sicher zu stellen. Allerdings kann dies nur dann von Erfolg gekrönt sein, wenn die personellen Ressourcen des Krankenhauspersonals endlich auf ein verantwortungsvolles Maß aufgestockt werden.

Krankengeldbezug

Gemäß der Regelung in § 46 Abs. 1 Nr. 2 SGB V entsteht ein Anspruch auf Krankengeld von dem Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt. Es geschieht jedoch recht häufig, dass Beschäftigte, die arbeitsunfähig erkranken und Krankengeld beziehen, bereits unmittelbar nach Arbeitsaufnahme, also am selben Tag, erneut krankheitsbedingt die Arbeit beenden müssen. Sie begeben sich sodann zum Arzt, der eine erneute Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Krankengeld kann jedoch erst ab dem folgenden Tag beansprucht werden. Für den Tag, an dem der Arztbesuch erfolgt, erhält der Beschäftigte we-



der Krankengeld noch Gehalt bzw. Arbeitslohn. Durch diesen Karenztag kommt es zu einer Benachteiligung insbesondere derjenigen Beschäftigten, die ihre Arbeit möglichst zügig wieder aufnehmen wollen. Die Regelung setzt damit nach Einschätzung des dbb auch einen Anreiz, der nicht im Sinne der Versichertengemeinschaft der Gesetzlichen Krankenversicherung sein kann. Versicherte könnten von einem möglichst frühzeitigen Versuch der Arbeitsaufnahme nach einer Erkrankung abgehalten werden und sich veranlasst sehen, den Versuch der Arbeitsaufnahme zu verschieben, bis sie mit absoluter Sicherheit wieder arbeitsfähig sind.

Der dbb setzt sich diesbezüglich für eine Modifizierung der Vorschrift ein, die dazu führt, dass der Anspruch auf Krankengeld bereits an dem Tag entsteht, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich attestiert wird.

Die in § 47a SGB V geregelte Übergangsvorschrift (Berücksichtigung von Einmalzahlungen bei der Bemessung des Krankengeldes) bezieht sich auf Fälle, die sich mittlerweile durch Zeitablauf erledigt haben. Die Aufhebung ist demgemäß konsequent.

Reform der vertragsärztlichen Vergütung

Die in § 87b vorgesehenen Regelungen zur Flexibilisierung und Regionalisierung der vertragsärztlichen Honorierung werden vom dbb begrüßt – erhöhen diese doch die Attraktivität der Erbringung medizinischer Leistungen in strukturschwachen Gebieten. Mit der Rückkehr zu einer regionalen Honorarverteilung, differenziert nach haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichen, wird den kassenärztlichen Vereinigungen ein wirkungsvolles Steuerungsinstrument an die Hand gegeben.

Die Installation von mengensteuernden Maßnahmen innerhalb des Honorarverteilungsmaßstabes gemäß § 87b Abs.2 SGB V kann eine übermäßige Leistungsausweitung verhindern, darf aus Sicht des dbb allerdings nicht zu Rationierungen medizinischer Leistungen führen. Mit den Vorgaben des § 87b Abs. 3 SGB V wird sichergestellt, dass entsprechende Regelungen nach Absatz 2 in strukturschwachen Regionen keine Anwendung finden.

Reform der vertragszahnärztlichen Vergütung

Der in § 85 Abs. 2 Satz 7 SGB V vorgesehene Wegfall der Verpflichtung der Vertragsparteien, vorausschauende Regelungen zur Vermeidung eines Überschreitens des Gesamtvergütungsvolumens zu treffen, ist gleichzusetzen mit einer Aufhebung des Vorrangs der Beitragssatzstabilität. Dies lässt die in der Gesetzesbegründung formulierte Annahme des Gesetzgebers, die Summe der Gesamtver-



gütungen bleibe kassenartübergreifend unverändert, aus Sicht des dbb mutig erscheinen.

Die Vorgaben des § 85 Abs. 2a SGB V können einen Beitrag leisten, historisch gewachsene Belastungsunterschiede hinsichtlich der vertragszahnärztlichen Vergütung bei den verschiedenen Krankenkassen abzubauen. Dies stellt in dieser Hinsicht Chancengleichheit im Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen her und ist zu begrüßen.

Durch die Neuregelung des § 85 Abs. 3 SGB V werden bei der Vereinbarung der Gesamtvergütungen künftig zusätzlich unter anderem die Morbiditätsentwicklung, die Zahl und Struktur der Versicherten sowie die regionale Kosten- und Versorgungsstruktur berücksichtigt. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen, können auf diesem Weg regionale Spezifika stärker Berücksichtigung finden.

Hinsichtlich aller mit den Neuregelungen des § 85 vorgesehenen Freiheiten der Vertragsparteien bei der Vereinbarung der Gesamtvergütungen im vertragszahnärztlichen Bereich ist aus Sicht des dbb sicherzustellen, dass der Balanceakt aus Kostenbewusstsein, Qualität und Quantität durch Flexibilisierung und Regionalisierung der Leistungshonorierung gewahrt bleibt.

Stärkung der ambulanten Rehabilitation

Die mit § 111c SGB V durch einheitliche Versorgungsverträge geregelte Gleichstellung der ambulanten mit den stationären Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 40 SGB V und der damit verbundenen Stärkung der wohnortnahen Versorgung ist grundsätzlich zu begrüßen. Dies darf allerdings nicht dazu führen, dass Patienten, deren Genesung eine stationäre Rehabilitation erfordern würde, aus Kostengründen und gegen ihren Willen künftig ambulant versorgt werden.

Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Sowohl die mit Art. 1 (Änderung des SGB V) in § 103 Abs. 4 Satz 7 neu geregelte fiktive Berücksichtigung der Kindererziehungs- bzw. Pflegezeiten bei der Auswahlentscheidung über die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes, als auch die mit Art. 8 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte) in § 32 Abs. 1 S. 3 sowie Abs. 2 S. 2ff vorgesehenen Erleichterungen bei Vertretungsfällen im zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung bzw. der verlängerten Beschäftigungsmöglichkeit eines Entlassungsassistenten, werden vom dbb uneingeschränkt begrüßt. Es handelt sich hierbei um reale Erleichterungen für betroffene Ärzte und Ärztinnen. Diese sind wichtige Schritte zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und machen letztendlich den Arztberuf für Frauen attraktiver.



Strukturfonds

Die in § 105 Abs. 1a vorgesehene Möglichkeit, seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen einen Strukturfonds zu schaffen, der zu gleichen Teilen von KVen und Krankenkassen gespeist wird und der Finanzierung von Investitionszuschüssen für Neuniederlassungen, Stipendien und Ausbildungszuschüssen in strukturschwachen Regionen dient, wird vom dbb positiv gesehen, zumal die einzuspeisenden Mittel in Höhe von 0,1 Prozent der nach § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen aus Sicht des dbb noch kein beitragsatzrelevantes Maß erreichen.

Fazit

Der Gesetzgeber hat richtig erkannt, dass die medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland ein hohes Gut ist und gesichert werden muss. Die Fokussierung des Referentenentwurfes auf eine Verbesserung der Versorgungssituation in strukturschwachen Regionen ist aus Sicht des dbb richtig. Die Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf leisten einen wichtigen Beitrag zur Erhöhung der Attraktivität des Arztberufes für Frauen und wirken so den demografischen Effekten entgegen.

Die mit der Möglichkeit der Einrichtung von regionalen Strukturfonds verbundene verbesserte Fördermöglichkeit von Studienabsolventen und Neuansiedlungen ist ein richtiger Schritt – auch um der Abwanderung gut ausgebildeter Ärzte ins Ausland entgegen zu treten.

Die beabsichtigte erhöhte Flexibilität in der Ärztlichen Vergütung auch im Hinblick auf regionale Besonderheiten ist begrüßenswert, allerdings ist eine für die gesetzliche Krankenversicherung kostenneutrale Umsetzung aus Sicht des dbb nicht gewährleistet.

Möglich werdende Erweiterungen des satzungsgemäßen Leistungsspektrums der gesetzlichen Krankenkassen eröffnen neue Alleinstellungsmerkmale und fördern den Wettbewerb, wenn auch der dbb eine Rückkehr zur Beitragsautonomie für zielführender hält.