

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(16)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.
15_GKV-VSG
20.03.2015



Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung in der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) BT-Drucksache 18/4095

Antrag der Fraktion DIE LINKE

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

BT-Drucksache 18/4099

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

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

BT-Drucksache 18/4153

Antrag der Fraktion DIE LINKE

Wohnortnahe Gesundheitsversorgung durch bedarfsorientierte Planung sichern

BT-Drucksache 18/4187

zur öffentlichen Anhörung am 25. März 2015

Berlin, 18. März 2015

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Bundesvorstand – Bereich Gesundheitspolitik,
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung in der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) BT-Drucksache 18/4095

Problem und Ziel

Mit dem GKV Versorgungsstärkungsgesetz soll die bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten weiterhin auf hohem Niveau sichergestellt werden. Damit wird auf die demographische Entwicklung, neue Behandlungsmöglichkeiten und unterschiedlichen Versorgungssituationen in Ballungsräumen und strukturschwachen Regionen reagiert.

Ebenso sollen vermehrte Angebote sektorenübergreifender Versorgung sowie zielgerichtete Versorgungsangebote geschaffen werden. Dazu werden die Rahmenbedingungen der Versorgung an die sich wandelnden Strukturen angepasst und damit ein hohes Versorgungsniveau in allen Regionen sichergestellt. Dabei baut das GKV-VSG auf das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) auf.

Das GKV Versorgungsstärkungsgesetz soll im Einzelnen die flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung sicherstellen und die Versorgungsorientierung in der vertragsärztlichen Versorgung fördern. Dabei setzt es an den Vergütungsregelungen sowie der angemessenen Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen an.

Den Versicherten soll ein schneller und sektorenübergreifender durchgehender Zugang zur medizinischen Versorgung geschaffen werden. Wartezeiten auf Facharzttermine sollen verringert und die psychotherapeutische Versorgung verbessert werden.

Im konkreten Versorgungsalltag geht es um Schaffung eines Innovationsfonds, um die verstärkte Förderung der Versorgungsforschung und Erweiterung von Leistungsansprüchen der Versicherten, z. B. auf die Einholung einer Zweitmeinung. Der Gestaltungsspielraum der Krankenkassen soll vergrößert und die Nutzenbewertung bei Medizinprodukten gestärkt werden.

Allgemeine Bewertung

Ver.di begrüßt die Vorlage des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes. Die Gesetzliche Krankenversicherung hat die Aufgabe die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern sowie die Versicherten aufzuklären, zu beraten und auf gesunde Lebensführung hinzuwirken. Damit hat die Gesetzliche Krankenversicherung einen umfassenden Auftrag von Gesundheitsförderung und Prävention über Krankenbehandlung bis zur Rehabilitation. Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft unterstützt daher ausdrücklich die Zielrichtung des GKV-VSG eine flächendeckende und gut erreichbare medizinischen Versorgung sicherzustellen. Daran muss sich der Gesetzentwurf insgesamt messen lassen.

ver.di unterstreicht zudem die Feststellung, dass Veränderungen und Verbesserungen erforderlich sind, um diese flächendeckend gute medizinische Versorgung zu gewährleisten. Dies muss Ziel jeglichen Handelns der Gesetzlichen Krankenkassen sein.

Wettbewerb oder Flexibilisierung, die mehrfach im Gesetzentwurf genannt werden, sind keine originären Ziele, sondern allenfalls Instrumente. Sie sind daraufhin zu prüfen, ob sie jeweils geeignet sind, den Anspruch der Versicherten auf bedarfsgerechte Leistungen zum Erhalt oder Wiederherstellung ihres Gesundheitszustands in jeder denkbaren Situation zu gewährleisten.

Der Leistungsrahmen muss auch künftig für alle Gesetzlichen Krankenkassen gleich sein. Ein Wettbewerb um unterschiedliche Leistungsangebote verschärft Versorgungsunterschiede in der Bevölkerung. Wettbewerb kann nur dort sinnvoll sein, wo er dazu beiträgt die Versorgung der Versicherten zu verbessern. Er muss daher im Gesundheitswesen auf die Qualität gerichtet werden und dem Suchprozess nach neuen Formen einer verbesserten Versorgung der Bevölkerung dienen.

Nachhaltige Finanzierung sichern

Zu Recht wird im Gesetzentwurf die Bedeutung einer nachhaltigen Finanzierung im Gesundheitswesen betont. Stattdessen aber werden mit den entstehenden Kosten weitgehend einseitig die Versicherten belastet.

ver.di sieht es als schweren Fehler an, dass mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) vom 21. Juli 2014 die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung eben nicht nachhaltig gestärkt und auf eine dauerhafte solide Grundlage gestellt wurden. Dies wird sich nachteilig auf die in diesem Gesetzentwurf vorgesehenen Bestimmungen auswirken. Bereits jetzt zeichnet sich ab, dass ein Großteil der Gesetzlichen Krankenkassen zur Sicherstellung ihrer Leistungen zu Lasten der Versicherten Zusatzbeiträge erheben muss. Die paritätisch getragenen Beiträge, zu gleichen Teilen von den Mitgliedern einerseits und von den Arbeitgebern, bzw. Rentenversicherungsträgern andererseits, reichen zur Finanzierung des Gesundheitssystems nicht aus.

Der im GKV-FQWG allein für die Versicherten vorgesehene Zusatzbeitrag führt in Zukunft zu erheblichen und einseitigen Mehrbelastungen. Damit wird die paritätische Finanzierung der GKV, die durch die Zu- und Aufzahlungen der Versicherten ohnehin bereits in Schieflage geraten ist, weiter ausgehöhlt. Da die Zusatzbeiträge als einziges Ventil geplant sind, um Kostensteigerungen zu finanzieren oder Mindereinnahmen auszugleichen, ist eine dynamische Steigerung der Kostenlast für die Versicherten absehbar. Langfristige Entwicklungen zeigen, dass bis 2020 auf der Versichertenseite mit einem Anstieg des Beitragssatzes nach vorsichtiger Schätzung um vier bis fünf Prozentpunkte zu rechnen ist. Für Innovationen ist dann kaum noch Raum.

Das GKV-FQWG mit seiner Abkehr vom Grundgedanken des Solidaritätsprinzips: „Jedem das, was er benötigt und jeder, was er leisten kann“, stellt eher einen Hemmschuh für die in dem vorliegenden Gesetzentwurf genannten Zukunftsentwicklungen des Gesundheitswesens dar.

ver.di sieht daher keine verantwortbare Alternative zur schnellstmöglichen Einführung einer Bürgerversicherung um die Finanzierung der zukünftig erheblich steigenden Versorgungsbedarfe

einschließlich erforderlicher Innovationen zu sichern und somit die verlässliche Versorgung aller auf hohem Niveau zu garantieren.

Neue Belastung der Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen vermeiden

Eine einseitige Belastung der Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen ist bereits aus der Zuordnung von Mehrausgaben und Einsparungen in diesem Gesetzentwurf erkennbar.

Die jährlichen Mehraufwendungen für die Gesetzliche Krankenversicherung belaufen sich nach ersten Schätzungen auf deutlich mehr als die 300 Mio. Euro, die für den Innovationsfonds zur Verfügung gestellt werden sollen. Hinzu kommt eine Konvergenzregelung, mit der vermeintlich unbegründete Unterschiede in der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung abgebaut werden sollen. Die Regelung wirkt jedoch wie ein Honorarzuschlag und kann bis zu 460 Millionen Euro an Kosten verursachen. Versorgungsverbesserungen werden in den profitierenden KV-Bezirken jedoch nicht bewirkt.

Das bedeutet insgesamt neue erhebliche Kostenrisiken. Die im GKV-FQWG in Aussicht gestellte Beitragssenkung für die Mitglieder der Gesetzlichen Krankenkassen, lässt sich nicht realisieren. Im Gegenteil: Die Krankenkassen werden auf Zusatzbeiträge nicht verzichten können. Und dieser Zusatzbeitrag geht allein zu Lasten der Versicherten. Das bedeutet eine Ausweitung des Preiskampfs auf dem Rücken der Versicherten. Das ist das Gegenteil des Solidaritätsprinzips.

Eine dauerhafte Stärkung und Sicherstellung der medizinischen Versorgung kann nicht alleine durch die Mehrbelastung der Gesetzlichen Krankenversicherung und damit zu Lasten der Versicherten erfolgen.

Zukunftsaufgabe Integrierte Versorgung - Innovationsfonds

Zur Sicherung und Verbesserung einer flächendeckenden guten Gesundheitsversorgung reicht die alleinige Betrachtung der ambulanten ärztlichen Versorgung nicht aus. Weder aus Qualitätsgründen noch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten genügen Anreize zur Praxisgründung in unterversorgten Gebieten oder zum Aufkauf von Arztpraxen in überversorgten Zulassungsbereichen.

Vielmehr bedarf es der Förderung integrierter Versorgungsformen, wie Gemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) oder Versorgungsnetze von Arztpraxen und Krankenhäusern sowie rehabilitativer und pflegerischer Versorgungsangebote. Auch die erweiterten Möglichkeiten für ambulante ärztliche Versorgung durch Krankenhäuser und Hochschulambulanzen gehen in die richtige Richtung, soweit sie nicht gleich wieder begrenzt werden. Ebenso werden die Regelungen zum Entlassmanagement bei Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) begrüßt. Nur mit derartigen Maßnahmen und neuen Verbänden kann die medizinische und pflegerische Versorgung flächendeckend langfristig gesichert werden. In diesem Zusammenhang kommt dem vorgesehenen Innovationsfonds eine besondere Bedeutung zu.

Die Finanzierung des Innovationsfonds (§ 92a, Abs. 3 SGB V) würde nach dem Gesetzentwurf allerdings ausschließlich von der Gesetzlichen Krankenversicherung, nicht aber von der Privaten

Krankenversicherung oder/und aus dem Bundeshaushalt finanziert. Dies erscheint nicht sachgerecht. Es ist nicht begründbar, dass die Mittel allein von der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung gestellt werden sollen.

ver.di fordert anstelle der Finanzierung durch die Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung die Finanzierung des Innovationsfonds aus Steuermitteln.

Völlig unangemessen ist die stimmberechtigte Beteiligung von drei Vertretern von Bundesministerien im Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 92b, Abs. 1 SGB V). ver.di hält aus Gründen der Staatsferne eine Beteiligung ohne Stimmrecht für ausreichend um durch nachfolgende Gesetze Innovationen in die Regelversorgung zu überführen.

Zweitmeinung

Der im Gesetzentwurf vorgesehene Anspruch auf Einholen einer Zweitmeinung im Zusammenhang mit planbaren Eingriffen oder Behandlungen wird von ver.di ausdrücklich begrüßt. Der Anspruch auf eine Zweitmeinung stärkt die Entscheidungsfähigkeit der Patienten.

Bereits heute gewährt ein Großteil der Gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten diesen Anspruch. Die im Gesetzentwurf genannten Einsparungen wurden zum Teil durch diese Praxis bereits realisiert und werden daher durch die Einführung des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes nicht in dem genannten Umfang anfallen.

Ärztliche Vergütung

Im Gesetzentwurf wird der Abbau von unbegründeten Unterschieden in der Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung vorgesehen. Dabei kommt es ausschließlich zu einer Anpassung nach oben. Die für das Jahr 2016 einmalig basiswirksame Erhöhung für die einzelnen Krankenkassen bedeutet eine weitere Mehrbelastung für die Versicherten, ohne dass sich eine qualitative Verbesserung ergibt. Darüber hinaus führt diese Anhebung der vertragsärztlichen Vergütung nicht automatisch zu einem Ausbau bzw. zur Stärkung der Versorgung, insbesondere in den Flächenregionen. ver.di lehnt daher die vorgesehene Regelung ab.

Hochschulambulanzen

Ausdrücklich begrüßt ver.di die Stellungnahme des Bundesrats zu den Regelungen in Artikel 1 Nummer 53 Buchstabe a, wonach in § 117 Absatz 1 SGB V eine zahlenmäßige Begrenzung sowie eine Anrechnung auf die nach Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Fallzahlen auszuschließen sind. Es sollen Fallzahlen finanziert werden, die einigermaßen der Versorgungsrealität entsprechen. Dies leistet die bislang im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung nicht. Die ausdrückliche Absicht die Hochschulmedizin besser zu finanzieren wird damit nicht erreicht.

Psychotherapeutische Versorgung

Der Gesetzentwurf sieht eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung durch eine Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA bis zum 30. Juni 2016 vor. ver.di begrüßt die Zielsetzung im Gesetzentwurf, die psychotherapeutische Versorgung weiterzuentwickeln mit dem Ziel, die Wartezeiten zu verringern und ggf. auch weitere Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen. Angesichts der Zunahme psychischer Erkrankungen besteht seit langem ein deutlich sichtbarer Handlungsbedarf.

Darüber hinaus spricht ver.di sich mit Blick auf die psychotherapeutische Versorgung dafür aus, dass die tatsächliche Krankheitshäufigkeit (Morbidität) der Bevölkerung die Zahl der Praxissitze für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bestimmt. Die Planung muss auf breiter Datengrundlage prospektiv und sektorenübergreifend erfolgen. Erst auf dieser Grundlage kann der tatsächliche Bedarf ermittelt und tatsächlich auch abgebildet werden.

Hebammen

Im Gesetzentwurf ist der Ausschluss von Regressforderungen der Kranken- und Pflegekassen gegenüber Hebammen vorgesehen (§ 134a SGB V). Auch ver.di hält es für erforderlich die Haftung zu begrenzen und damit den Abschluss von Haftpflichtversicherungen für selbständig tätige Hebammen zu ermöglichen. Allerdings gibt es noch offene Fragen, die zu klären sind. So handelt es sich bei der Pflegeversicherung derzeit lediglich um eine Teilfinanzierung der Leistungen, die in erheblichem Umfang durch private Mittel ergänzt werden müssen. Zu diesem privat zu tragenden Teil der Finanzierung wird im Entwurf nichts geregelt. Auch dürfen nicht allein die Kranken- und Pflegekassen bei möglichen Ansprüchen geschädigter Versicherter herangezogen werden bzw. diese allein kompensieren müssen. Der Gesetzentwurf gibt keine Antwort darauf, wie die Problematik von Regressforderungen dauerhaft gelöst werden kann und soll.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen (MDK)

Die Anzahl an Verwaltungsratsmitgliedern von derzeit 16 wird auf künftig 18 je MDK aufgestockt (§ 279 SGB V). Es ist weiter vorgesehen, dass ein Drittel des Verwaltungsrats von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes bestimmt wird. Weiter wird gesetzlich festgelegt, dass die von der obersten Verwaltungsbehörde des Landes bestimmten Verwaltungsratsmitglieder von den für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen maßgeblichen Organisationen auf Landesebene und der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene vorgeschlagen werden.

Damit wird im MDK eine „dritte Bank“ eingerichtet, die bei allen dem MDK obliegenden Aufgaben stimmberechtigt ist. Diese Aufgaben sind im Wesentlichen der Beschluss der Satzung, Feststellung des Haushaltsplans, Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung, Aufstellung von Richtlinien, Einrichtung von Nebenstellen sowie Bestellung des Geschäftsführers und dessen Stellvertreter. Originäre Aufgaben im Zusammenhang mit Prüfungen von Einrichtungen,

Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen oder Abrechnungsprüfungen von Krankenhäusern sind nicht Gegenstand von Entscheidungen im Verwaltungsrat.

Es ist zwar zu vermuten, dass mit dieser Bestimmung im Gesetzentwurf eine Stärkung von Rechten der Patienten, der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie der Pflegeberufe gewollt war. Dies wird jedoch mit der vorgesehenen „dritten Bank“ nicht erreicht.

ver.di hält daran fest, dass der Verwaltungsrat von der Vertreterversammlung der Mitglieder des Medizinischen Dienstes gewählt wird. Nur so sind dessen Staatsferne und damit die Selbstverwaltung des Dienstes garantiert. Die vorgesehene Bestimmung im Gesetzentwurf muss deshalb nochmals grundsätzlich überdacht und verändert werden.

Zur Verbesserung der Berücksichtigung der Belange von Versicherten in den Entscheidungsgremien sind durch Wahl legitimierte Versichertenvertreterinnen und Versichertenvertreter erforderlich. Eine durch die oberste Verwaltungsbehörde des Landes bestimmte „dritte Bank“ lehnt ver.di ab. Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft hält die Stärkung von Rechten der Patienten, der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie der Pflegeberufe für erforderlich. Dies wird jedoch mit der vorgesehenen Regelung nicht erreicht.

Die Ausweitung der sozialmedizinischen Begutachtung zur Dienstunfähigkeit auf die Bundesbeamten durch den MDK (§ 275 SGB V) ist grundsätzlich nicht zu beanstanden. Allerdings ist hierfür eine Aufstockung des Personals erforderlich.

Artikel 9 und 10:

Änderung des Krankenpflegegesetzes und des Altenpflegegesetzes

Mit dem 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ermöglichte der Gesetzgeber Modellvorhaben, in deren Rahmen ärztliche Tätigkeiten auf qualifizierte Kranken- oder Altenpflegefachkräfte übertragen werden können. In der sog. Heilkundeübertragungsrichtlinie bestimmte der G-BA auf der Grundlage des § 63 Abs. 3c SGBV einen abschließenden Katalog von ärztlichen Tätigkeiten, die im Rahmen der Modellvorhaben auf Berufsangehörige der Kranken- und Altenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde übertragen werden können. Zugleich wurden Vorgaben zu den jeweils erforderlichen Qualifikationen gemacht. Die Richtlinie trat im März 2012 in Kraft. Den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern obliegt es, entsprechende Modellprojekte zu entwickeln und vertraglich zu regeln. Die Pflegekräfte müssen nach § 4 Abs. 7 des Kranken- oder Altenpflegegesetzes qualifiziert sein. Bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt liegt kein einziges Modellprojekt vor.

Zu § 4 Abs. 7 KrPflG und zu § 4 Abs. 7 AltPflG:

Die Klarstellung in Satz 4 wird begrüßt. Damit wird verdeutlicht, dass eine Hochschulausbildung nur im Rahmen des Erwerbs der vom G-BA definierten erweiterten Kompetenzen und in qualifikatorischer Vorbereitung auf Modellversuche nach § 63 Abs. 3c zu erfolgen hat. Die in Satz 5 festgelegte inhaltliche Ausgestaltung dieser Ausbildung durch die Ausbildungsstätten steht allerdings in Widerspruch zur Erarbeitung entsprechender Module durch den G-BA. Sie ist

ausschließlich auf die zu entwickelnden Module zu beziehen. Die inhaltliche Ausgestaltung eines auf Grundlage des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG vom Bund geregelten Berufs kann nicht den Ausbildungsstätten überlassen werden. Sie gehört in staatliche Verantwortung. In § 3 Abs. 3 KrPflG ist Satz 2 und § 3 Abs. 2 Satz 2 AltPflG sind dementsprechend zu streichen.

Der G-BA ist für die Erarbeitung von Aus- oder Weiterbildungsmodulen nicht das zuständige und geeignete Gremium. Durch die Qualifikationsbeschreibungen im besonderen Teil der Richtlinie zur Heilkundeübertragung hat er das hinreichend unter Beweis gestellt. Lediglich auf „Wissen“ abzielende Kompetenzbeschreibungen entsprechen nicht dem heutigen Stand der berufspädagogischen Wissenschaft. Gerade in der Berufsbildung sind alle Kompetenzbereiche anzusprechen, wie sie etwa im Deutschen Qualifikationsrahmen formuliert sind. ver.di empfiehlt daher, den diesbezüglichen Sachverstand des Bundesinstituts für Berufsbildung zu nutzen und den G-BA von dieser Aufgabe zu entlasten. Die Genehmigung der Module durch die für die Ausbildung in den Pflegeberufen zuständigen Ministerien ist sinnvoll und notwendig.

Die beabsichtigte Entkopplung der Modellvorhaben zum Erwerb der erweiterten Kompetenzen zur Heilkundeausübung von den Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V erscheint sinnvoll, da es sonst zu lange dauern würde, bis das entsprechend qualifizierte Personal für die Erprobung neuer Versorgungsformen verfügbar wäre. Zudem ist derzeit nicht absehbar, ob und wann sich die Vertragspartner auf entsprechende Modellvorhaben einigen können. Zu Bedenken ist, dass damit zwei Klassen von Pflegefachkräften geschaffen werden, solche mit und solche ohne Erlaubnis, die vom G-BA definierten doch recht bescheidenen heilkundlichen Tätigkeiten auszuüben. Sinnvoller wäre es diese Tätigkeiten in die Regelausbildung für alle zu überführen. Ohnehin werden diese Tätigkeiten bereits heute von entsprechend qualifizierten Pflegefachkräften, z.B. im Wundmanagement im Rahmen des Delegationsverfahrens ausgeübt. Letzteres steht in Widerspruch zur Regelung in § 1 Abs. 1 Satz 2 KrPflG, wonach die Heilkundeausübung prinzipiell nur Pflegefachkräften mit einer speziellen Ausbildung nach § 4 Abs. 7 KrPflG erlaubt sein soll. Die daraus entstehenden Rechtsunsicherheiten können durch eine Überführung in die Regelausbildung beseitigt werden.

ver.di begrüßt die Ergänzung des § 4 KrPflG und § 4 AltPflG um einen Abs. 8 ausdrücklich. Wir hatten den Ausschluss von bereits qualifizierten Pflegefachkräften vom Erwerb der „erweiterten Kompetenzen“ bereits in unserer Stellungnahme zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im Jahre 2008 [Ausschussdrucksache 16(14)0327(14)] kritisiert. Es war unsinnig, bereits qualifizierten Pflegefachkräften mit Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung eine komplette neue Ausbildung, die zudem länger als drei Jahre dauern sollte, zuzumuten. Auch im jetzigen Entwurf ist der Umfang der Ausbildung nicht eingegrenzt, sondern bleibt dem Gutdünken der Ausbildungsstätten und Hochschulen überlassen. Aus unserer Sicht sollte an der dreijährigen Ausbildung festgehalten werden, die dann um die definierten Module verlängert wird und nicht in das Belieben der Ausbildungsstätten gestellt werden.

Das gilt umso mehr als mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz die Geltung der arbeitsrechtlichen Schutzvorschriften zum Ausbildungsverhältnis im 3. Abschnitt des KrPflG durch Einfügen des § 18a KrPflG ausdrücklich außer Kraft gesetzt wurden. Das hat schwerwiegende Folgen für die Auszubildenden während der zusätzlichen Ausbildungszeit und für die Studierenden, die während der gesamten Ausbildung ohne Schutzbestimmungen und ohne Ausbildungsvergütung eine auch im Studium überwiegend praktische Ausbildung ableisten müssen. Der durch EU-Recht vorgeschriebene Ausbildungsumfang in der praktischen Ausbildung von mindestens der Hälfte der gesamten Ausbildung bleibt ebenso einzuhalten wie

die diesbezüglichen Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Um den dadurch in den geplanten Modellversuchen eintretenden Rechtsunsicherheiten bezüglich des Anspruchs auf eine angemessene Ausbildungsvergütung auch der Studierenden entgegenzuwirken, sind § 18a KrPflG und § 4 Abs. 7 Satz 7 AltPflG ersatzlos zu streichen. Eine vertragliche Vereinbarung der Hochschulen mit den an der praktischen Ausbildung beteiligten Krankenhäusern ist ohnehin erforderlich, sodass die Refinanzierung der Kosten der praktischen Ausbildung und der Ausbildungsvergütung nach § 17a KHG gewährleistet werden kann.

Für Pflegefachkräfte, die bereits über eine Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung verfügen und die nach dem neu vorgesehenen § 4 Abs. 8 KrPflG bzw. § 4 Abs. 8 AltPflG zur Teilnahme an Modellversuchen gem. § 4 Abs. 7 zugelassen werden können, ist sicherzustellen, dass sie nur an den zusätzlichen Modulen teilnehmen können und nicht eine komplette Ausbildung durchlaufen müssen. Für die Zusatzmodule sind auch gesonderte Prüfungsvorschriften zu erlassen, die eine externe Teilnahme an den staatlichen Prüfungen ermöglichen.

Evaluation der Modellvorhaben

Es fehlt weiterhin eine gesetzliche Vorgabe, wonach die geplanten Modellvorhaben zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Heilkundeausübung wissenschaftlich und unabhängig vom jeweiligen Ausbildungsträger zu evaluieren sind.

Zum gesamten Gesetzentwurf verweisen wir zudem auf die von allen Mitgliedsgewerkschaften getragene Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB).

Antrag der Fraktion DIE LINKE

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

BT-Drucksache 18/4099

Wie der DGB teilt auch ver.di die Analyse der strukturellen Probleme der privaten Krankenversicherungswirtschaft, die sowohl ihre Kundinnen und Kunden als auch die Mitglieder und Familienversicherten der gesetzlichen Krankenkassen in Mitleidenschaft zieht. Von diesen Problemen sind auch die Beschäftigten bei den privaten Versicherungsunternehmen direkt betroffen.

Gemeinsam mit dem DGB haben Sozialverbände, Gewerkschaften und weitere Organisationen mit Unterstützung der Wissenschaft bereits 2010 in der Reformkommission für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft die notwendigen Schritte für den Übergang in ein Bürgerversicherungssystem beschrieben.

Dabei wurden einzelne Maßnahmen auf Wirkung und Realisierbarkeit untersucht. Ebenfalls wurden Abschätzungen zu möglichen Unterstützern eines solchen Projekts aber auch zu evtl. Widerständen vorgenommen. Die Reformkommission kam dabei teilweise zu anderen Umsetzungsszenarien wie in dem Antrag formuliert. So will die Reformkommission eine Stichtagsregelung für Neukunden und ein Wahlrecht für die Bestandskunden.

Ebenfalls hat die Reformkommission für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft, beim DGB ausdrücklich darauf hingewiesen, dass jedwede Veränderung der sozialen Sicherungssysteme nicht zu Lasten einer betroffenen Beschäftigungsgruppe erfolgen darf. Sollte sich die Geschäftstätigkeit der privaten Krankenversicherung durch politische Entscheidungen verändern, ist eine Beschäftigungsgarantie für die hiervon betroffenen Beschäftigten in einem integrierten Krankenversicherungssystem notwendig.

Auch im vorliegenden Antrag findet sich ein Hinweis auf die Sicherung der Beschäftigungsverhältnisse im Übergang auf das neue Versicherungssystem

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

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

BT-Drucksache 18/4153

Im Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Gesundheitsversorgung umfassend verbessern: Patienten und Kommunen stärken, Strukturdefizite beheben, Qualitätsanreize ausbauen“, wird von der Bundesregierung eine Gesetzesvorlage gefordert, die den Kommunen und Regionen eine stärkere Rolle bei der Planung, Steuerung und Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung gibt und Anreize für sektor übergreifende Versorgungsmodelle schafft. Im Zentrum steht eine Versorgungsplanung über alle Sektoren hinweg. Dabei soll auch die Qualität durch Entwicklung von Indikatoren verstärkt messbar gemacht werden und schließlich soll durch eine Neuordnung der Aufgabenteilung zwischen den Gesundheitsberufen Teamarbeit gestärkt werden.

ver.di stellt fest, dass die im Antrag angesprochenen Themen auch die Diskussionen dazu in der Dienstleistungsgewerkschaft widerspiegeln. Allerdings muss dabei darauf geachtet werden, dass die Verlagerung von Steuerungskompetenzen gemeinsam mit der Finanzverantwortung geplant werden. Staatliche Ebenen, wie Kommunen und Regionen, sollten nur parallel zur Finanzverantwortung höhere Planungs- und damit Steuerungskompetenzen erhalten.

Im Übrigen teilt ver.di Auffassung des DGB und hält es für sinnvoll die Einwände im Konzept zu berücksichtigen.

Antrag der Fraktion DIE LINKE

Wohnortnahe Gesundheitsversorgung durch bedarfsorientierte Planung sichern

BT-Drucksache 18/4187

Der Antrag enthält eine Reihe von Maßnahmen, die von der Bedarfsermittlung über Beteiligung an der Selbstverwaltung, Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen bis hin zum Regionalbudget reichen. ver.di teilt weitgehend die dem Antrag zugrundeliegenden Befunde.

ver.di begrüßt es, dass hier die zentralen Themen für die Weiterentwicklung neuer Versorgungsformen und bürgernaher Entscheidung angesprochen werden. Wie der DGB sehen wir die Verknüpfung von Steuer und Finanzverantwortung als notwendig an. Bund und Länder müssen dabei ihren Aufgaben besser als bisher nachkommen. Gerade bei dem Thema Investitionskosten für Krankenhäuser zeigt sich, dass hier kaum ein politisches Vorankommen möglich ist, trotz klarer gesetzlicher Aufgabenzuweisung.

Auch ver.di befürwortet eine sektorenübergreifende Planung. In dem vorgeschlagenen „Gemeinsamen Landesgremium“ sind die Beitragszahlerinnen und –zahler obligatorisch entweder durch die soziale Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen oder die Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften zu beteiligen.

Ebenso ist gesetzlich festzulegen, dass die regionale Versorgungsplanung nur auf Grundlage einer ständig weiter zu entwickelnden regionalen Sozial- und Gesundheitsberichterstattung zu erfolgen hat. Bedeutsam sind dabei die sozialen Determinanten der Gesundheit. Dies würde dazu beitragen, dass die Unschärfen der Begriffe „regionale Besonderheiten“, „Demografie“ und „Morbidity“ bei der Feststellung der notwendigen Bedarfszahlen an primär- und fachärztlicher Grundversorgung verringert werden.

Versichertenvertreter sind Ansprechpartner für die Sorgen und Nöte der Versicherten und haben rechtliche Instrumente zur Lösung von Konflikten zwischen Versicherten und Krankenkassen. Sie setzen sich z. B. in Widerspruchsausschüssen für die Versicherten ein und überprüfen schnell und unbürokratisch Entscheidungen der Krankenkassenverwaltungen. Sie erhalten hier auch wichtige Hinweise beispielsweise für das Qualitätsmanagement ihrer Krankenkasse. All diese Erfahrungen fließen in die Arbeit des Verwaltungsrates ein, der die Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Krankenkasse bestimmt.

Die Versichertenvertreter in der sozialen Selbstverwaltung vertreten die Interessen der Kassenmitglieder und ihrer Angehörigen insgesamt – auch in ihrer Rolle als Patienten. Dabei rücken nicht nur bestimmte Krankheiten in den Brennpunkt, wie zum Beispiel das Thema Diabetes.

Die künstliche Trennung zwischen den Interessen der GKV-Versicherten sowie Patientinnen und Patienten muss aufgehoben werden. Spätestens mit der Einführung von Präventionsleistungen ins SGB V sind auch Versicherte, die nicht Patientinnen und Patienten sind, sowohl von den Leistungsträgern, den Krankenkassen, als auch von den Leistungserbringern abhängig. Die Rechte nicht nur der Patientinnen und Patienten, sondern aller Versicherten in den gesetzlichen Krankenkassen müssen gestärkt werden. Die Trennung zwischen Patienteninteressen und Versicherteninteressen, gibt es so nicht. Dennoch ist festzustellen, dass Patientenstellen und

Selbsthilfeorganisationen niedrigschwellige Beratung und Hilfe im Krankheitsfall bieten können und von daher beratend einbezogen werden sollten. Dies hat ich z.B. auch im Gemeinsamen Bundesausschuss sehr bewährt.

Wir benötigen eine bessere Verteilung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, um das Problem der drohenden Unterversorgung in einigen Gebieten mit dem Abbau von Überkapazitäten bei der niedergelassenen Kassenärztinnen und -ärzten zu lösen:

- a) durch die Verknüpfung von Überversorgung und Honorierung, das heißt die Einführung von Abschlägen, um eine bessere Verteilung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte anzuregen,
- b) durch die Unterteilung von Großstädten in kleinere sozialraumorientierte Planungsbezirke, um Unterversorgung in der ambulanten ärztlichen Versorgung auch in sozial benachteiligten Stadtvierteln zu begegnen,
- c) durch beschränkte Zulassungen für Planungsbereiche ab einem Versorgungsgrad von 100 Prozent sowie
- d) durch die Aufnahme aller Arztgruppen in die Bedarfsplanung und Berechnung des Versorgungsgrades, inkl. weiterer ermächtigter Einrichtungen.

Die im Antrag angesprochene Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf andere Gesundheitsberufe im Wege von Delegation oder Substitution hält auch ver.di für ein wichtiges Thema. Es geht dabei nicht um ein kurzfristiges Füllen von Versorgungslücken, sondern um eine neue Aufgabenteilung zwischen den Gesundheitsfachberufen. Hier müssen althergebrachte Blockaden der Ärzteschaft überwunden werden. Die derzeitige Aufgabenteilung entspricht nicht mehr der Versorgungsrealität. Ausdrücklich weist ver.di jedoch darauf hin, dass die Übertragung von Aufgaben auf andere Berufsgruppen immer Auswirkungen auf die personelle Ausstattung haben muss.