



23.02.2012 | Nr. 083/12

## **Ursula Sassen: zu TOP 11: Die flächendeckende ärztliche Versorgung wird optimiert**

Sperrfrist: Redebeginn!  
Es gilt das gesprochene Wort!

Am 1. Januar 2012 ist das GKV Versorgungsstrukturgesetz in Kraft getreten. Mehr als eineinhalb Jahre haben sich Bund und Länder mit dem Gesetzeswerk auseinandergesetzt.

Schleswig-Holstein hat sich sowohl mit eigenen Anträgen als auch mit Unterstützung von Anträgen anderer Bundesländer eingebracht, um das Ziel der Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten medizinischen Versorgung der Bevölkerung in Schleswig-Holstein zu erreichen.

Auch wenn es viele Kritikpunkte aus den Reihen der gesundheitspolitischen Akteure gab – die Interessenlage ist nun mal sehr unterschiedlich – gibt es auch Lob.

So hat z. B. die Bundesärztekammer (BÄK) in ihrem Mitteilungsblatt von Dezember 2011 verlauten lassen, dass die Inhalte in Teilen zwar hinter den Erwartungen zurückgeblieben seien, aber nach jahrzehntelanger Kostendämpfungspolitik mit diesem Gesetz ein gänzlich anderer Ansatz verfolgt werde. Zitat des Präsidenten der BÄK, Dr. Frank Ulrich Montgomery: „Bei aller Kritik an einzelnen Bestimmungen erkennen wir an, dass die Koalition mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz ernsthafte Schritte gegen den Ärztemangel und für eine bessere Patientenversorgung eingeleitet hat.“

Wer aber das GKV-Versorgungsstrukturgesetz als reines „Landarztgesetz“ abtut, trifft nicht den Kern dieses Gesetzes, da es die Grundlagen für eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung und eine bessere Versorgungssteuerung auf Landesebene schafft.

Bei einer vernünftigen, an den regionalen Gegebenheiten orientierten und kooperativen Zusammenarbeit auf Augenhöhe kann es mit den neuen Möglichkeiten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes gelingen, die sektorenübergreifende Zusammenarbeit patientenorientiert zu optimieren.

Mit dem Gesetzentwurf der Koalitionsfraktionen zur Entwicklung medizinischer Versorgungsstrukturen „Ausführungsgesetz zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz (AG-GKV-VStG) wollen wir ein Gemeinsames Landesgremium im Sinne des § 90a

SGB V errichten, das grundsätzliche Fragen der Bedarfsplanung zur flächendeckenden ärztlichen Versorgung behandelt und auf die Regionen bezogene Versorgungsstrukturen entwickelt. Hierbei soll es Aspekte der fachspezifischen Versorgungslücken und der demographischen Entwicklung berücksichtigen. Das Gemeinsame Landesgremium gibt darüber hinaus Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen ab, so steht es in § 2 unter „Aufgabenstellung“.

§ 3 des Gesetzentwurfs bezieht sich auf die ständigen Mitglieder des Gemeinsamen Landesgremiums. Es wurde eine ausgewogene Beteiligung der Interessenvertreter berücksichtigt.

Das Land führt den Vorsitz und richtet eine Geschäftsstelle ein. Einzelheiten werden in einer Geschäftsordnung geregelt.

Jeder Vertreter hat eine Stimme. Darüber hinaus kann das Gemeinsame Landesgremium die Hinzuziehung von Sachverständigen ohne eigenes Stimmrecht beschließen.

Mit Artikel 2 soll eine Änderung des Gesetzes zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (AG-KHG) dahingehend vorgenommen werden, dass künftig die Kassenärztliche Vereinigung (KVSH) nach § 19A G-KHG als unmittelbar Beteiligte bei Fragestellungen der intersektoralen Zusammenarbeit verankert wird.

Dies war auch schon im Mai 2010 Inhalt eines Prüfantrages der Regierungsfractionen. Wir hielten dies im Zusammenhang mit § 116b SGB V für sinnvoll, um eine bessere Verzahnung von ambulanten und stationären Versorgungsfragen mit einem Stimmrecht der KV-SH als unmittelbar Beteiligte zu erreichen.

Zwischenzeitlich haben sich aufgrund gesetzlicher Vorgaben die Rahmenbedingungen geändert, so dass über Behandlungen nach § 116b SGB V nicht mehr in der bisherigen Beteiligungsrunde nach dem AG-KHG entschieden, sondern dies auf die Selbstverwaltung übertragen wird. Damit werden die Kassenärztliche Vereinigung, der Landesverband der Krankenkassen und die Landeskrankenhausesellschaft die Entscheidung darüber treffen, ob die Voraussetzungen zur ambulanten Behandlung nach § 116b gegeben sind. Daher ist darüber nachzudenken, ob der Artikel 2 unseres Gesetzes noch erforderlich ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) wird bis zum 31.12.2012 neue Richtlinien erarbeiten. Bis dahin bleiben die alten Bestimmungen gültig.

Das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt von Februar 2012 hat auf der Titelseite zum Kongress „Vernetzte Gesundheit“ die Aussage gebracht:  
„Bahr hat geliefert – nun sind die Länder am Zug“.

Unser Gesetzentwurf ist eine Antwort auf diese Aufforderung. Und wie ich Dr. Garg auf dem Kongress „Vernetzte Gesundheit“ verstanden habe, erwartet er eine weitere „Lieferung“ von der Bundesregierung, nämlich ein Entbürokratisierungsgesetz, „weil

der Arzt ins Behandlungszimmer und nicht in die Schreibstube gehört“.