Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(12)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.
15_GKV-VSG
19.03.2015

KZBV Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER

Stellungnahme der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) zum Entwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) BT-Drucks. 18/4095

sowie zu den Anträgen der

Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (BT-Drucks. 18/4153)

sowie der

Fraktion DIE LINKE (BT-Drucks. 18/4099 und 18/4187)

A. Stellungnahme zum Entwurf der Bundesregierung eines GKV-VSG

1. Allgemeine Bewertung

Mit dem Gesetzentwurf sollen im Wesentlichen die Vereinbarungen im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung umgesetzt werden. Die Maßnahmen zielen dabei im Einzelnen im Wesentlichen auf den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung und die in diesem vorausgesetzten tatsächlichen Verhältnisse. Infolge der unverändert gebliebenen Bestimmung in § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V gelten diese Bestimmungen grundsätzlich auch für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung, auch wenn in diesem eventuell andere Gegebenheiten bestehen. Bei manchen Bestimmungen ergibt sich ein demgegenüber auf den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung beschränkter Geltungsbereich der vorgesehenen Normen aus dem Sachzusam-

menhang, wie z.B. bei den vorgesehenen Bestimmungen in § 79 Abs. 3a SGB V-E hinsichtlich der getrennten Abstimmung hinsichtlich des hausärztlichen und des fachärztlichen Versorgungsbereiches innerhalb der Vertreterversammlungen der K(B)Ven oder den vorgesehenen Bestimmungen in § 75a SGB V-E zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. In anderen vorgesehenen Neuregelungen ist eine Beschränkung des Geltungsbereiches auf den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung, wie sie sich aus den unterschiedlichen Gegebenheiten in den Versorgungssektoren ergibt, nicht in dieser Deutlichkeit ausgesprochen. Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten sollte daher in diesen Fällen eine Beschränkung des Geltungsbereiches, ebenso wie z.B. bereits jetzt in § 101 Abs. 6 SGB V jeweils klargestellt werden.

Für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung sind die in § 22a SGB V-E vorgesehenen Bestimmungen zur Einführung eines zahnärztlichen Präventionsmanagements bei Pflegebedürftigen oder Menschen mit Behinderungen ausdrücklich zu begrüßen. Damit wird die erforderliche präventive Versorgung dieser besonders schutzwürdigen Bevölkerungsgruppe verbessert und zugleich Einsparpotentiale für die Solidargemeinschaft begründet. In diesem Zusammenhang ist auch weiterhin die in § 119c SGB V-E vorgesehene Einführung Medizinischer Behandlungszentren für die zahn- und allgemeinmedizinische Behandlung von Erwachsenen mit geistigen Behinderungen und schwerer Mehrfachbehinderungen zu begrüßen. Im Übrigen beschränken KZBV und BZÄK ihre Stellungnahme auf solche vorgesehenen Normen, die voraussichtlich Auswirkungen auch auf den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung haben werden.

2. Zu den vorgesehenen Neuregelungen im Einzelnen

§ 22a SGB V-E
Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen erhalten einen Anspruch auf ein Präventionsmanagement, das sich insbesondere auf die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, Aufklärungsmaßnahmen, Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- bzw. Prothesenpflege sowie die Entfernung harter Zahnbeläge bezieht.

Bewertung:

Die vorgesehene Einführung eines zahnärztlichen Präventionsmanagements für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen wird ausdrücklich begrüßt. Damit knüpft der Gesetzgeber an Maßnahmen an, die er bereits in der Vergangenheit zur Verbesserung der Versorgung u.a. dieser Personengruppen durch die Einführung zusätzlicher Leistungen für die aufsuchende Versorgung in § 87 Abs. 2i und Abs. 2j SGB V getroffen hat. Diese Maßnahmen werden durch die nunmehr vorgesehenen zusätzlichen präventionsorientierten Leistungen bedarfsadäquat ergänzt.

Damit wird sachgerecht auf die deutlich schlechtere Mundgesundheit dieser Hochrisikogruppen für Karies- und Parodontalerkrankungen reagiert. Denn bei diesen Personen besteht in einer Vielzahl von Fällen eine Einschränkung der Möglichkeit zur Mundhygiene und diese erhalten insbesondere in einer Pflegesituation nicht immer die erforderliche professionelle Unterstützung. Daher ist es auch besonders zu begrüßen, dass in § 22a Abs. 1 Satz 3 SGB V-E ausdrücklich eine Einbeziehung der Pflegeperson des Versicherten in die Aufklärung und die Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- bzw. Prothesenpflege vorgesehen ist.

Die besondere Lebenssituation der angesprochenen Versichertengruppe mit dauerhaften Behinderungen oder Pflegebedürftigkeit bedingt eine erhöhte Risikoprävalenz auch bei der Bildung von Zahnstein. Daher ist es zu begrüßen, dass im Rahmen des Präventionsmanagements ausdrücklich auch eine Entfernung harter Zahnbeläge als zusätzliche Leistung für diese Personengruppe vorgesehen ist. Dabei wird die angestrebte Verbesserung der Mundgesundheit dieser Personengruppe allerdings nur dann erreicht werden können, wenn die Zahnsteinentfernung in einer deutlich höheren Frequenz als im Allgemeinen durchgeführt wird. Unter zahnmedizinischen Gesichtspunkten ist daher gegenüber der im Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen generell vorgesehenen Erbringbarkeit dieser Leistung einmal im Jahr, bei dieser Versichertengruppe eine Erbringung einmal im Quartal erforderlich. Dies sollte unmittelbar in der Regelung klargestellt werden, um eine bedarfsgerechte Versorgung insofern sicherzustellen.

Aus diesem Grund und um den Versicherten einen unmittelbaren Leistungsanspruch zu gewährleisten, sollte dieser generell in der gesetzlichen Regelung selbst begründet werden und in seiner Ausgestaltung nicht dem Gemeinsamen Bundesausschuss zugewiesen werden. Ausweislich der Begründung zur vorgesehenen Neufassung von § 22a SGB V wird davon ausgegangen, dass dies auch der tatsächlichen Zielsetzung des Gesetzgebers entspricht, da darin ausgeführt wird, dass dem Gemeinsamen Bundesausschuss „darüber hinaus“ die Aufgabe zur Festlegung des Näheren zu Art und Inhalt der Leistungen übertragen werden soll. Da danach hierzu insbesondere auch die Festlegung weiterer Leistungsinhalte zählen soll, wird vorgeschlagen, § 22a SGB V in Abs. 2 wie folgt zu fassen:

> „(2) Weitere Leistungsinhalte gem. Abs. 1 werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 geregelt.“

Für eine solche Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit der Festlegung weiterer, über den gesetzlich geregelten Leistungsbereich gem. § 22a Abs. 1 SGB V-E hinausgehender Leistungen besteht auch deshalb Veranlassung, weil ebenso wie im Bereich der individualprophylaktischen Leistungen gem. § 22 SGB V für Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, auch bei der prophylaktischen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen zusätzliche Leistungen, insbesondere Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne, regelmäßige Maßnahmen zur speziellen Zahn- bzw. Prothesenreinigung sowie ggf. zur Versiegelung von Fissuren und Grübchen sinnvoll sind. Diese sind aber auf der Grundlage der vorgesehenen gesetzlichen Regelungen nicht unmittelbar als Leistungen der GKV ausgestaltet. Nach der vorgeschlagenen Neufassung von § 22a Abs. 2 SGB V-E soll es aber dem G-BA obliegen, eine nähere Ausgestaltung weitergehender Leistungsansprüche des betreffenden Personenkreises vorzunehmen.

§ 27b SGBV-E
Zweitmeinung

Für mengenanfällige planbare Eingriffe soll ein Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung zur medizinischen Notwendigkeit und Sachgerechtigkeit des Eingriffs begründet werden.

Bewertung:

Die vorgesehenen Neuregelungen betreffen ausschließlich den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung, da ungeachtet der Tatsache, dass dieser Begriff in der Norm nicht näher definiert wird, davon auszugehen ist, dass im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung planbare Eingriffe in diesem Sinne nicht existieren. Hiervon geht offenbar auch der Gesetzgeber aus, da z.B. in der parallel vorgesehenen Neuregelung in § 87 Abs. 2a Satz 7 SGB V-E eine neue Leistungsposition für die Leistungen im Rahmen der Einholung der Zweitmeinungen lediglich für den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen vorgesehen ist. Aus Gründen der Rechtssicherheit sollte ungeachtet dessen in § 27b SGB V-E bzw. zumindest in der diesbezüglichen Begründung eine entsprechende Klarstellung aufgenommen werden.

Des Weiteren bedarf es einer Klarstellung, dass das bisherige Recht auf Zweitmeinung unberührt bleibt und die freie (Zahn-)Arztwahl durch die geplante Regelung nicht eingeschränkt wird.

§ 39 Abs. 1a SGB V-E
Entlassmanagement

Vorgesehen sind konkretisierende Regelungen zum Entlassmanagement beim Übergang eines Versicherten von der stationären in die ambulante Versorgung.

Bewertung:

Auch diese Bestimmungen betreffen wiederum nicht den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung, da im Bereich der Zahnmedizin stationäre Behandlungen seltene Ausnahmefälle darstellen, die auch keine Maßnahmen eines Entlassmanagements, z.B. im Rahmen der Verordnung von Arzneimitteln, erfordern. Hiervon geht offenbar auch der Gesetzgeber aus, da der hierfür vorgesehene Rahmenvertrag alleine von der KBV, nicht aber der KZBV zu schließen ist. Aus Gründen der Rechtssicherheit sollte dieser beschränkte Geltungsbereich der Norm aber zumindest in der diesbezüglichen Begründung ausdrücklich angesprochen werden.

§ 71 SGB V-E
Beitragssatzstabilität

Durch verschiedene Änderungen in den Absätzen 4 bis 6 soll die bisher bestehende Vorlagepflicht hinsichtlich sogenannter Selektivverträge durch eine Übermittlungspflicht und die bisher vorgesehene präventive Vertragsprüfung durch nachgeordnete Maßnahmen der Aufsichtsbehörden bei erheblichen Rechtsverletzungen ersetzt werden.

Bewertung:

Die vorgesehenen Neuregelungen betreffen den Bereich der Vertragsgestaltung der gesetzlichen Krankenkassen und nicht unmittelbar denjenigen der vertragszahnärztlichen Versorgung. Unabhängig davon ist aber festzustellen, dass dadurch die sogenannten Selektivverträge der Krankenkassen aufsichtsrechtlich gegenüber den Vereinbarungen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung noch weitergehend als bereits bisher bessergestellt werden sollen. Denn außerhalb des Bereiches der sogenannten Selektivverträge sind alle Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung vorab den jeweiligen Aufsichtsbehörden vorzulegen, die diese innerhalb von zwei Monaten beanstanden können. Dies gilt auch nach der vorgesehenen Neufassung von § 71 Abs. 4 SGB V hinsichtlich sämtlicher Vergütungsverträge sowie gem. § 87 Abs. 6 Satz 2 SGB V für die Beschlüsse der Bewertungsausschüsse und gem. § 94 Abs. 1 Satz 2 SGB V für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Richtlinien.

Angesichts der Tatsache, dass die sogenannten Selektivverträge in weitem Maße an die Stelle der gesetzlichen bzw. vertraglichen Regelungen im Rahmen der vertrags-(zahn-)ärztlichen Versorgung treten können und die Abschlusskompetenzen und Regelungsmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen durch die diesbezüglich weiterhin vorgesehenen Neufassungen in § 140a SGB V-E noch weiter ausgedehnt werden sollen, ist keine sachliche Begründung dafür ersichtlich, diese parallelen vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen aufsichtsrechtlich unterschiedlich zu behandeln. Soweit im Übrigen an der präventiven Beanstandungsmöglichkeit festgehalten wird, führt diese zudem zumindest faktisch dazu, dass untergesetzliche Rechtsnormen im Bereich der vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung erst nach Vorlage einer Bestätigung durch die

jeweilige Aufsichtsbehörde Inkrafttreten können, wohingegen Selektivverträge zukünftig infolge der lediglich nachgelagerten Prüfung im Rahmen der allgemeinen Rechtsaufsicht sofort Inkrafttreten können. Alleine dadurch wird ein erheblicher, sachlich durch nichts begründeter Wettbewerbsvorteil der Selektivverträge gegenüber den allgemeinen Rechtsnormgestaltungen im Bereich der vertrags-(zahn-)ärztlichen Versorgung begründet.

Gerade im Hinblick auf den weitreichenden, nahezu den gesamten Normbereich der vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung umfassenden Regelungsbereich der Selektivverträge muss es umso mehr überraschen, dass der Gesetzgeber insofern noch weitere Abschwächungen des Aufsichtsrechtes vorsieht, wohingegen er auch gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen für den vergleichsweise marginalen Bereich der Dienstverträge mit Vorstandsmitgliedern in den § 79 Abs. 6 Satz 1 SGB V i.V.m. § 35a Abs. 6a SGB IV rigide Bestimmungen nicht nur hinsichtlich einer Vorlagepflicht, sondern zum Erfordernis einer vorherigen, ausdrücklichen Zustimmung der Aufsichtsbehörde für die Wirksamkeit jedes Abschlusses, jeder Verlängerung oder jeder Änderung eines Vorstandsdienstvertrages vorgesehen hat. Wenn unter dem Gesichtspunkt der in der Begründung zur vorgesehenen Neufassung von § 71 Abs. 4 SGB V-E angesprochenen Beschleunigung des Verfahrens selbst bei Abschluss von Selektivverträgen, die nach der augenblicklichen Fassung z.B. von § 73c Abs. 1 Satz 2 SGB V und ausweislich der Begründung zur vorgesehenen Neufassung der Regelungen in § 140a SGB V-E auch zukünftig nicht nur die gesamte ambulante ärztliche Versorgung umfassen können, sondern mit denen ausdrücklich eine „bevölkerungsbezogene Flächendeckung durch Einzelverträge“ erreicht werden soll, ist nicht nachvollziehbar, dass auf vertragliche Regelungen, die ein wesentlich geringeres finanzielles Volumen betreffen und keinerlei unmittelbare Auswirkungen auf die medizinische Versorgung der GKV-Versicherten entfalten, wesentlich weitergehende aufsichtsrechtliche Maßnahmen Anwendung finden sollen, die im Gegenteil zu erheblichen Verlängerungen der Verfahren zum Vertragsschluss führen.

§ 87b SGB V-E
Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)

Durch die Einfügung eines Satzes 4 in § 87b Abs. 2 SGB V soll hinsichtlich des Verteilungsmaßstabes für ärztliche Leistungen bestimmt werden, dass darin keine

Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars für anästhesiologische Leistungen angewandt werden dürfen, die im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie notwendig sind.

Bewertung:

Die vorgesehene Neuregelung ist grundsätzlich zu begrüßen, denn damit wird auf die besonderen Probleme bei der Behandlung Pflegebedürftiger und Menschen mit Behinderungen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung reagiert. Diese wird u.a. dadurch charakterisiert, dass eine ambulante zahnärztliche Behandlung solcher Patienten wegen deren besonderer Situation oftmals nur unter gleichzeitiger Inanspruchnahme anästhesiologischer Leistungen möglich ist. Da die Durchführung der zahnärztlichen Behandlung in der Regel eine besondere Infrastruktur voraussetzt, die nur in der zahnärztlichen Praxis vorhanden ist, setzen solche Behandlungen daher in aller Regel die Erbringung anästhesiologischer Leistungen in dieser voraus.

KZBV und BZÄK haben bereits seit Jahren auf die erheblichen Probleme bei der Versorgung solcher Patienten hingewiesen, die nicht aus dem Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung resultieren, da in dieser auch eine Versorgung solcher Patienten in jedem Fall sichergestellt ist. Versorgungsdefizite ergeben sich vielmehr alleine dadurch, dass eine Sicherstellung der dabei ggf. erforderlichen anästhesiologischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht gewährleistet ist. Dies ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass die Vergütungen für diese Leistungen infolge verschiedener vergütungsregulierender Maßnahmen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung nicht in jedem Falle als ausreichend angesehen werden und daher Anästhesisten für die Erbringung dieser Leistungen in der vertragszahnärztlichen Praxis nicht in der erforderlichen Zahl zur Verfügung stehen.

KZBV und BZÄK haben sich in den zurückliegenden Jahren sowohl gegenüber dem Bewertungsausschuss für die ärztlichen Leistungen als auch gegenüber der KBV und dem Gesetzgeber für eine Befreiung der entsprechenden Narkoseleistungen von den Beschränkungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen im ärztlichen Bereich eingesetzt. Diese sind allerdings nur teilweise aufgegriffen

worden. Lediglich beispielhaft kann insofern auf einen Beschluss des Bewertungsausschusses verwiesen werden, aufgrund dessen mit Wirkung zum 01.07.2009 die Vergütung von Anästhesieleistungen nach Kapitel 5.3 EBM aus den arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina herausgenommen worden ist. Diese bis zum 30.06.2010 geltende Regelung wurde jedoch durch einen weiteren Beschluss des Bewertungsausschusses mit Wirkung zum 01.07.2010 wieder zurückgenommen. Bis heute werden KZBV und BZÄK von Zahnärzten und Anästhesiologen, die entsprechende Behandlungen durchführen, auf die weiterhin inadäquate Vergütung bei zahnmedizinischen Behandlungen, insbesondere bei Menschen mit Behinderungen, aufmerksam gemacht.

Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Gesamtvertragspartner im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung insofern offenbar auch nicht von ihrer grundsätzlichen Möglichkeit Gebrauch gemacht haben, gem. § 87a Abs. 3 Satz 5 zweiter Halbsatz SGB V zu vereinbaren, dass anästhesiologische Leistungen in diesen Fallgestaltungen ebenfalls außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden, da sie besonders gefördert werden sollen bzw. weil dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.

Auch ausweislich der Begründung zielt die gesetzliche Neureglung auf eine Beseitigung bzw. zumindest Reduzierung dieser Versorgungsdefizite. Diese Zielsetzung wird sich allerdings voraussichtlich aus zwei Gründen nicht erreichen lassen.

1. Die vorgesehene Bestimmung beschränkt sich auf eine Herausnahme anästhesiologischer Leistungen im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen aus vergütungsbegrenzenden Maßnahmen innerhalb des Verteilungsmaßstabes. Dadurch werden gezielte Bestimmungen im Verteilungsmaßstab zur Begrenzung gerade anästhesiologischer Leistungen ausgeschlossen. Dies kann allerdings nicht verhindern, dass durch allgemeine Maßnahmen im Verteilungsmaßstab, die somit gerade nicht speziell auf anästhesiologische Leistungen zielen, eine solche Honorarbegrenzung oder - minderung eintritt, das die Erbringung weiterer Leistungen generell und damit nicht speziell von anästhesiologischen Leistungen für den betroffenen Ver-

tragszahnarzt wirtschaftlich uninteressant wird. Dies ist ggf. darauf zurückzuführen, dass die vorgesehene Regelung alleine bei der Honorarverteilung ansetzt, die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung selbst aber unverändert belässt. Dadurch werden zwar faktische Leistungsbegrenzungen durch gezielte Maßnahmen der Honorarverteilung nur für anästhesiologische Leistungen verhindert, nicht aber solche, die sich nicht speziell auf diese Leistungen beziehen, unabhängig davon aber im Ergebnis identische Leistungseinschränkungen zur Folge haben.

2. Der vorgesehene Ausschluss honorarbegrenzender oder mindernder Regelungen im Honorarverteilungsmaßstab soll nicht generell für alle anästhesiologischen Leistungen im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen, sondern nur für solche gelten, die sich auf Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie beziehen. Ausweislich der diesbezüglichen Begründung wird bei der Abgrenzung der Patientengruppe, die von diesen Bestimmungen profitieren würde, auf Regelungen im EBM abgestellt. Die Norm zielt allerdings auf eine Verbesserung der vertragszahnärztlichen Versorgung der entsprechenden Patientengruppe. Der Behandlungsanlass resultiert in den vorliegenden Fallgestaltungen auch nicht aus dem Bereich der vertragsärztlichen, sondern alleine der vertragszahnärztlichen Versorgung, so dass dieser auch nur vom Vertragszahnarzt festgestellt werden kann. Der Vertragszahnarzt ist dabei aber nicht in der Lage, fachlich zu beurteilen und damit vorherzusagen, wie im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung die Voraussetzungen für die Abrechnung derartiger Leistungen grundsätzlich und dann unter Anwendung der vorgesehenen Neuregelung außerhalb spezieller honorarbegrenzender Regelungen im HVM bewertet werden. Somit würde eine Abhängigkeit der Durchführbarkeit erforderlicher vertragszahnärztlicher Versorgungen von den Bewertungen hinsichtlich der Abrechenbarkeit vertragsärztlicher Leistungen begründet, was wiederum einer zeitnahen und flächendeckenden Versorgung entgegenstehen würde.

   Zudem bestehen die Versorgungsdefizite im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung nicht alleine in Fällen der geistigen Behinderung bzw. von schweren Dyskinesien von Patienten, sondern generell sowohl im Bereich der Alters- und Behindertenbehandlung, so dass eine eindeutige, das Patientenkli-

entel sachgerecht eingrenzende und für alle Beteiligten klar abgrenzbare Umschreibung des betroffenen Patientenkreises erfolgen sollte. Dadurch sollte zudem sichergestellt werden, dass die Erbringbarkeit der erforderlichen vertragszahnärztlichen Leistungen nicht von fachlichen Voraussetzungen abhängig gemacht wird, die alleine aus dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung resultieren und daher auch nur in diesem Bereich beurteilt werden können. Hierfür bietet es sich an, an den eingeführten Abgrenzungen vergleichbarer Versichertenkreise in § 87 Abs. 2i und j SGB V hinsichtlich der aufsuchenden Versorgung im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung anzuknüpfen. Denn die dort vorgesehenen Abgrenzungen sind objektivierbar an bestimmten formalen Kriterien orientiert, die ggf. vom Vertragszahnarzt unmittelbar überprüft werden können, so dass dieser auf dieser Grundlage sowohl dem Patienten als auch dem ggf. hinzugezogenen Anästhesiologen die Sicherheit vermitteln kann, dass die erforderlichen anästhesistischen Leistungen in seiner Praxis erbracht werden können und auch sachgerecht vergütet werden.

Um eine flächendeckende vertragszahnärztliche Versorgung insbesondere für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen sicherzustellen, wird daher zunächst vorgeschlagen, die angesprochenen anästhesiologischen Leistungen nicht alleine im Bereich der Honorarverteilung besonders zu berücksichtigen, sondern durch eine entsprechende Neuregelung hinsichtlich der morbiditätsbedingten vertragsärztlichen Gesamtvergütungen eine angemessene Honorierung derartiger Leistungen in jedem Falle sicherzustellen. Insofern bestimmt bereits jetzt § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V, dass vertragsärztliche Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit außerhalb der vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung gem. § 87a Abs. 2 SGB V zu vergüten sind. Es wird daher gefordert, in den genannten Fallgestaltungen an dieser Bestimmung anzuknüpfen und diese wie folgt zu ergänzen:

„In § 87a Abs. 3 Satz 5 wird nach dem Wort „Bundesausschusses“ folgender Text eingefügt:

„, sowie anästhesiologische Leistungen, die im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen von Versicherten, die einer Pflegestufe nach § 19 SGB XI zugeordnet sind, Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII

erhalten oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI eingeschränkt sind““

Damit würde eine anästhesiologische Versorgung im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen gerade auch für einen Versichertenkreis ermöglicht, für den der Gesetzgeber in § 87 Abs. 2i und j SGB V bereits seit Längerem besondere Förderungsmaßnahmen hinsichtlich der aufsuchenden Versorgung geregelt hat.

§ 92a SGB V-E
Innovationsfonds

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss soll die zusätzliche Aufgabe zugewiesen werden, neue Versorgungsformen sowie die Versorgungsforschung zu fördern, sofern die jeweiligen Vertragsinhalte hinreichendes Potential aufweisen, in die Regelversorgung überführt zu werden.

Bewertung:

Die Zielsetzung einer verstärkten öffentlichen Förderung neuer Versorgungsformen bzw. der Versorgungsforschung wird grundsätzlich begrüßt. In der vorgesehenen Norm werden die Förderungsvoraussetzungen allerdings unterschiedlich definiert. Insbesondere sind diejenigen für die Förderung neuer Versorgungsformen weitergehend als diejenigen hinsichtlich der Versorgungsforschung. Denn in § 92a Abs. 1 Satz 2 SGB V-E soll bestimmt werden, dass neue Versorgungsformen insbesondere dann gefördert werden sollen, wenn diese einen sektorenübergreifenden Ansatz enthalten. Auch wenn sektorspezifische Förderungen dadurch nicht vollständig ausgeschlossen werden, würden diese dadurch jedenfalls aber als nachrangig diskreditiert. Dies betrifft insbesondere den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung, da bekanntlich in diesem sektorüberschreitende Versorgungsformen, so z.B. Behandlungen, die (auch) im stationären Sektor ganz oder teilweise durchgeführt werden, sehr seltene Ausnahmefälle darstellen.

Auch innerhalb des Sektors der vertragszahnärztlichen Versorgung sind aber Erprobungen neuer Versorgungsformen denkbar, die im Rahmen der vorgesehenen Verfahren gem. § 92a Abs. 1 SGB V-E dann allenfalls nachträglich berücksichti-

gungsfähig wären. Zu verweisen ist dabei aktuell auf die sich zurzeit gerade entwickelnden Vertragsstrukturen im Rahmen der aufsuchenden Versorgung zur ambulanten Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen gem. § 119b i.V.m. § 87 Abs. 2j SGB V bzw. der aufsuchenden Versorgung von Pflegebedürftigen bzw. Menschen mit Behinderungen gem. § 87 Abs. 2i SGB V. Auch die in diesem Referentenentwurf vorgesehenen Neuregelungen in § 22a SGB V zu Leistungen des Präventionsmanagements bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen verdeutlichen neue Entwicklungen in der Bedarfs- und Versorgungsstruktur, die sich, ebenso wie z.B. weitergehende Maßnahmen im Bereich der frühkindlichen Vorsorge, für entsprechende Erprobungen anbieten. Um einen gleichmäßigen Zugang zu den Fördermitteln zu gewährleisten, sollte daher auf die bevorzugte Behandlung solcher Vorhaben, die einen sektorenübergreifenden Ansatz enthalten, in § 92a Abs. 1 Satz 2 SGB V-E verzichtet werden.

Dies gilt ebenso hinsichtlich der ferner in § 92a Abs. 1 Satz 7 SGB V-E vorgesehenen Bestimmung, wonach bei der Antragstellung in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen ist. Ausweislich der diesbezüglichen Begründung soll dadurch sichergestellt werden, dass nur solche Vorhaben gefordert werden, die der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung dienen.

Nach ihrem Wortlaut ist die Norm so zu verstehen, dass zwar bei der formalen Antragstellung beim G-BA, nicht aber bei der nachfolgenden konkreten Erprobung der neuen Versorgungsform eine Krankenkasse zu beteiligen ist. Dann würde aber die bloß formale Beteiligung einer Krankenkasse bei der Antragstellung keine Gewähr dafür bieten können, dass das jeweilige Vorhaben auch tatsächlich der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung dient bzw. dienen kann, was im Rahmen der Förderung gerade erst überprüft werden soll. Im Ergebnis würde damit die Förderung durch den G-BA auf solche Versorgungsformen beschränkt werden, die von den gesetzlichen Krankenkassen, zumindest aber von einer Krankenkasse, aktiv verfolgt werden, während von Dritten entwickelte, eventuell besonders innovative neue Versorgungsformen, von einer Förderung durch den G-BA von vorneherein mehr oder weniger ausgeschlossen wären.

Dadurch würde zudem die zuvor in § 92a Abs. 1 Satz 6 SGB V-E vorgesehene Antragstellung durch andere Personen bzw. Organisationen als gesetzliche Krankenkassen weitgehend leerlaufen, da sie für eine wirksame Antragstellung in der

Regel die Beteiligung einer Krankenkasse erreichen müssten. Den gesetzlichen Krankenkassen würde damit im Ergebnis eine vorgelagerte Entscheidungskompetenz über neue Versorgungsformen zugewiesen, ohne dass der Gemeinsame Bundesausschuss in der Regel eine eigene Beurteilung der Förderung der jeweiligen Versorgungsform vornehmen könnte.

Da derartige Anforderungen hinsichtlich der Förderung der Versorgungsforschung in § 92a Abs. 2 SGB V-E nicht vorgesehen sind, sollte auf diese zur Gewährleistung gleicher Förderungsanforderungen in beiden Bereichen auch hinsichtlich der Förderung neuer Versorgungsformen verzichtet werden.

Soweit in der Begründung zur vorgesehenen Neufassung von § 92a SGB V als Förderschwerpunkte u.a. Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen angesprochen werden, ist grundsätzlich festzuhalten, dass die Flexibilisierung der Rahmenbedingungen für die Tätigkeit in der vertragszahnärztlichen Versorgung grundsätzlich begrüßt wird. Eine Übertragung zahnärztlicher Tätigkeiten auf andere Personen zur selbständigen Ausübung (Substitution) wird jedoch für den (zahn-)ärztlichen Bereich auch in Modellvorhaben für nicht förderungswürdig angesehen. Einer im Regierungsentwurf benannte erforderliche Änderung der berufsrechtlichen Regelungen bedarf es nicht und wird abgelehnt. Durch die Substitution von Leistungen wird sowohl der Schutz der Patienten als auch die Qualitätssicherung untergraben und gefährdet. Zahnärztliche Leistungen müssen der Zahnärztin und dem Zahnarzt vorbehalten bleiben.

§ 92b SGB V-E

Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Zur Durchführung der Förderung soll beim Gemeinsamen Bundesausschuss ein Innovationsausschuss eingerichtet werden, der in Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung festlegt und über die eingehenden Anträge auf Förderung entscheidet.

Bewertung:

In § 92b Abs. 1 Satz 2 SGB V-E soll die Besetzung des Innovationsausschusses gesetzlich geregelt werden. Danach sollen diesem drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannte Mitglieder des Beschlussgremiums nach § 91 Abs. 2 SGB V, jeweils ein von der KBV, der KZBV und der DKG benanntes Mitglied des Beschlussgremiums nach § 91 Abs. 2 SGB V, der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie zwei Vertreter des BMG und ein Vertreter des BMBF angehören.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei dem Innovationsausschuss um einen Ausschuss des G-BA handelt, dem die Durchführung einer gesetzlichen Aufgabe des G-BA gem. § 92a Abs. 1 und 2 SGB V-E obliegt. Beim Gemeinsamen Bundesausschuss handelt es sich auch um eine eigenständige Organisation, die gem. § 91 Abs. 1 SGB V von den KBVen, der DKG und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gebildet wird. Das BMG und das BMBF sind dagegen weder Trägerorganisationen noch sonstige Mitglieder des G-BA und daher kommt dem BMG dem G-BA gegenüber gemäß der diesbezüglichen Rechtsprechung des BSG auch lediglich die Kompetenz zur Rechts-, nicht aber zur Fachaufsicht zu.

Vor diesem Hintergrund ist die vorgesehene Einbeziehung des BMG und des BMBF unter Einräumung eines Mitentscheidungsrechts in einem Ausschuss des G-BA abzulehnen. Entgegen der diesbezüglichen Begründung ist eine solche Beteiligung auch nicht bereits deshalb erforderlich, weil die Überführung der Ergebnisse der Förderung eventuell eine Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen erfordern kann, die vom BMG zu initiieren wäre. Denn dies trifft auf alle tatsächlichen Entwicklungen zu, die seitens des BMG zur Grundlage einer Initiierung gesetzlicher Neuregelungen gemacht werden sollen. Auch soweit eine möglichst zeitnahe Umsetzung eventueller Ergebnisse der Förderungen in Weiterentwicklungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen als sinnvoll erachtet wird, ist dies eine Frage der Ergebnisse der Förderung, nicht aber eine solche der Entscheidung über die Durchführung einer Förderung dem Grunde nach. Auch für eine solche Zielsetzung reicht daher eine zeitnahe und vollständige Information des BMG über den Verlauf und die Ergebnisse der vom G-BA autonom beschlossenen Fördermaßnahmen aus, um eine eventuell kurzfristig als sinnvoll oder not-

wendig angesehene Umsetzung in veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen zu gewährleisten. Die Notwendigkeit einer noch darüber hinausgehenden Beteiligung auch des BMBF wird in der Begründung bezeichnenderweise mit keinem Wort näher erläutert.

§ 95 SGB V-E
Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Durch Änderung in Abs. 1 sollen zukünftig auch fachgebietsidentische Medizinische Versorgungszentren zugelassen werden können. Durch eine Ergänzung in Abs. 3 sollen zudem die Kassenärztlichen Vereinigungen beauftragt werden, die Einhaltung der Versorgungsaufträge zu prüfen.

Bewertung:

Abs. 1:
Bei der erstmaligen Einführung Medizinischer Versorgungszentren durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003 wurde das Ziel verfolgt, die enge Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete untereinander sowie mit nichtärztlichen Leistungserbringern zu erleichtern und jungen Ärzten eine weitere Möglichkeit zu bieten, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen zu können, ohne die mit einer Praxisgründung verbundenen wirtschaftlichen Risiken eingehen zu müssen. Insgesamt sollte dadurch die Möglichkeit geboten werden, eine Versorgung „aus einer Hand“ anzubieten.

Diese Zielsetzungen werden mit der vorgesehenen Neuregelung aufgegeben. Denn danach würde sich ein Medizinisches Versorgungszentrum in seinem Leistungsspektrum nicht mehr von einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einer Praxisgemeinschaft unterscheiden und für den Versicherten keine Verbesserung der Versorgungsmöglichkeiten bewirken.

Auch wenn dies in der diesbezüglichen Begründung nicht ausdrücklich thematisiert wird, haben die angesprochenen sowie weitere vorgesehene Änderungen wie z.B. die Gründungsmöglichkeit von Medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen zur Folge, dass die Bildung solcher Zentren ausdrücklich erleichtert und dadurch gefördert wird. Eine Notwendigkeit hierfür ist aber weder ersichtlich

noch wird sie im Regierungsentwurf auch nur angesprochen. Beschäftigungsmöglichkeiten für Zahnärzte in Anstellungsverhältnissen bestehen nicht nur in Medizinischen Versorgungszentren, sondern wie bereits immer naturgemäß auch in vertragszahnärztlichen Praxen, und dabei auch in größeren Berufsausübungsgemeinschaften, die sich in ihrer Struktur und ihrem Leistungsangebot nunmehr von Medizinischen Versorgungszentren in keiner Weise mehr unterscheiden müssen. Es ist daher auch nicht ersichtlich, inwiefern gerade durch die Förderung der Betätigungsform in Medizinischen Versorgungszentren eine Erleichterung der zahnärztlichen Tätigkeit in Anstellungsverhältnissen erreicht werden soll.

Die mit der vorgesehenen Neuregelung weiterhin verbundene Förderung der Tätigkeit von Zahnärzten in Anstellungsverhältnissen widerspricht auch grundlegend dem Selbstverständnis des Berufstandes. Bereits gem. § 2 Abs. 1 MBO/BZÄK ist der zahnärztliche Beruf seiner Natur nach ein freier Beruf, der aufgrund besonderer beruflicher Qualifikation persönlich, eigenverantwortlich und fachlich unabhängig in Diagnose- und Therapiefreiheit ausgeübt wird. Auch gem. § 32 Abs. 1 Satz 1 ZV-Z hat der Vertragszahnarzt die vertragszahnärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben. Nur der selbständig tätige Zahnarzt ist auch unmittelbar seinem Patienten für eine qualitativ hochstehende zahnmedizinische Versorgung verantwortlich. Die freiberufliche Tätigkeit in selbständig geführten Praxen hat bisher auch in strukturschwachen Gebieten eine wohnortnahe, flächendeckende Versorgung sichergestellt.

Demgegenüber erfolgt durch die vorgesehene Neuregelung zugleich eine Förderung der Zentralisierung der Versorgung, was der Zielsetzung einer möglichst flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung gerade entgegensteht. Dabei wird nicht verkannt, dass gerade in strukturschwachen Gebieten insbesondere im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung Versorgungsdefizite bestehen bzw. entstehen können und dass insofern auch eine zunehmende Zentralisierung der Wohnbevölkerung in Städten zu beobachten ist. Die gerade in dieser Situation notwendige Sicherstellung einer Versorgung auch in stadtfernen Wohngebieten wird durch die besondere Förderung einer Zentralisierung der (zahn-)ärztlichen Versorgung nicht gefördert, sondern im Gegenteil gerade erschwert, da derartige Zentren, die darauf angelegt sind, dass in ihnen eine Vielzahl von Leistungserbringern tätig ist, auf einen entsprechend großen Versichertenkreis angewiesen sind, um wirtschaftlich betrieben werden zu können. Daher wird durch die vorge-

sehenen Neuregelungen insofern ein falscher Ansatz zur weiteren Zentralisierung auch der Versorgungsangebote gesetzt, der einer wohnortnahmen Versorgung gerade entgegensteht.

KZBV und BZÄK erwarten vor diesem Hintergrund daher von der vorgesehenen gesetzlichen Neuregelung insgesamt keine Verbesserung im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung. Im Gegenteil wird damit im weitergehenden Maße als bisher die Möglichkeit für marktwirtschaftlich organisierte Gesellschaften vergrößert, an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilzunehmen und dabei eventuell andere ökonomische Zielsetzungen und Behandlungskonzepte zu verfolgen als niedergelassene Vertragszahnärzte.

Abs. 3:

Die vorgesehene Prüfung der Einhaltung der Versorgungsaufträge wird jedenfalls für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung abgelehnt. Ausweislich der diesbezüglichen Begründung haben die KVen diese Prüfungen insbesondere anhand der ihnen vorliegenden Leistungsdaten zu prüfen. Bei Verstößen sollen disziplinarische Maßnahmen ergriffen werden. Hierdurch solle sichergestellt werden, dass die betreffenden Vertragsärzte in jeweils vorgegebenem Umfang zur Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen.

Die Hinweise in der Begründung in diesem Kontext auch auf die Errichtung einer Terminservicestelle gem. § 75 Abs. 1a SGB V-E, aber auch die dieser Bestimmung offenbar zugrundeliegende Vorstellung, jeder zugelassene Vertragsarzt müsse eine ganz bestimmte Leistungsmenge erbringen, um damit die Einhaltung seines Versorgungsauftrages gegenüber der KV dokumentieren zu können, legt zunächst die Vermutung nahe, dass auch diese Norm sich nur auf den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung beziehen soll. Sollte dies den Zielsetzungen entsprechen, müsste dies durch eine entsprechende Bestimmung in der Neufassung von Abs. 3 eindeutig klargestellt werden.

Unabhängig davon ist darauf zu verweisen, dass eine solche Überprüfungspflicht jedenfalls im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung ins Leere laufen würde und die damit verbundenen Zielsetzungen nicht erreichen könnte. Denn aus dem Versorgungsauftrag folgt zwar bereits gem. § 19a Abs. 1 ZV-Z grundsätzlich die Verpflichtung des Vertragszahnarztes, seine Arbeitskraft hierfür in vol-

lem Umfang einzusetzen, sofern nicht zulässige Nebentätigkeiten ausgeübt werden, die sich nach der diesbezüglichen Rechtsprechung des BSG etwa an einem Zeitrahmen von 13 Wochenstunden bei einem vollen Versorgungsauftrag orientieren. Auch daraus kann aber keine Verpflichtung abgeleitet werden, für einen ganz bestimmten, gesetzlich nicht definierten Minimalzeitraum vertragszahnärztliche Leistungen zu erbringen und dabei ein ganz bestimmtes Leistungsvolumen zu erreichen.

Zudem entspricht es langjähriger Erfahrung, dass vertragszahnärztliche Praxen zulässigerweise unterschiedliche Leistungsvolumina aufweisen können. Aus einem unterdurchschnittlichen Leistungsvolumen kann aber alleine nicht auf einen Verstoß gegen den Versorgungsauftrag geschlossen werden, da dieser gerade nicht auf die Erbringung eines ganz bestimmten Leistungsvolumens, sondern lediglich auf die Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung unter Einsatz der im Grundsatz ganzen Arbeitskraft gerichtet ist. Unterdurchschnittliche Leistungsvolumina können daher zwar durchaus ihre Ursache in einer unzureichenden Wahrnehmung des Versorgungsauftrages haben, können aber ggf. auch auf andere Umstände zurückzuführen sein. So z.B. auf eine unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Vertragszahnärzte, einer unterschiedlichen Praxisstruktur bzw. unterschiedliche Leistungsangebote und diesbezügliche Unterschiede im Nachfrageverhalten der in der jeweiligen Praxis tatsächlich behandelten Versicherten.

Anders als im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung (vgl. § 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V) sind die vertragszahnärztlichen Leistungen auch im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen nicht mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand zu versehen, da vertragszahnärztliche Leistungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten und für unterschiedliche Zeiträume abgerechnet werden können und die Vergütungen zum Teil als Komplexpauschalen ausgestaltet worden sind, die zeitabschnittsweise abgerechnet werden können, unabhängig davon, ob und wie viele vertragszahnärztliche Leistungen in dem jeweiligen Abrechnungszeitraum tatsächlich erbracht worden sind. Selbst soweit den Bestimmungen in der Zulassungsverordnung eine Verpflichtung entnommen werden könnte, eine bestimmte Zeit in der Praxis für eine eventuelle Leistungserbringung zur Verfügung zu stehen (so z.B. LSG Bayern, NZS 14, 518), ließe sich die Einhaltung dieser (unterstellten) Verpflichtung daher jedenfalls alleine anhand der Leistungsabrechnungsdaten nicht überprüfen.

§ 106a Abs. 4 SGB V-E
Abrechnungsprüfung

Durch eine Ergänzung von § 106a Abs. 4 SGB V soll bestimmt werden, dass dann, wenn ein Prüfantrag der Krankenkassen von der KZV nicht innerhalb von sechs Monaten bearbeitet wird, die Krankenkasse einen Betrag in Höhe der sich unter Zugrundelegung des Antrages ergebenden Honorarberichtigung auf die zu zahlende Gesamtvergütung anrechnen kann. Ausweislich der Begründung soll dadurch sichergestellt werden, dass die Prüfanträge in einem angemessenen Zeitraum bearbeitet werden.

Bewertung:

Die vorgesehene Neuregelung korrespondiert mit entsprechenden Bestimmungen in § 17 Abs. 1 EKV-Z. Danach berechtigen Berichtigungsanträge, die nicht innerhalb von sechs Monaten bearbeitet worden sind die Ersatzkasse zur Einbehaltung von 75 v.H. der mit den Berichtigungsanträgen geltend gemachten Forderungen. Berichtigungsanträge, die nicht innerhalb von weiteren zwölf Monaten bearbeitet worden sind, berechtigen die Ersatzkassen zur Einbehaltung von weiteren 25 v.H.. Dementsprechend ist die vorgesehene Bearbeitungsfrist von sechs Monaten grundsätzlich als sachgerecht anzusehen. Allerdings sollte zur Sicherstellung der ggf. erforderlichen Dauer des Verwaltungsverfahrens, z.B. dann, wenn in diesem weitere Ermittlungen erforderlich sind, entsprechend der Bestimmung im EKV-Z ein stufenweises Einbehaltungsrecht der Krankenkassen vorgesehen werden.

Zudem sollte zumindest in der Begründung klargestellt werden, dass das vorgesehene Recht zur Anrechnung nicht zum endgültigen Einbehalt der jeweiligen Beträge, unabhängig von der weiteren Durchführung der Prüfverfahren und deren Ergebnis, sondern nur zu Sicherheitseinbehalten berechtigt, die zurückzugewähren sind, wenn die Bearbeitung abgeschlossen worden ist (vgl. SG Marburg, Urteil vom 27.11.2013, S 12 KA 122/12). Dies ist sowohl geboten als auch sachgerecht, weil die vorgesehenen Anrechnungen ansonsten zu einer endgültigen Reduzierung der von den Gesamtvertragspartnern vereinbarten Gesamtvergütungen führen würden, und dies auch dann, wenn sich die zugrundeliegenden Prüfanträ-

ge schließlich rechtskräftig als unbegründet erweisen sollten. Eine solche, nicht durch Aspekte der Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung, sondern gemäß der diesbezüglichen Begründung alleine mit Aspekten der Verfahrensbeschleunigung begründete Reduzierung der Gesamtvergütungen wäre aber auch bereits deshalb nicht sachgerecht, weil dadurch die jeweils antragstellenden Krankenkassen bereits endgültig die von ihnen angestrebte finanzielle Besserstellung erreicht und daher kein wirtschaftliches Interesse mehr am rechtskräftigen Abschluss der Prüfverfahren hätten. Entsprechendes würde auch hinsichtlich der die Prüfungen durchführenden KZVen gelten, da danach auch für diese die Reduzierung der Gesamtvergütungen endgültig feststehen würde, unabhängig davon, zu welchem Ergebnis die weitere Durchführung des Prüfungsverfahrens führt. Auch auf Seiten der KZV wäre daher das Ergebnis des Prüfverfahrens wirtschaftlich unerheblich. Dies würde dann ebenso hinsichtlich dessen weiterer Dauer gelten, so dass durch die Annahme eines dauerhaften Anrechnungsrechtes die Zielsetzung des Gesetzgebers, eine Bearbeitung der Prüfanträge in einem angemessenen Zeitraum sicherzustellen, gerade konterkariert würde.

§ 106b SGB V-E
Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

Die Neuregelung sieht die kurzfristige Vereinbarung spezieller Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfungen in allen Bereichen ärztlich verordneter Leistungen vor. Ergänzend sollen auch die Bundesmantelvertragspartner im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung zur kurzfristigen Vereinbarung einheitlicher Rahmenvorgaben für diese Prüfungen verpflichtet werden.

Bewertung:

Die Regelung zielt ersichtlich auf den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung ab, in dem entsprechende Verordnungen einen wesentlichen Bestandteil der Versorgung ausmachen. Dies wird bereits im vorgesehenen Normtext u.a. durch die Bezugnahme in § 106b Abs. 4 Nrn. 1 und 2 SGB V-E auf die §§ 32 Abs. 1a Satz 1, 130a Abs. 8 SGB V deutlich, die sich auf Verfahren beziehen, die im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung keine Bedeutung erlangen. Ebenso sollen die Bundesmantelvertragspartner gem. § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V-E u.a. ver-

pflichtet werden, besondere Versorgungsbedarfe für die Verordnung von Heilmitteln festzusetzen, die bei den Prüfungen nach Abs. 1 anzuerkennen sind.

Ausweislich der diesbezüglichen Begründung sollen diese besonderen Versorgungsbedarfe, die bisher in § 84 Abs. 8 Satz 3 SGB V vorgesehenen Praxisbesonderheiten abbilden. Damit wird auf die augenblicklichen Bestimmungen in § 84 SGB V hinsichtlich der Arznei- und Heilmittelvereinbarung und der diesbezüglichen Richtgrößen Bezug genommen. Diese Richtgrößenvereinbarungen beziehen sich allerdings auf die vertragsärztliche und nicht die vertragszahnärztliche Versorgung. Dementsprechend sind diesbezügliche Rahmenvorgaben bzw. Festlegungen von Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln, die bei den Prüfungen nach § 106 SGB V anzuerkennen sind, auch ausschließlich den Bundesmantelvertragspartnern im Bereich der vertragsärztlichen, nicht aber der vertragszahnärztlichen Versorgung zugewiesen. Dementsprechend wird auch in der diesbezüglichen Begründung zur nunmehr vorgesehenen Neufassung ausgeführt, dass die Bestimmung der anzuerkennenden besonderen Versorgungsbedarfe auf Bundesebene „der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufgegeben“ wird.

Demgegenüber kommt entsprechenden Verordnungen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung eine völlig untergeordnete Bedeutung zu. Dies gilt für alle Verordnungsformen, wie sie in der Begründung zur vorgesehenen Neufassung unter Bezugnahme auf § 73 Abs. 2 Nrn. 5, 7, 8 und 12 SGB V von der vorgesehenen Neuregelung umfasst werden sollen. Verordnungen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur häuslichen Krankenpflege oder zur Soziotherapie kommen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht vor. Auch Verordnungen von Arzneimitteln oder Krankentransporten stellen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung seltene Ausnahmen dar, die die nunmehr vorgesehenen komplexen Verfahren diesbezüglicher Wirtschaftlichkeitsprüfungen und auf Bundes- und Landesebene tiefgestaffelter Vereinbarungen hierzu nicht rechtfertigen. KZBV und BZÄK fordern daher eine entsprechende Klarstellung in § 106b SGB V-E, dass diese Bestimmungen für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht anzuwenden sind.

§ 117 SGB V-E
Hochschulambulanzen

Durch eine Neufassung in Abs. 1 ist die Ermächtigung aller Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken kraft Gesetzes vorgesehen. Diese Ermächtigung soll sich zudem nicht nur auf den für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang, sondern auch auf die Behandlung solcher Personen erstrecken, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung eine Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen. Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Hochschulambulanz ist in solchen Fällen eine Überweisung eines Facharztes. Durch dreiseitige Verträge auf Bundesebene ist die Gruppe der anspruchsberechtigten Patienten sowie Ausnahmen von dem fachärztlichen Überweisungsverbot zu vereinbaren.

Bewertung:

Die vorgesehene weitere Öffnung der Hochschulambulanzen wird grundsätzlich begrüßt, da dadurch eine weitere Versorgungsverbesserung zumindest ermöglicht wird.

Die Bestimmung hat auch Relevanz für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung, da insbesondere bei der Behandlung von Kindern oder Menschen mit Behinderungen, zum Teil aber auch in der Alterszahnmedizin für die Durchführung der zahnmedizinischen Behandlung eine gleichzeitige Sedierung bzw. anästhesiologische Versorgung der Patienten erforderlich ist. Infolge verschiedener vergütungsregulierender Maßnahmen im Bereich der Vergütungen der anästhesiologischen Leistungen bestehen seit Jahren Probleme bei der Sicherstellung dieser Versorgungen in der Zusammenarbeit des Vertragszahnarztes mit dem vertragsärztlichen Narkosearzt.

Soweit derartige Behandlungen in Hochschulambulanzen durchgeführt werden können, handelt es sich bei den genannten Personen somit um solche, die wegen der Art und Komplexität ihrer Erkrankung einer Behandlung in dieser bedürfen und daher dem Regelungsbereich von § 117 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V-E unterfallen würden. Um eine Behandlung in der Hochschulambulanz zu ermöglichen, ist es nach den weiterhin vorgesehenen Bestimmungen in § 117 Abs. 1 Satz 3

SGB V-E aber erforderlich, dass die Gruppe der anspruchsberechtigten Patienten in dreiseitigen Verträgen auf Bundesebene vereinbart wird. Solche Vereinbarungen für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung sind in der vorliegenden Fassung allerdings nicht vorgesehen.

Zur Eröffnung einer entsprechenden Behandlungsmöglichkeit wird daher vorgeschlagen, in § 117 Abs. 1 Satz 3 SGB V-E den Begriff „die Kassenärztliche Bundesvereinigung“ durch „die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ zu ersetzen.

§ 119c SGB V-E
Medizinische Behandlungszentren

Medizinische Behandlungszentren sollen zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen ermächtigt werden können, soweit dies erforderlich ist, um eine ausreichende Versorgung dieser Versicherten sicherzustellen.

Bewertung:

Die vorgesehene Einführung Medizinischer Behandlungszentren wird grundsätzlich begrüßt, weil dadurch ein Beitrag zur Verbesserung auch der zahnmedizinischen Versorgung in diesem Bereich geleistet werden kann. Defizite bestehen in diesem Bereich wie bereits angesprochen insbesondere bei der Behandlung auch von Menschen mit Behinderungen unter anästhesiologischer Versorgung. Eine solche Behandlung kann zwar unter zahnmedizinischen Gesichtspunkten in der vertragszahnärztlichen Praxis ermöglicht werden. Die dabei ggf. erforderlichen anästhesiologischen Leistungen müssen jedoch notwendigerweise von einem vertragsärztlichen Anästhesisten erbracht werden. In der Praxis ergeben sich seit Jahren Probleme bei diesen Versorgungsformen, da die anästhesiologischen Leistungen verschiedenen vergütungsregulierenden Maßnahmen unterliegen, die entsprechende Leistungserbringungen für die Anästhesisten wirtschaftlich unattraktiv machen. Vor diesem Hintergrund wird begrüßt, dass ggf. entsprechende zahnmedizinische Behandlungen unter Anästhesie zukünftig grundsätzlich auch in Medizinischen Behandlungszentren gem. § 119c SGB V-E möglich sein können.

Hierfür müssten entsprechende Medizinische Behandlungszentren allerdings zunächst sowohl an der vertragsärztlichen als auch an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen und entsprechende Leistungen anbieten, d.h. in diesen müssten Zahnärzte und Ärzte der betreffenden Fachgebiete tätig sein. Eine Verbesserung der Versorgung würde auch in diesem Falle aber zusätzlich voraussetzen, dass die Leistungen der Medizinischen Behandlungszentren insgesamt und speziell in diesen Fallgestaltungen auch tatsächlich angemessen vergütet werden. Gemäß der weiterhin vorgesehenen Ergänzung von § 120 SGB V in Abs. 2 Satz 1 soll auch hinsichtlich der Leistungen der medizinischen Behandlungszentren eine unmittelbare Vergütung durch die Krankenkasse erfolgen, wobei deren Höhe auf Landesebene vereinbart wird.

Dies ist insofern zu begrüßen, als auf dieser Grundlage für die ggf. von Medizinischen Behandlungszentren erbrachten anästhesiologischen Leistungen die angesprochenen mengenregulierenden Maßnahmen im Bereich der vertragsärztlichen Vergütungen keine Anwendung finden würden. Allerdings bleibt abzuwarten, inwieweit durch die vorgesehenen Vereinbarungen gem. § 120 Abs. 2 SGB V tatsächlich ausreichende Vergütungen vereinbart werden können, um Medizinische Behandlungszentren zur Teilnahme auch an der vertragszahnärztlichen Versorgung und im Zusammenhang damit zur Erbringung der angesprochenen Leistungen zu veranlassen.

Soweit hinsichtlich der vorgesehenen Neufassung von § 120 SGB V in der Begründung ausgeführt wird, dass dann, wenn dies medizinisch oder aufgrund der Besonderheiten bei der Ausführung der Leistung erforderlich ist, eine Vergütung der Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit festen Preisen der Euro-Gebührenordnung erfolgen solle, findet diese Zielrichtung jedenfalls im Wortlaut der vorgesehenen Neufassungen keinen Anklang. Soweit derartige Zielvorgaben verfolgt werden sollten, müssten diese daher im Gesetzestext selbst verankert werden. In diesem Falle müsste zudem berücksichtigt werden, dass ausweislich der Begründung der vorgesehenen Fassung von § 119c SGB V-E die Medizinischen Behandlungszentren auch zahnärztliche Leistungen erbringen dürfen. Für diese gelten aber keine morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen gem. § 87a Abs. 3 SGB V, sondern die gem. § 85 Abs. 3 SGB V zu vereinbarenden Gesamtvergütungen. Hinsichtlich solcher Leistungen müsste daher

entsprechend klargestellt werden, dass deren Vergütungen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht verletzen.

Unabhängig davon besteht für die Träger aber auch keine Verpflichtung, Medizinische Behandlungszentren mit einem ganz bestimmten Leistungsspektrum zu betreiben und diesen kommt auch kein besonderer Sicherstellungsauftrag zu. Auch vor diesem Hintergrund muss daher davon ausgegangen werden, dass sich derartige Zentren im Hinblick auf den beschränkten Versichertenkreis, der in diesen versorgt werden kann, nur in Großstädten bilden werden, so dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass diese eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung werden sicherstellen können. KZBV und BZÄK sehen daher weiterhin ergänzende Maßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung des angesprochenen Versichertenkreises im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung als erforderlich an.

§ 140a SGB V-E
Besondere Versorgung

In der Neufassung von § 140a SGB V-E sollen die bisher an unterschiedlicher Stelle (§§ 73c, 140a ff. SGB V) bestehenden Regelungen zu den Möglichkeiten der Krankenkassen, Einzelverträge mit Leistungserbringern abzuschließen, zusammengefasst und dabei die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen erweitert werden.

Bewertung:

Ebenso wie bereits hinsichtlich der vorgesehenen Neufassung von § 71 SGB V lehnen KZBV und BZÄK auch in diesem Kontext die weiterhin vorgesehenen Erleichterungen und Ausweitungen der Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen im Zusammenhang mit sogenannten Selektivverträgen ab.

Die weitestgehende Reduzierung des Regelungsumfanges und dabei der Verzicht auf bisherige, die Vertragskompetenzen einschränkende Bestimmungen sowie die Verlagerung bisher in der Satzung der Krankenkassen zu treffender Regelungen in die vertraglichen Vereinbarungen mögen als Entbürokratisierung bezeichnet werden, sie stehen dabei aber in krassem Widerspruch zu der auch

mit diesem Gesetzentwurf wiederum erfolgten zunehmenden Ausdifferenzierung der vergleichbaren Regelungen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung. Sie führen nicht zu einer gesteigerten Rechtssicherheit der potentiellen Vertragspartner, insbesondere auch der Versicherten der Krankenkassen. Während die Gestaltungsspielräume der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung und damit auch der gesetzlichen Krankenkassen immer weiter eingegrenzt werden, soll den Krankenkassen im Rahmen der sogenannten Selektivverträge eine „möglichst große Gestaltungsfreiheit“ eingeräumt werden. Während die Vorgaben und Kontrollmechanismen hinsichtlich der Leistungserbringung und –abrechnung im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung permanent verschärft werden, fehlt es hinsichtlich der sogenannten Selektivverträge sogar an jeglichen Vorgaben hinsichtlich des in diesen zu regelnden Leistungsumfanges und der hierfür zu vereinbarenden Vergütungen.

Das widersprüchliche Vorgehen des Gesetzgebers wird noch dadurch unterstrichen, dass selbst eine aufsichtsrechtliche Überwachung der Einhaltung der verbliebenen, marginalen gesetzlichen Vorgaben für den Abschluss von sogenannten Selektivverträgen entgegen der rigiden, präventiven aufsichtsrechtlichen Überwachung jeglicher Normsetzung im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung lediglich im Nachhinein erfolgen soll.

B. Stellungnahme zu den Anträgen der Fraktionen Bündnis 90/Die Grünen und DIE LINKE

Die vorliegenden Anträge der Bundestagsfraktionen enthalten jeweils keine konkreten Regelungsvorschläge, sondern lediglich allgemeine Forderungen und Zielprojektionen, so dass zu diesen nur in ebenso allgemeiner Form Stellung genommen werden kann. Auch wenn die Anträge sich im Detail unterscheiden, sind diese jedoch einheitlich im Wesentlichen durch Forderungen nach einer intensivierten staatlichen Planung und Steuerung des Gesundheitswesens, insbesondere im Bereich der Bedarfsplanung, die weitgehende Übertragung des Versorgungsauftrages auf Behandlungszentren unterschiedlicher Trägerschaft sowie einer stärkeren Einbeziehung nichtärztlicher Gesund-

heitsberufe geprägt, so dass zu diesen auch einheitlich Stellung genommen werden kann.

Die Forderungen hinsichtlich der Bedarfsplanung zielen insbesondere auf eine maßgebliche Steuerung durch öffentliche Träger unter Betonung sektorenübergreifender Regelungen und der Förderung der Leistungserbringung durch Medizinische Versorgungszentren in unterschiedlicher Trägerschaft ab. Die Bedarfsplanung soll sich dabei an auf regionaler Ebene zu definierenden prioritären Versorgungszielen orientieren, wobei Vertretern der Heilberufe in den jeweils multilateral besetzten Entscheidungsgremien keine wesentlichen Beeinflussungsmöglichkeiten mehr eingeräumt werden sollen.

Diese Vorschläge gehen zum einen an den besonderen Verhältnissen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung vorbei, da sie alleine den Bereich der ambulanten und stationären **ärztlichen** Versorgung in den Blick nehmen. Dabei bleibt bereits unberücksichtigt, dass sektorenübergreifende Behandlungen im Bereich der **zahnärztlichen** Behandlung seltene Ausnahmen darstellen und zahnärztliche Leistungen im Bereich der stationären Versorgung auch nicht in erheblichem Umfang erbracht werden. Auf diese Sonderstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung hat der Gesetzgeber bisher auch zutreffend u.a. dadurch reagiert, dass auf diesen Bereich die Bestimmungen zur Bedarfszulassung nicht anwendbar sind.

Diese Forderungen werden aber auch grundsätzlich als sachwidrig zurückgewiesen, da diese eine weitgehende Loslösung der Bedarfsplanung von (zahn-)medizinischen Aspekten vorsehen und die diesbezüglichen Entscheidungen , die zum Teil sogar die regionale Finanzierung der Versorgung insgesamt betreffen sollen, multilateral besetzten Gremien zuweisen, in denen die Vertreter der Heilberufe marginalisiert werden. Die notwendige primäre Orientierung der Planungsentscheidungen an (zahn-)medizinischen Aspekten einer sachgerechten Versorgung wird dadurch beseitigt und durch eine Priorisierung in abstrakter, allgemeiner Aspekte der Raumordnung ersetzt

Ebenfalls abgelehnt wird der grundsätzliche Ansatz der Betonung einer Versorgungszentralisierung und –anonymisierung in Versorgungszentren unterschiedlicher Trägerschaft. Dadurch wird ohne Not der Fortbestand einer persönlichen (Zahn-)Arzt-Patienten-Beziehung in Frage gestellt, die wesentliche Grundlage für eine sachgerechte, kontinuierliche und qualitätsgesicherte Behandlung ist. Durch die vorgesehene, weitgehende Übertragung des Versorgungsauftrages auf anonyme Behandlungszentren bzw.

Kliniken, denen primär die stationäre Versorgung zukommt, wird einer anonymen Behandlung durch eine Vielzahl ständig wechselnder Personen Vorschub geleistet, und dadurch u.a. die Qualität der Versorgung in Frage gestellt.

Dies wird noch dadurch intensiviert, dass zugleich eine Verstärkung der Möglichkeit eigenständiger Behandlungen für Angehörige nicht-medizinischer Berufe und einer Delegation von Behandlungen auf diese sowie einer Substitution (zahn-) ärztlicher Behandlungen durch diese gefordert wird. Auch ein solcher Ansatz würde wiederum die Gefahr einer weitgehenden Zersplitterung der Behandlung nicht nur auf unterschiedliche (Zahn-) Ärzte, sondern auch auf weitere, nichtärztliche Behandler zur Folge haben. Damit wären nicht nur notwendigerweise zusätzliche Dokumentations- und Kommunikationsaufwendungen zur Steuerung und Koordination der verschiedenen Behandlungsmaßnahmen verbunden, sondern dadurch würde auch grundsätzlich die Qualität der Versorgung infolge der Verringerung der Qualifikationsanforderungen an die Behandler in Frage gestellt. Zudem sind mit diesem Ansatz ungeklärte Fragen der Haftung für eventuelle Behandlungsmisserfolge dann verbunden, wenn diese Behandlungen auf unterschiedlichen Ebenen von selbständig tätigen Behandlern unterschiedlichen Qualifikationsniveaus durchgeführt werden. Jedenfalls kommt eine alleinige Haftung des in diesem System allenfalls noch mitbehandelnden (Zahn-)Arztes auch für eventuelle Fehlbehandlungen weiterer, selbständig und ohne dessen Anweisung und Überwachung tätiger Behandler nicht in Betracht.

Derartige Zielprojektionen stehen daher auch in einem deutlichen Spannungsverhältnis zu den zum Teil gleichzeitig erhobenen Forderungen nach einer verstärkten Überwachung, Bewertung und Transparenz der Versorgungsqualität. Angesichts der Unbestimmtheit der in diesem Zusammenhang erhobenen Forderungen kann zurzeit nur darauf verwiesen werden, dass sich der Versuch, durch extern definierte abstrakte Indikatoren eine Messung und objektive Bewertung der Versorgungsqualität ebenso zu erreichen, wie eine Versorgungsverbesserung durch eine Veröffentlichung darauf aufbauender Ergebnisse jedenfalls im Bereich der Qualitätsprüfungen im Pflegebereich gem. §§ 114 ff. SG XI als nicht zielführend erwiesen hat. Zudem können Patienten von retrospektiven Maßnahmen der Qualitätsbewertung notwendigerweise nur in wesentlich geringerem Maße profitieren als von prospektiven Maßnahmen der Qualitätssicherung. Ferner ist auch nicht ersichtlich, inwieweit Patienten von derartigen Bewertungs- und Transparenzmodellen, die ihnen einen Vergleich der Versorgungsqualität einzelner Behandler ermöglichen sollen, in einem System tatsächlich profitieren können, in dem

den Patienten die kontinuierliche Inanspruchnahme eines bestimmten Behandlers durch weitgehende Überantwortung des Versorgungsauftrages auf anonyme Gesundheitsbetriebe, gerade weitestgehend verwehrt werden soll.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(24)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.
15_GKV-VSG
23.03.2015

MDS MEDIZINISCHER DIENST DES SPITZENVERBANDES BUND DER KRANKENKASSEN

Stellungnahme

des Medizinischen Dienstes

des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.

(MDS)

zur Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung

eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

BT-Drucksache 18/4095 -

(Stand: 25. Februar 2015)

am 25. März 2015 in Berlin

Der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) unterstützt das Ziel der Bundesregierung, mit dem vorgelegten Entwurf für ein Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung auch künftig eine flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung sicherzustellen und hierfür die gesetzlichen Rahmenbedingungen entsprechend anzupassen.

Dies gilt auch für die vorgesehenen präventiven Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen sowie Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz.

Dass künftig Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit besonders risikoreichen Medizinprodukten in einem abgestuften Verfahren frühzeitig bewertet werden, wird begrüßt. Hierdurch wird verhindert, dass Methoden und Produkte, die als schädlich und/oder unwirksam anzusehen sind, im Rahmen der Krankenhausbehandlung bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung eingesetzt werden können.

Kritisch sehen wir hingegen die abgeschwächten Anforderungen an den Einsatz neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen bislang keine Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses vorliegt. Hier bedarf es nach unserer Einschätzung einer stärkeren Betonung des Patientenschutzes vor den wirtschaftlichen Interessen der Krankenhäuser am Einsatz neuer – ungeprüfter - Methoden.

Die nunmehr erfolgte gesetzliche Kodifizierung der Einbeziehung der Bahn-BKK in den Bereich der MDK wird begrüßt. Die vorgesehene Begutachtung der Dienstunfähigkeit von Bundesbeamten durch die MDK stellt ein mögliches weiteres Aufgabengebiet für die MDK dar.

Die vorgesehenen Veränderungen bei den Verwaltungsräten der MDK konterkarieren das Selbstverwaltungsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung, sind nicht zielführend und werden daher abgelehnt.

Zu den vorgeschlagenen Änderungen und Ergänzungen zu Artikel 1und 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) nehmen wir im Einzelnen wie folgt Stellung:

Zu Art. 1 Nr. 4 (§ 22a SGB V –neu-):

Mit der beabsichtigten Neuregelung sollen Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen sowie Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz einen eigenen Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen erhalten. Die Leistungen sollen insbesondere die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung auch der Pflegepersonen des Versicherten über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- bzw. Prothesenpflege sowie die Entfernung harter Zahnbeläge umfassen.

Bewertung:

Es ist zu begrüßen, dass der Zustand der Mundgesundheit von Pflegebedürftigen, Menschen mit Behinderungen sowie Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz als Handlungsfeld erkannt worden ist und dass Anstrengungen zur Verbesserung unternommen werden sollen.

Tatsächlich ist die Mundgesundheit von Teilen der genannten Personengruppen schlechter als im Bevölkerungsdurchschnitt. Bedingt ist das durch verbreitete Multimorbidität, Multimedikation und eingeschränkte Selbstvorsorgekapazitäten.

Um dem abzuhelfen, ist im Hinblick auf die Multimorbidität eine verbesserte zahnmedizinisch-therapeutische Betreuung erforderlich. Vorgaben des GKV-VStG und des PNG haben diesbezüglich bereits die Rahmenbedingungen verbessert. Multimedikation steigert das Kariesrisiko, weil viele Medikamente Mundtrockenheit verursachen; das Verschreiben alternativer Medikamente ist anzustreben. Eingeschränkte Selbstvorsorgekapazitäten der betroffenen Personengruppen müssen durch Unterstützungssysteme und verbesserte Strukturbedingungen in den Lebenswelten der Versicherten ausgeglichen werden.

Wir regen an, die im Gesetzentwurf vorgesehenen Leistungen wie Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, Mundhygieneaufklärung auch der Pflegepersonen, Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- bzw. Prothesenpflege sowie häufigere Zahnsteinentfernung im Hinblick auf die Notwendigkeit und Wirksamkeit zu prüfen. Es ist fraglich, ob für die Effektivitätsbeurteilung der Maßnahmen in den Zielgruppen Studien mit geringem Verzerrungspotenzial vorliegen. Beispielsweise sind von häufigeren Zahnsteinentfernungen keine Auswirkungen auf Entstehen und Verlauf von Parodontalerkrankungen (Verlust des Zahnhalteapparats) zu erwarten.

Sollten die Überlegungen zur Wirksamkeit positiv ausfallen, wird vorgeschlagen, nicht alle Leistungsbezieher von Eingliederungshilfe einzubeziehen, sondern diejenigen, die nur eingeschränkt zur Selbststeuerung der Zahn- und Mundpflege fähig sind. Geschätzt wurde, dass dies auf 30 bis 56 Prozent der Leistungsbezieher zutrifft.

Zweifellos bestehen bei Pflegenden und Unterstützungspersonen einschließlich der Angehörigen Wissens- und Fertigkeitsdefizite im Hinblick auf die Mundgesundheit. Dies zu verbessern, ist nicht allein eine Aufgabe der vertragszahnärztlichen Versorgung, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Ihre Bewältigung beginnt schon bei der verbesserten Aus- und Fortbildung der Pflegepersonen und der Schulung der Angehörigen, beispielsweise am Übergang von stationärer Versorgung in die Pflegebedürftigkeit. Zur Verankerung von Gesundheitsförderung in Lebenswelten sind eine politikfeldübergreifende gesundheitsförderliche Strategie und Vernetzungsprozesse zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Organisationen, Institutionen oder informellen Gruppen erforderlich. Einzubeziehen sind die Beteiligten in den jeweiligen Settings. Dabei handelt es sich um Betroffene, Angehörigen bzw. Betreuer, ambulante Dienste, stationäre Einrichtungen und alle Berufsgruppen, die einen Einfluss auf die Mundgesundheit haben: Pflegepersonal und Personal der Behindertenhilfe, Hausärzte, Betreuer, Apotheker, Heimträger, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Heimaufsicht etc. Dieser breitere Ansatz bezieht verschiedene Versicherungszweige ein. Der Beitrag der gesetzlichen Krankenversicherung wäre noch näher zu bestimmen.

Zu Art. 1 Nr. 64 (§ 137c Absätze 1 und 3 SGB V –neu-):

§ 137c SGB V soll um einen Absatz 3 ergänzt werden, wonach künftig Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bisher keine Entscheidung nach § 137c Abs. 1 SGB V getroffen hat, im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden dürfen, wenn sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt.

Bewertung:

Der vorgeschlagene neue Absatz 3 in § 137c SGB V sollte gestrichen oder zumindest präzisiert werden, um Patienten weiterhin vor potenziell schädlichen Interventionen ohne ausreichenden Nutzennachweis schützen zu können. Dies gilt insbesondere dann, wenn es sich um Indikationen handelt, bei denen therapeutische oder diagnostische Alternativen im Sinne einer Standardtherapie zur Verfügung stehen.

§ 2 Abs. 1 SGB V sieht vor, dass die Krankenkassen den Versicherten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V) zur Verfügung stellen, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.
Die Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts soll unter anderem durch den sogenannten Verbotsvorbehalt gewährleistet werden. Im Gegensatz zum sogenannten Erlaubnisvorbehalt im ambulanten Bereich bedeutet dieser, dass Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Rahmen einer Krankenhausbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden können, es sei denn, der G-BA hat die Leistung über die Richtlinie „Methoden“ im Krankenhaus ausgeschlossen.

Das BSG hat in seiner Rechtsprechung, auf welche sich der Gesetzgeber in der Begründung des neuen § 137c SGB V explizit bezieht, deutlich gemacht, dass dennoch das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot auch für Krankenhausbehandlungen gilt und dieses im Einzelfall vom Medizinischen Dienst im Auftrag der Krankenkassen überprüft werden kann, auch dann, wenn es sich um eine vom G-BA nicht ausgeschlossene Methode handelt. Es hat die Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt zum Einsatz nicht geprüfter Methoden nicht in Frage gestellt, sondern sinngemäß entschieden, dass die Klinik unter Berücksichtigung der Besonderheiten im Einzelfall und vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Erkenntnislage ihre Behandlung nachvollziehbar begründen können muss (u. a. BSG-Urteil vom 21 März 2013 -B 3 KR 2/12 R-). Die Begründungspflicht gilt dabei insbesondere, wenn in der Behandlung vom medizinischen Standard abgewichen wird und/oder weitgehend ungeprüfte Methoden mit erheblichen Risiken für die damit behandelten Patienten eingesetzt werden. Das BSG hat außerdem darauf hingewiesen, dass in bestimmten Fällen – gemeint sind weitgehend unerforschte Behandlungsmetoden mit erheblichen Risiken – eine Behandlung nur mit den Sicherungen einer klinischen Studie erfolgen darf (BSG-Urteil vom 17. Dezember 2013 –B 1 KR 70/12 R-).

Mit dem vorgeschlagenen neuen Absatz 3 in § 137 c SGB V weicht der Gesetzentwurf hiervon ab und formuliert als Anforderung lediglich, dass die Methode das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten muss und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu erfolgen hat. Damit würde der Stand der medizinischen Erkenntnis keine Bedeutung mehr besitzen und es könnten weitgehend ungeprüfte Methoden mit erheblichen Risiken für die damit behandelten Patienten eingesetzt werden.
Entgegen der bisherigen Rechtsprechung des BSG würde dies bedeuten, dass die alleinige Annahme eines Potentials durch die behandelnden Ärzte die Abweichung vom medizinischen Standard rechtfertigen würde.

Der Begriff des Potentials ist sinnvoll im Zusammenhang mit einer Erprobungsregelung. Dieses trifft auf die Einzelfallbegutachtung durch den Medizinischen Dienst, wie sie auch vom BSG aufgegriffen wurde, nicht zu. Ohne weitere Präzisierung besteht durch die geplante Neufassung des §137c SGB V die unmittelbare Gefahr der Verschlechterung der Qualität der Versorgung im Krankenhaus und es droht eine medizinisch nicht begründete Leistungsausweitung im ökonomischen Interesse der Kliniken.

In Zeiten, in denen auch die Ärzteschaft zunehmend darauf aufmerksam macht, dass immer häufiger Indikationen zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aus ökonomischen Gründen gestellt werden, muss eine Überprüfung durch die Medizinischen Dienste im Hinblick auf die Notwendigkeit der Maßnahmen weiterhin möglich sein. Eine Lösung dieses Problems durch eine umfassende und zeitnahe Methodenbewertung des G-BA ist realistischer Weise weder erkennbar noch vorstellbar. Es ist nicht möglich, dass der G-BA vorausschauend Hunderttausende Einzelfallkonstellationen vorab und zeitnah bewertet. Dies trifft beispielsweise auch auf Methoden unter Einbeziehung von Medizinprodukten der Hochrisikoklassen zu, von denen trotz des geplanten neuen § 137h SGB V nur wenige einer Prüfung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss unterzogen würden.

Im Sinne der Patientensicherheit und des Prinzips des „primum nil nocere“ ist die grundsätzliche Freigabe für alle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, solange eine günstige Nutzen-Schaden-Relation wissenschaftlich nicht belegt wurde, abzulehnen. Patienten haben Anspruch auf eine Behandlung unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts, in Kenntnis des zu erwartenden Nutzens und Schadens einer Methode und unter Einhaltung der Patientenschutzrechte. Die alleinige Aussage, eine Methode habe Potential, ist hierfür nicht ausreichend. Eine Potentialbewertung ohne Erprobung, was der Situation in der Einzelbegutachtung entsprechen würde, ist ebenfalls nicht ausreichend.

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren sollte deshalb klargestellt werden:

- Der medizinische Standard und die verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse müssen in jedem Einzelfall von den Krankenhäusern weiter dargelegt werden; Abweichungen sind begründungspflichtig.

- Die Krankenkassen sind weiterhin berechtigt, den Medizinischen Dienst zu beauftragen, Indikation und Angemessenheit der Behandlung im Einzelfall zu überprüfen und die Krankenhäuser zu oben genannten Begründungen aufzufordern.

- Es sollte weiter sicher gestellt sein, dass die mit dem Patientenrechtegesetz formulierten Vorgaben des § 630e Abs. 1 BGB auch im Falle des Einsatzes neuer Methoden uneingeschränkt gelten.

Zu Art. 1 Nr. 66 (§ 137h SGB V –neu-):

Für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, bei denen Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse angewandt werden sollen, wird aufgrund des besonders invasiven Charakters des Eingriffs und der typischerweise mit der Verwendung des Medizinprodukts einhergehenden Mehrkosten nun eine frühe Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorgesehen.

§ 137h Abs. 1 SGB V-neu- sieht vor, dass ein Krankenhaus, das erstmalig eine Anfrage zu einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode mit einem entsprechenden Medizinprodukt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG stellt, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zugleich Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu dieser Methode sowie zu der Anwendung des Medizinproduktes übermitteln muss.
Der G-BA hat nach der vorgesehenen Regelung zunächst innerhalb von zwei Wochen Zeit, eine Bewertung vorzunehmen, ob die Methode ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweist. Bei Verneinung dieser Frage, bedarf es keiner Nutzenbewertung (vgl. Begründung zu § 137h Abs. 1 SGB V-neu-).
Bejaht er diese Frage, gibt der G-BA durch eine öffentliche Bekanntmachung im Internet allen interessierten Krankenhäusern sowie den jeweils betroffenen Medizinprodukteherstellern einen Monat lang Gelegenheit, weitere Informationen zu Verfahren und Produkt zur Verfügung zu stellen.

Der G-BA soll gemäß § 137h Abs. 1 Satz 3 SGB V-neu- die Nutzenbewertung innerhalb von drei Monaten vornehmen; hierbei kann es zu drei verschiedenen Ergebnissen kommen:

1. Der Nutzen der Methode unter Anwendung des Medizinproduktes ist als hinreichend belegt anzusehen.

2. Der Nutzen der Methode unter Anwendung des Medizinproduktes ist zwar noch nicht hinreichend belegt, aber sie bietet das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative.

3. Die Methode bietet kein Potential für eine erforderliche Behandlungsalternative, insbesondere weil sie als schädlich oder unwirksam anzusehen ist.

Das weitere Verfahren für die drei denkbaren Konstellationen wird in den Absätzen 2 bis 4 des neuen § 137h SGB V wie folgt geregelt:

Zu 1: In diesem Fall kann die Methode weiterhin zu Lasten der Krankenkassen im Krankenhaus erbracht werden.

Zu 2: In diesem Fall hat der G-BA innerhalb von weiteren sechs Monaten eine Richtlinie zur Erprobung gemäß § 137e SGB V zu verabschieden.

Zu 3: Hier hat der G-BA unverzüglich über eine Richtlinie nach § 137c Abs. 1 Satz 2 SGB V zu entscheiden.

Bewertung:

Grundsätzlich wird die Einführung einer verpflichtenden Nutzenbewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) begrüßt.

Laut der Gesetzesbegründung bedarf es dann keiner Nutzenbewertung, wenn die Methode kein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweist. Dies ist vom Prinzip her nachvollziehbar.

Allerdings zeigen die aufgeführten Beispiele für solche Konstellationen die besondere Problematik der Regelung eindrucksvoll auf: Es heißt dort: *„Dies kann etwa für die Anwendung von Herzschrittmachern, Hüftprothesen und Defibrillatoren gelten, wenn es sich dabei um bereits etablierte Verfahren handelt, deren Nutzen bekannt ist."* Der Nutzen von Hüftprothesen ist grundsätzlich zweifelsfrei bekannt. Bekannt ist aber auch, dass Innovationen bei Hüftprothesen in der Vergangenheit für zahllose Patienten zu relevanten Schäden geführt haben. Weitere Beispiele sind Sondenbrüche mit der Folge unnötiger Stromschläge oder Funktionsversagen bei Defibrillatoren.

Vor diesem Hintergrund regen wir eine generelle Nutzenbewertung an. Dies erscheint insbesondere auch deshalb notwendig, als die CE-Kennzeichnung von Medizinprodukten aktuell und absehbar keine ausreichende Prüfung unter dem Aspekt der Patientensicherheit darstellt. Im Verfahren der CE-Kennzeichnung ist es ausreichend, wenn ein Hersteller durch eine sog. Konformitätserklärung die gleiche Funktionsweise seines (neuen) Produktes mit bereits bekannten Produkten bescheinigt ; eine neue wissenschaftliche Prüfung wird oft nicht gefordert. Zudem befinden sich die zur Kennzeichnung zugelassenen „Benannten Stellen" in einem wettbewerblichen Verhältnis zueinander, was das Risiko kundenorientierter Entscheidungen bei den Bewertungen trägt.

Die in § 137h Absatz 1 Satz 2 SGB V-neu- vorgesehene Verpflichtung der Krankenhäuser bzw. Medizinproduktehersteller zur Vorlage ergänzender wissenschaftlicher Erkenntnisse zu der Methode und dem Medizinprodukt wird ausdrücklich begrüßt.

Die Vorgaben des neuen Abs. 4, regelhaft eine Erprobungsrichtlinie zu erlassen und nur Krankenhäuser zur Anwendung des Verfahrens zu Lasten der Krankenkassen zuzulassen, die an der Erprobung teilnehmen, ist ebenfalls zu begrüßen. Damit ist zum einen eine ausreichende Evaluation der Verfahren gesichert und zum anderen ausgeschlossen, dass Verfahren noch nicht gesicherter Wirksamkeit und Sicherheit in unkontrollierbarer Zahl angewendet werden. Die in der Gesetzesbegründung erwähnte Möglichkeit, auf eine Erprobung im Einzelfall angesichts „eines geringen Schadenpotentials" zu verzichten, sollte ausdrücklich ausgeschlossen bleiben. Das vermeintlich geringe Schadenpotential von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen hat sich in der Vergangenheit wiederholt als bitterer Trugschluss erwiesen.

Zu Artikel 1 Nr. 80 (§ 275 Abs. 4a SGB V –neu-):

§ 275 SGB V soll durch einen neuen Absatz 4a ergänzt werden. Dieser soll regeln, dass der Medizinische Dienst Beamte nach § 48 Bundesbeamtengesetz (BBG) ärztlich untersuchen und ein ärztliches Gutachten fertigen kann, soweit die Erfüllung der dem Medizinischen Dienst obliegenden Aufgaben nicht beeinträchtigt wird. Die für diese Aufgaben entstehenden Kosten sollen von der Bundesbehörde erstattet werden. Der MDS und das Bundesministerium des Innern sollen unter Beteiligung der Medizinischen Dienste, die ihre grundsätzliche Bereitschaft zur Begutachtung von Bundesbeamten erklärt haben, das Nähere über das Verfahren und die Höhe der Kostenerstattung festlegen. Die Medizinischen Dienste haben diese Vereinbarung ihrer jeweiligen Aufsichtsbehörde vorzulegen, der ein dreimonatiges Widerspruchsrecht eingeräumt wird.

Bewertung:

Die beabsichtigte Regelung dient der Erweiterung des Kreises möglicher Gutachter für die Beurteilung der Dienstunfähigkeit von Bundesbeamten im Sinne der §§ 44 und 45 BBG um die Gutachter der Medizinischen Dienste. Soweit die übrigen Aufgaben der Medizinischen Dienste nicht gefährdet werden, bieten sich die Medizinischen Dienste aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz sowie ihrer flächendeckenden Präsenz als Dienstleister für die Bundesbehörden an. Zudem sind die entstehenden Kosten von der beauftragenden Bundesbehörde zu erstatten, so dass eine Verwendung von Mitteln der Solidargemeinschaft ausgeschlossen wird. Unabhängig davon erhalten die zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder ein Widerspruchsrecht.

Die Medizinischen Dienste sehen diese mögliche Erweiterung ihres Aufgabenspektrums auch als eine Anerkennung ihrer Kompetenz zur Erstellung unabhängiger sozialmedizinischer Stellungnahmen.

Zu Artikel 1 Nrn. 81 und 83 (§§ 278 Abs. 2; 283 SGB V):

§ 283 Satz 1 SGB V hatte bislang als Ausnahmeregelung die Aufgaben des Medizinischen Dienstes für die BAHN-BKK dem Medizinischen Dienst des Bundeseisenbahnvermögens (MD BEV) übertragen. Der MD BEV ist seit Anfang 2013 nicht mehr in der Lage, diese Aufgaben wahrzunehmen. Durch Einbeziehen der BAHN-BKK als Mitglieder der Arbeitsgemeinschaften (§ 278 Abs. 2 SGB V) soll nunmehr eine klare Rechtsgrundlage geschaffen werden. Konsequenterweise ist § 283 Satz 1 SGB V aufzuheben.

Dies gilt auch für die in Satz 2 noch erwähnten –ehemaligen- BKK POST und BKK des BMVBS, da diese zwischenzeitlich mit anderen Betriebskrankenkassen fusioniert haben.

Bewertung:

Nachdem sich abzeichnete, dass der MD BEV Anfang 2013 nicht mehr in der Lage sein würde, die Aufgaben des Medizinischen Dienstes für die BAHN-BKK wahrzunehmen, hat sich die MDK-Gemeinschaft – ungeachtet der unklaren Rechtslage - bereit erklärt, diese Aufgaben für die BAHN-BKK zu übernehmen. Die Aufsichtsbehörden der Länder tolerieren diese pragmatische Lösung im Vorgriff auf eine zu erwartende gesetzliche Regelung.

Insoweit ist es zu begrüßen, dass für alle Beteiligten nunmehr die entsprechende Rechtsgrundlage geschaffen werden soll.

Zu Artikel 1 Nr. 82 (§ 279 SGB V):

Künftig sollen die Verwaltungsräte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu einem Drittel um stimmberechtigte Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie der Pflegeberufe erweitert werden.

Bewertung :

Die Erweiterung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) um stimmberechtigte Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie der Pflegeberufe – i. S. einer „Dritten Bank“ - konterkariert das Selbstverwaltungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung, ist nicht zielführend und daher abzulehnen.

Die grundlegenden organisatorischen Entscheidungen für die regional organisierten MDK treffen die jeweiligen Verwaltungsräte auf Grundlage gesetzlich vorgegebener Aufgaben. Sie beschließen beispielsweise über die Aufstellung der Satzung, die Feststellung des Haushaltsplanes, die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und wählen und entlasten den Geschäftsführer und dessen Stellvertreter. Mit diesen Entscheidungen schaffen die Kranken- und Pflegekassen die organisatorische Grundlage für die Arbeit des MDK. Diese grundlegenden Entscheidungen beziehen sich stets auf die Gesamtleistung des MDK.

Für die Leistungen aus der Kranken- und Pflegeversicherung erbringt der MDK eine wichtige, wettbewerbsneutrale Dienstleistung bei der Prüfung der Voraussetzungen sowie zu Art und Umfang der Leistungen. Der MDK stellt eine Gemeinschaftseinrichtung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung dar und hat eine gesetzlich definierte Dienstleistungsfunktion gegenüber den Kranken- und Pflegekassen. Der MDK nimmt umfangreiche Aufgaben im Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung wahr. Die Beratungsaktivitäten des MDK lassen sich allgemein in die Einzelfallberatung sowie die Systemberatung untergliedern. Bei der Einzelfallberatung für die gesetzliche Pflegeversicherung steht vor allem die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit im Vordergrund. Der MDK gibt der Pflegekasse eine Empfehlung, in welche Pflegestufe der Versicherte einzuordnen ist. Außerdem führt der MDK im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen Qualitätsprüfungen von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen durch. Im Rahmen der Systemberatung kann der MDK beauftragt werden, Ergebnisse der Einzelfallberatungen auf Systemebene zu aggregieren oder Gutachten mit inhaltlichen, methodenbewertenden und sozialmedizinischen Inhalten zu erstellen. Aufgabe des MDK ist es in allen Feldern, eine objektive fachliche Bewertung medizinischer und pflegerischer Sachverhalte vorzunehmen. In diesem Zusammenhang erschließt sich nicht, warum Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie der Pflegeberufe über die Grundlagen der Arbeit des MDK im Rahmen des SGB V, z. B. im Zusammenhang mit der Gewährung einer Krankenversicherungsleistung, entscheiden sollen.

Die Einbindung von Betroffenen und ihrer Organisationen bei Fragen der Begutachtung und im Qualitätsbereich ist wichtig. Sie ist dort wichtig, wo die Entscheidungen über die Ausgestaltung der Pflegeversicherung fallen. Neben der Beteiligung im Rahmen der einschlägigen Gesetzgebungsverfahren kann dies dort sichergestellt werden, wo eine untergesetzliche Normfestsetzung erfolgt oder die Rahmenbedingungen gestaltet werden können. Im Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung sind dies zum einen die Begutachtungs- und die Qualitätsprüfungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes. Hier besteht bereits eine gesetzlich garantierte Beteiligung mit Stellungnahme-, Anwesenheits- und Mitberatungsrechten. Damit ist im Hinblick auf sachgerechte Lösungen als auch im Hinblick auf die Akzeptanz der Entscheidungen die Betroffenenperspektive der pflegebedürftigen Menschen wirksam und sinnvoll in das Handeln der Pflegekassen und des MDK abgebildet.

Auch für die Erarbeitung der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ist bereits gesetzlich sichergestellt, dass die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und die Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen zu beteiligen sind. Diese Maßstäbe bilden auch die Grundlage für die Pflege-Transparenzvereinbarungen, mit denen die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zur besseren Vergleichbarkeit für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen benotet werden. Diese Kriterien und die Bewertungssystematik für die Veröffentlichung müssen GKV-Spitzenverband und die Leistungserbringerverbände gemeinsam vereinbaren. Auch hier sind die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und die Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen gesetzlich legitimiert, sich frühzeitig zu beteiligen. Dieses Beteiligungsrecht wird in der Praxis auch wahrgenommen.

Für die Gestaltung der Pflege wird auf der Landesebene für jedes Land oder für Teile des Landes zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung ein Landespflegeausschuss gebildet. Dieser Ausschuss kann zur Umsetzung der Pflegeversicherung einvernehmlich Empfehlungen abgeben, z. B. zur pflegerischen Infrastruktur und zum Vergütungsrecht, die von den Vertragsparteien beim Abschluss von Versorgungs- und Vergütungsverträgen angemessen zu berücksichtigen sind.

Die Landesregierungen bestimmen durch Rechtsverordnung das Nähere; insbesondere können sie die den Landespflegeausschüssen angehörenden Organisationen unter Berücksichtigung der Interessen aller an der Pflege im Land Beteiligten berufen. Damit sind die Landespflegeausschüsse eine gute Plattform, geeignete Lösungen unter Beteiligung aller an der pflegerischen Versorgung Beteiligter zu finden.

Der Gesetzgeber hat die Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie der Pflegeberufe bereits umfangreich an der konkreten Umsetzung der Pflegeversicherung beteiligt. Er hat dies mit der notwendigen Intensität und an den richtigen Stellen getan. Die vorgesehene Neuregelung wird abgelehnt und ist zu streichen. Die sich daraus ergebenden Folgeänderungen können entsprechend entfallen.

Gänzlich systemwidrig und nicht legitimierbar durch die Betroffenenperspektive ist der Vorschlag, den Pflegeberufen und damit einer Gruppe von Leistungserbringern in den MDK eine Mitentscheidungsmöglichkeit zu eröffnen. Für die Unabhängigkeit des MDK ist von zentraler Bedeutung, dass Leistungserbringer-Verbände keinen Einfluss auf das Handeln der MDK nehmen können. Es sollte von vornherein die Gefahr der fehlenden „Gegnerfreiheit“ bzw. von Interessenkollisionen vermieden werden.

Unsere Ablehnung sehen wir auch durch die Beschlüsse des Bundesrates vom 6. Februar 2015 (BR-Drs. 641/14) bestätigt. Der Bundesrat sieht in den geplanten Änderungen zur Erweiterung des MDK-Verwaltungsrates um Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie der Pflegeberufe mit Stimmrecht eher eine Schwächung des MDK.

Zu Art. 1 Nr. 82 Buchst. a) Doppelbuchstabe bb) (§ 279 Abs. 2 Satz 2 SGB V):

Über eine Änderung zum Bezug auf die Regelungen in § 51 SGB IV soll festgelegt werden, dass künftig hauptamtliche Mitarbeiter der Krankenkassen nicht mehr Mitglied im Verwaltungsrat des MDK sein können.

Bewertung:

Die hier beabsichtigte Änderung würde einen Kurswechsel im politischen Willen des Gesetzgebers darstellen. Im Entwurf zum GRG heißt es zu dem damaligen § 287 Absatz 2 (heute 279 SGB V), dass mit dem Ziel, den Verwaltungsrat mit fachkundigen und mit den Aufgaben eines medizinischen Beratungsdienstes vertrauten Personen besetzen zu können, *„(sie (die Vertreterversammlung – heute Verwaltungsrat-) z.B. Verwaltungsfachleute aus dem Bereich der Krankenkassen entsenden (kann).“* Der Gesetzgeber hat also bewusst auf gesetzliche Vorgaben verzichtet und den Mitgliedern freie Gestaltungsmöglichkeiten gegeben (vgl. Begründung zum Besonderen Teil des Gesetzentwurfs der Bundesregierung zu § 287 Abs. 2 –alt-; BT-Drs. 11/2237 Seite 233).

Im Hinblick auf die Aufgabenstellung der MDK für die Begutachtungen im Rahmen der Kranken- und Pflegeversicherung ist es angezeigt, dass der Fach- und Sachverstand der hauptamtlich Verantwortlichen in die Beratungs- und Entscheidungsprozesse der MDK-Verwaltungsräte eingebunden wird.

Dieser Auffassung hat sich der Bundesrat in seiner Stellungnahme zu diesem Gesetzentwurf ausdrücklich nochmals angeschlossen und empfohlen, die beabsichtigte Änderung zu streichen (vgl. Nr. 78 der Stellungnahme des Bundesrats).

Deshalb plädieren wir dafür, entweder der Empfehlung des Bunderats zu folgen oder zumindest die geplante Änderung dahingehend zu modifizieren, dass lediglich eine Obergrenze für die Beteiligung hauptamtlicher Krankenkassen-Mitarbeiter in den Verwaltungsräten des MDK festgelegt wird.

Zu Art. 2 Nr. 16 Buchst. a) und b) (§ 275 Abs. 1b SGB V):

Die arztbezogenen Prüfungen ärztlicher Leistungen sollen künftig in einem neuen § 106a SGB V geregelt werden. Insoweit bedarf es redaktioneller Anpassungen im § 275 Abs. 1b SGB V.
Gleiches gilt für die bislang in § 106 Abs. 2 Satz 4 und künftig in § 106 Abs. 1 Satz 2 SGB V genannten Vertragspartner auf der Landesebene.
Auch hier ist der Verweis entsprechend zu ändern.

Bewertung
Redaktionelle Änderung.

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.müller-zetzsche@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

Bekenntnis 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 Mutterschutzgeld 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 Bundesozialgericht 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-

nanzierung 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 Betreibung 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 weitegehend 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 Reglung. 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 Versichertengemeinschaft 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 Methodenbewertungsverfahren 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 Selektivvertragsformen[1] 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, Verdienstausfällen, 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 Pflegeberufeverbände 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 notwenigen 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 Sektorierung 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 Leistungsbereiche 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/

SPECTARIS
Fachverband Medizintechnik

ZVEI:
Die Elektroindustrie

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(29)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.
15_GKV-VSG
23.03.2015

Stellungnahme von SPECTARIS und ZVEI

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

im Rahmen der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 25. März 2015

23. März 2015

In dem vorliegenden Entwurf des Gesetzes zu Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung wird im §137h SGB V eine Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse eingeführt.

Die Ausgestaltung der Nutzenbewertung bei Medizinprodukten hat großen Einfluss auf die Rahmenbedingungen der Hersteller für Forschung, Entwicklung und Vertrieb. Es ist von großer Bedeutung, dass die gesetzlichen Regelungen Verfahren ermöglichen, die praxistauglich und verlässlich sind, keine unnötigen Innovationshürden schaffen und die Besonderheiten von Medizinprodukten berücksichtigen.

Für eine medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten auf bestmöglichem Niveau sind aus Sicht von SPECTARIS und ZVEI folgende Punkte zu berücksichtigen:

1. Das Verfahren nach §137h sollte nur mit Zustimmung der Hersteller begonnen werden können. Nur der Hersteller verfügt über die notwendige Expertise zum Produkt und er muss die Kosten für die an ein Bewertungsverfahren nach §137h anschließende Erprobung gemäß §137e SGB V übernehmen.
2. Die Definitionen wesentlicher Kriterien zur Erfassung der gewollten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sollten durch den Gesetzgeber selbst erfolgen, um bei der Umsetzung die Wahrung der ursprünglichen Intention des Gesetzgebers sicherzustellen. Voraussetzung für ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept sollte eine neue Behandlungsmethode sein, welche durch ein neues Medizinprodukt im Sinne einer Sprunginnovation ermöglicht wird.
3. Verfahren nach §137h sollten nur bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit NUB-Status 1 eingeleitet werden. Andernfalls würde in vielen Fällen personal- und zeitaufwändig Informationsunterlagen für den G-BA zusammengestellt, die nach einer negativen InEK-Entscheidung nicht benötigt werden.
4. Zur Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten sind erst noch spezifische wissenschaftliche Leitlinien zu entwickeln. Randomisierte kontrollierte Studien sind bei Medizinprodukten größtenteils weder notwendig und möglich, noch ethisch vertretbar. Auch andere Ansätze für wissenschaftliche Studien können aussagefähige Daten und Ergebnisse liefern.

Im Übrigen weisen SPECTARIS und ZVEI darauf hin, dass nach wie vor einige Unbestimmtheiten im Verfahren der Erprobung nach §137e SGB V, auf dem die Regelungen nach §137h aufbauen, bestehen (z.B. die Trittbrettfahrer-Problematik).

§137h - Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklassen

1. Beginn des Verfahrens nur mit Zustimmung der Hersteller

Der Kabinettsbeschluss sieht in §137h Abs. 1 vor, dass entsprechende NUB-Anträge und die Übermittlung der geforderten Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Methode durch die Krankenhäuser „im Benehmen“ mit dem jeweiligen Medizinproduktehersteller erfolgen sollen. Diese Formulierung bedeutet lediglich eine Informationspflicht für das Krankenhaus gegenüber dem Hersteller. Die Zustimmung der Hersteller ist jedoch erforderlich, weil nur diese über eine umfassende Expertise zu dem im Rahmen der Methode verwendeten Produkt verfügen, die Kosten für die Erprobung gemäß §137e SGB V zu übernehmen haben und in erheblichem Maße in ihren grundrechtlich verbürgten Rechten und Interessen berührt sind. Zugleich ist sicherzustellen, dass die Methode sachlich richtig, vollständig und umfassend bewertet wird.

Änderungsvorschlag: Krankenhäuser sollten nur mit Zustimmung des jeweiligen Medizinproduktehersteller des verwendeten Medizinproduktes einen entsprechenden NUB-Antrag stellen und somit ein Verfahren nach §137h einleiten können.

> §137h Abs. 1 Satz 2:
>
> *„Eine Anfrage nach Satz 1 und die Übermittlung der Unterlagen erfolgt ~~im Benehmen mit dem~~ **mit Zustimmung des** Herstellers derjenigen Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse, die in dem Krankenhaus bei der Methode zur Anwendung kommen sollen. **Die angeforderten Informationen sind dem G-BA innerhalb eines Monats zu übermitteln.**“*

2. Definitionen wesentlicher Kriterien sollten durch den Gesetzgeber erfolgen

Die Anwendbarkeit des nach §137h geplanten Verfahrens hängt entscheidend von der Konkretisierung der Begriffe „neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept“ und „besonders invasiv“ ab, die erst in einer Rechtsverordnung des BMG erfolgen soll. Beide Formulierungen sind bislang nicht rechtssicher definiert. Der Gesetzgeber sollte die Definition derartig wesentlicher Kriterien bereits im Gesetz vornehmen oder zumindest enge Vorgaben für die Konkretisierung in der späteren Rechtsverordnung festschreiben, um nicht Zweck und intendiertes Ausmaß zu verfehlen. Zudem sollten bei der Erstellung der Rechtsverordnung alle am Nationalen Strategieprozess „Innovationen in der Medizintechnik“ beteiligten Bundesministerien eingebunden werden.

Änderungsvorschlag:

„besonders invasiv“

Neben dem besonders invasiven Charakter einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode mit einem Medizinprodukt der Klasse IIb oder III sollte zur Einbeziehung in das Verfahren auch das Kriterium des langzeitigen Einsatzes des Medizinproduktes im Sinne von Anhang IX der Richtlinie 93/42/EWG Voraussetzung sein.

§137h Abs. 2 Satz 1:

„Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse nach Absatz 1 Satz 1 sind solche, die der Risikoklasse IIb oder III nach Artikel 9 in Verbindung mit Anhang IX der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte (ABl. L 169 vom 12.7.1993, S.1), die zuletzt durch Artikel 2 der Richtlinie 2007/47/EG (ABl. L 247 vom 21.9.2007, S. 21) geändert worden ist, zuzuordnen sind, und deren Anwendung einen besonders invasiven Charakter aufweist ***und langzeitig (i.S.v. Anhang IX der Richtlinie 93/42/EWG des Rates) ist****.“*

„neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept“

Laut Gesetzesbegründung sollen nicht Schrittinnovationen sondern nur Sprunginnovationen dem geplanten Bewertungsverfahren unterliegen. Die Begriffe Schritt- und Sprunginnovation bezeichnen Innovationen in der Produktentwicklung und nicht die Weiterentwicklung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Die Intention des Gesetzgebers, medizintechnische Sprunginnovationen bewerten zu wollen, sollte sich daher auch in der Definition des neuen theoretisch-wissenschaftlichen Konzeptes widerspiegeln: Voraussetzung für ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept sollte eine neue Behandlungsmethode sein, welche durch ein neues Medizinprodukt im Sinne einer Sprunginnovation ermöglicht wird.

Einbindung der am Nationalen Strategieprozess „Innovationen in der Medizintechnik“ beteiligten Bundesministerien

Der Ansatz der ressortübergreifenden Bündelung der für die Medizinprodukteindustrie relevanten Politikfelder im Nationalen Strategieprozess „Innovationen in der Medizintechnik“ der Bundesregierung unter Beteiligung von BMG, BMBF und BMWi war und ist sehr begrüßenswert. Um diesen Ansatz fortzusetzen und nachhaltig zu bewehren sollte auch das BMWi an der Erarbeitung der Rechtsverordnung beteiligt werden.

§137h Abs. 2 Satz 3

„Nähere Kriterien zur Bestimmung der in den Sätzen 1 und 2 genannten Voraussetzungen regelt das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem

Bundesministerium für Bildung und Forschung ***und dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie*** *erstmals bis zum 31. Dezember 2015 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates."*

3. Übersendung der Unterlagen zum Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse an GBA erst bei NUB-Status 1

Das Verfahren nach §137h sieht derzeit vor, dass Krankenhäuser bei NUB-Anträgen zu einer Methode mit einem Medizinprodukt gemäß §137h Abs. 2 die geforderten zusätzlichen Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse gleichzeitig zum NUB-Antrag an den GBA senden, obgleich zu diesem Zeitpunkt noch nicht absehbar ist, ob die Methode vom InEK als NUB mit Status 1 eingestuft wird (erfahrungsgemäß werden rund 50% der Anträge abgelehnt und erreichen keinen NUB-Status 1). Hinzu kommt, dass häufig mehrere Krankenhäuser NUB-Anträge zu gleichen Themenstellungen einreichen, ohne jeweils vom anderen Antrag Kenntnis zu haben.

In vielen Fällen würden also personal- und zeitaufwändig Informationsunterlagen zusammengestellt, die dann nach einer negativen InEK-Entscheidung nicht mehr benötigt werden. Der unnötige Aufwand fällt bei den Krankenhäusern und Herstellern, die die geforderten zusätzlichen Informationen für den GBA zusammenstellen, aber auch beim GBA an, der zahlreiche überflüssige Informationsunterlagen erhält.

Änderungsvorschlag: Erst bei einem vom InEK zugeteilten NUB-Status 1 sollten die zusätzlichen Informationsunterlagen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse an den GBA übermittelt werden müssen. Kliniken stellen wie bisher bis zum 31. Oktober eines Jahres NUB-Anträge. Dabei wird im Antrag zusätzlich vermerkt, ob es sich um ein Medizinprodukt gemäß §137h Abs. 2 handelt. Das InEK entscheidet wie bisher bis zum 31. Januar des Folgejahres, welche Methoden als NUB 1 einzustufen sind, und übersendet dem GBA eine Aufstellung der Methoden, die erstmals als NUB eingestuft wurden. Der GBA fordert die anfragenden Krankenhäuser dann auf, die zusätzlichen Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse für diese Methoden zu übermitteln.

§137h Abs. 1 Satz 1

„Wird hinsichtlich einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht, erstmalig eine Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes gestellt, hat das anfragende Krankenhaus ***~~dem Gemeinsamen Bundesausschuss~~ ~~zugleich~~ dem mit der Abwicklung der Anfra-***

gen nach § 6 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz beauftragten Institut mitzuteilen, dass ein Medizinprodukt im Sinne von Absatz 2 Satz 1 verwendet wird. Das Institut übermittelt dem Gemeinsamen Bundesausschuss bis zum 31.01. eines jeden Jahres eine Aufstellung der nach Satz 1 gemeldeten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die erstmalig im Sinne von § 6 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz anerkannt wurden. Der Gemeinsame Bundesausschuss fordert hinsichtlich der Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach Satz 2 von den anfragenden Krankenhäusern unverzüglich *Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu dieser Methode sowie zu der Anwendung des Medizinprodukts* ~~***zu übermitteln an***~~*."*

4. Zur Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten sind spezifische wissenschaftliche Leitlinien zu entwickeln

Es ist erfreulich, dass der Gesetzentwurf für die Dauer der Erprobung eine Frist von zwei Jahren im Gesetz festschreibt. Es ist jedoch unklar, mit welchen Bewertungsinstrumenten der Nutzen innerhalb dieser Frist belegt werden soll.

Die Methodik der Nutzenbewertung bei pharmazeutischen Wirkstoffen über randomisierte kontrollierte Studien (RCT) kann nicht pauschal auf Medizinprodukte übertragen werden. Denn pharmazeutische Wirkstoffe können bei der Nutzenbewertung isoliert betrachtet werden. Medizinprodukte entfalten dagegen häufig erst im Zusammenspiel mit anderen Behandlungsschritten eine medizinische Wirkung. So ist z.B. ein direkter Beitrag einer verbesserten bildgebenden Diagnostik auf die Überlebensrate von Krebspatienten nur schwer messbar. Die Therapieentscheidung (OP, Bestrahlung, Chemotherapie) hat hierauf den größten Effekt. Die vorhergehende Diagnostik ermöglicht aber erst die Entscheidung über die beste Therapie.

Daher müssen für Medizinprodukte erst noch eigene Instrumente und spezifische wissenschaftliche Leitlinien für die Nutzenbewertung entwickelt werden, die der Heterogenität der Produkte, ihrer Funktionsweise und ihrer Rolle innerhalb der jeweiligen Methode gerecht werden. Aufgrund der großen Vielfalt der Medizinprodukte kann nicht pauschal geregelt werden, welches Studiendesign jeweils für den Nutzennachweis heranzuziehen ist. Für eine sachgerechte, transparente und praktikable Nutzenbewertung sollten alle Bewertungsmethoden, die eine hohe Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Versorgungsrealität gewährleisten, Berücksichtigung finden. RCT sind bei Medizinprodukten größtenteils weder notwendig und möglich, noch ethisch vertretbar.

Wirksamkeit und Nutzen können auch im Rahmen von Begleitforschung, Fallserien, Beobachtungsstudien, Erkenntnissen aus Routine- und Abrechnungsdaten sowie Registern nachgewiesen werden. Hierbei sollten auch andere Nutzen-Dimensionen wie z.B. Kostensenkungen, Lebensqualität, Anwenderfreundlichkeit, verbesserte und effizientere Prozesse berücksichtigt werden.

§92a - Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

SPECTARIS und ZVEI begrüßen die Einrichtung eines Innovationsfonds für die Förderung von neuen Versorgungsformen. Der Fonds kann zu einer verbesserten Durchlässigkeit der Sektorengrenzen beitragen. Wichtig dafür ist aber, dass es keine zu enge Beschränkung auf konkrete Vertragsmodelle gibt. Wenn innovative Versorgungsformen gefördert werden sollen, muss dies auch außerhalb etablierter Strukturen möglich sein. Es ist sehr zu begrüßen, dass auch die Industrie ein Antragsrecht erhält.

§140 - Besondere Versorgung

Die Überwindung der starren Sektorengrenzen bietet großes Potenzial für die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung. Die Vorschläge im Gesetzentwurf für Gegenmaßnahmen bei Entstehung einer Unterversorgung, zur Qualifizierung des Entlassmanagements, zur Beseitigung der Überregulierung der Selektivversorgung und zur Förderung innovativer Versorgungsformen stellen daher erfreuliche und wichtige Schritte dar. Um die Integrierte Versorgung und die dazu erforderliche Beseitigung der noch bestehenden strukturellen Hemmnisse zu befördern, müssen aber weitere Rahmenbedingungen neu bestimmt, gesetzliche Regelungen vereinfacht und vereinheitlicht werden.

§284a – Beauftragung externer Hilfsmittelberater (Vorschlag aus der Stellungnahme des Bundesrates)

Der Bundesrat schlägt in seiner Stellungnahme vor, dass der GKV-Spitzenverband Anforderungen für den Einsatz externer Hilfsmittelberater definiert und gesetzliche Maßnahmen den Datenschutz gewährleisten sollen. Es gibt aus Sicht von SPECTARIS und ZVEI jedoch bereits ausreichende Möglichkeiten für die Krankenkassen, über den Medizinischen Diensten der Krankenkassen (MDK) den Bedarf von Hilfsmittel zu ermitteln und Verordnungen zu überprüfen. Für die Wahrung des Datenschutzes sind beim MDK schon heute verlässliche Strukturen vorhanden, die für ein neues System der externen Hilfsmittelberater erst angelegt werden müssten. Ebenso sind durch die rechtlichen Strukturen des MDK, der Rechtsweg und die Einsicht in Unterlagen durch den Versicherten gewahrt.

Vorschlag: Von dem Einsatz zusätzlicher externer Hilfsmittelberater ist abzusehen. Vielmehr sollten die Strukturen des MDK gestärkt und die Beauftragung durch den MDK klar geregelt und Qualitätsanforderungen definiert werden, damit es nicht zu Nachteilen für die Versicherten und zu Datenschutzrechtsverletzungen kommt. Der Aufbau einer Doppelstruktur, in der externe Hilfsmittelberater mit Aufgaben des MDK betraut werden, erscheint nicht zielführend. Im Übrigen wird auf die diesbezügliche Stellungnahme der Interessengemeinschaft Hilfsmittelversorgung (IGHV) verwiesen.

SPECTARIS - Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien e.V.

Marcus Kuhlmann
Leiter Fachverband Medizintechnik

Werderscher Markt 15, 10117 Berlin
Telefon: 030 41 40 21 17
E-Mail: kuhlmann@spectaris.de

ZVEI - Zentralverband Elektrotechnik- und Elektronikindustrie e.V.

Hans-Peter Bursig
Geschäftsführer des Fachverbandes Elektromedizinische Technik

Lyoner Str. 9, 60528 Frankfurt am Main
Telefon: 069 6302 206
E-Mail: bursig@zvei.org

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(41)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.
15_GKV-VSG
24.03.2015

SPITZENVERBAND DER HEILMITTELVERBÄNDE E.V. |
Postfach 210 280 | 50528 Köln

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
10111 Berlin

Per Mail: michael.thiedemann@bundestag.de

Köln, 23. März 2015

Stellungnahme des Spitzenverbandes der Heilmittelverbände (SHV) e.V. zur Anhörung am 25. März 2015

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) vom 25. Februar 2015

Bundestagsdrucksache 18/4095

1. Abschaffung der Grundlohnsummenbindung Heilmittel

Von besonderer Dringlichkeit ist, Vergütungserhöhungen im Heilmittelbereich von der **Grundlohnsummenbindung** zu lösen, weil sie es nicht erlaubt, eine angemessene Vergütung im Heilmittelbereich zu erreichen. Die derzeitigen Verhandlungsmöglichkeiten bieten im Korsett der Grundlohnsummenbindung nicht ausreichend Raum, um u.a. die Vergütungsdifferenzen zwischen West und Ost auszugleichen und die Heilmittelberufe angesichts des Fachkräftemangels für junge Menschen attraktiver zu gestalten. Wir verweisen auf die bekannten Untersuchungen, zuletzt im Bereich Berlin/Brandenburg, die aufgrund der fallenden Ausbildungszahlen davon ausgehen, dass in wenigen Jahren ein akuter Therapeutenmangel bestehen wird.

2. Modellvorhaben Ergotherapie

Es ist für den Berufsstand der **Ergotherapeuten** ein besonderes Ärgernis, dass es in ihrem Leistungsbereich nicht möglich ist, in **Modellvorhaben** vergleichbar

denen der Physiotherapeuten neue Formen der Leistungserbringung zu erproben, bei denen z.B. Menschen mit chronischen Erkrankungen in den Fokus gestellt werden. Aus Sicht des SHV sollte der aktuelle Gesetzestext in § 63 Absatz 3 b Satz 2 SGB V daher um eine entsprechende Regelung für den Bereich Ergotherapie ergänzt werden.

3. Entlassmanagement

Die Änderungen in § 39 Absatz 1 a Satz 5 (NEU) SGB V die wir von der Zielrichtung her ausdrücklich begrüßen, erlauben Krankenhausärzten, im Rahmen des **Entlassmanagements** **Heilmittelverordnungen** für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen auszustellen. Z.B. bei Hemiplegie-Patienten ist diese Heilmittelversorgung eindeutig zu kurz bemessen, weil alleine die Terminvereinbarung mit dem Haus- bzw. Facharzt zur notwenigen Weiterverordnung nicht so kurzfristig getroffen werden kann.

Der in Satz 7 (NEU) vorgesehene Rahmenvertrag ist verzichtbar, zumal die Heilmittelerbringer nicht beteiligt werden. Wir schlagen stattdessen vor, die Verordnungstätigkeit der Krankenhausärzte im Rahmen des Entlassmanagements an den Heilmittelkatalog anzubinden; dann besteht nicht nur Verordnungsklarheit für den Krankenhausarzt; vor allem kann auch das in Satz 7 vorgesehene neue Gremium entfallen.

Sollte ein solches Gremium dennoch eingerichtet werden, erscheint uns eine Beteiligung der Heilmittelverbände zwingend, um die notwendige Praxisnähe der Ausgestaltung des Verordnungsrechtes nach Satz 5 sicherzustellen.

Änderung der Berufsausbildungsgesetze nach den Vorgaben der Entscheidung des BVerwG v. 26.8.2009, Az.: 3 C 19.08

4. Verbindlichkeit der Rahmenempfehlungen (Ziffer 57) - - Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung pp

Die Neuregelung wird ausdrücklich begrüßt. Der Handlungsauftrag an die Vertragspartner der Verträge nach § 125 Absatz 2 SGB V kann jedoch in der Praxis unterlaufen oder verzögert werden. Von daher schlagen wir eine unmittelbare Bindung der Vertragspartner nach § 125 Absatz 2 SGB V durch die Inhalte der Rahmenempfehlungen nach § 125 Absatz 1 Satz 4 Nr. 3 a vor, indem der Entwurfstext wie folgt neu gefasst wird:

„Die Inhalte der Rahmenempfehlungen nach Satz 4 Nr. 3 a werden Bestandteil der Verträge nach Absatz 2.

5. Wirtschaftlichkeit der Versorgung - - Verbot von Bonuszahlungen

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass ab 2017 die **Wirtschaftlichkeit der Versorgung** mit ärztlich verordneten Leistungen anhand von Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner auf Landesebene geprüft wird. Wir erwarten hieraus eine größere Nähe der Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu den konkreten Gegebenheiten auf Landesebene. Allerdings hat es in der Vergangenheit Vereinbarungen gegeben, bei denen z.B. ein Arzt durch eine Unterschreitung seines Heilmittelbudgets unmittelbar Honorarverbesserungen erzielen konnte. **Dies ist ethisch nicht hinnehmbar, weil kein Arzt einen wirtschaftlichen Vorteil aus einer unterlassenen Verordnung ziehen darf.** Aus den Erfahrungen der Vergangenheit heraus erscheint es notwendig, dies im Gesetz zu verankern, indem § 106 b (n.F.) Absatz 1 Satz 1 SGB V um folgenden Halbsatz ergänzt wird:

„..; eine Vereinbarung von Bonuszahlungen bei einer Unterschreitung des Heilmittelbudgets ist unzulässig;“.

6. Wirtschaftlichkeitsprüfung Heilmittel

§ 106 b Absatz 4 Ziffer 1 SGB V enthält Bereiche von Heilmittelverordnungen, die bereits nach geltendem Recht von den Wirtschaftlichkeitsprüfungen ausgenommen sind. Nichts anderes sollte für Heilmittelverordnungen im Regelfall gelten, die die Vorgaben der Heilmittelrichtlinie/des Heilmittelkatalogs erfüllen, weil auch diese einer wirtschaftlichen Verordnungsweise entsprechen, sowie für Verordnungen, bei denen nach bisherigem Recht Praxisbesonderheiten anzuerkennen sind.

Wir schlagen deshalb vor, § 106 b Absatz 4 Ziffer 1 um folgende Ziffern 2 und 3 zu ergänzen:

„(2) Verordnungen von Heilmitteln im Regelfall, bei denen der verordnende Arzt die Vorgaben der Heilmittelrichtlinie gemäß § 92 Absatz 6 SGB V berücksichtigt hat;“

„(3) Verordnungen von Heilmitteln, denen Diagnosen zugrunde liegen, die als Praxisbesonderheit anzuerkennen sind.“

Ziffer 2 des Entwurfs wird zu Ziffer 4

7. Weitere Kernforderungen

Im laufenden Gesetzgebungsverfahren werden zwei wichtige Anliegen der Heilmittelerbringer nicht berücksichtigt:

a) Der Heilmittelkatalog zur Heilmittelrichtlinie enthält sogenannte **Zertifikatspositionen**, die nur von Therapeuten abgegeben werden dürfen, die eine im Einzelnen definierte Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen haben. Vor dem Hintergrund der Entscheidungen des LSG Rheinland-Pfalz und des OLG Köln erscheint es notwendig, § 125 Absatz 1 Satz 4 Ziffer 2 SGB V wie folgt zu ergänzen:

   „Maßnahmen zur Fortbildung, inkl. der Anforderungen an Weiterbildungsträger, Weiterbildungsstätten und Fachlehrer und Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen,“

b) Der **Direktzugang** (ausschließlich) der Selbstzahler zu den Heilmittelerbringern ist deutlich zu erleichtern. Erforderlich ist hierzu eine Änderung der Berufsausbildungsgesetze nach den Vorgaben der Entscheidung des BVerwG v. 26.8.2009, Az.: 3 C 19.08.

SpiFa
Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V.

SpiFa e.V. | Straße des 17. Juni 106-108 | 10623 Berlin

Deutscher Bundestag
Sekretariat des Ausschusses für Gesundheit
z. Hd. Herrn Michael Thiedemann
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(31)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.
15_GKV-VSG
23.03.2015

Datum: 23. März 2015

Stellungnahme vom Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) zum Entwurf eines GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

Sehr geehrter Herr Thiedemann,

anbei erhalten Sie die Stellungnahme vom Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) Gesetzentwurf (BT-Drs 18/4095) zur öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss am 25. März 2015 mit der Bitte um Weitergabe an die Mitglieder des Ausschusses.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V.

Lars F. Lindemann
Hauptgeschäftsführer

Anlagen:
- Anlage 1 (Stellungnahme)

Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V.

Vorstand
Dr. Andreas Gassen (Vorsitzender)
Dr. Dirk Heinrich
Dr. Axel Schroeder

Hauptgeschäftsführer
Lars F. Lindemann

Ehrenpräsident
Dr. Andreas Köhler

Hauptstadtbüro
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin

T +49 (0)30 40 00 96 31
F +49 (0)30 40 00 96 32

info@spifa.de
www.spifa.de

Verbindungsbüro Brüssel
Ave. Michel-Ange 7
BE-1000 Brüssel

T +32 (0)2 342 00 97

Bankverbindung
ApoBank Berlin
IBAN DE85 3006 0601 0001 4051 28
BIC DAAEDEDDXXX

Vereinsregister
AG Charlottenburg
VR 29131 B

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. setzt sich zusammen aus:
Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA), Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V. (BNC), Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD), Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND), Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (bng), Bundesverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO), Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO), Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Bundesverband der Pneumologen (BdP), Bundesverband Deutschland für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (bdpm), Berufsverband der Rehabilitationsärzte Deutschlands e.V. (BVPRM), Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V. (BDRh), Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BDU), Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO), Deutscher Facharztverband (DFV), Bundesverband der Belegärzte e.V. (BdB), Anästhesie-Netz-Deutschland e.V. (AND), Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP), Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG). Assoziierte Mitglieder: Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. (NAV-Virchow-Bund), Berufsverband Niedergelassener Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V (BNGO e.V.)

Stellungnahme vom

Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpiFa) e.V.

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

Gesetzentwurf - BT-Drs 18/4095

Kontakt:

Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpiFa) e.V.
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin

Telefon: 030 – 40 00 96 31
Telefax: 030 – 40 00 96 32
e-mail: info@spifa.de

Berlin, den 23. März 2015

Einleitung

Das Gesetzesvorhaben zielt darauf ab, auch künftig eine flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung sicherzustellen, die Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung zu verbessern, den schnellen Zugang der Versicherten zur medizinischen Versorgung zu schaffen und Innovationen in der Versorgung zu fördern.

In der Gesamtheit der zahlreichen Maßnahmen müssen wir als Spitzenverband der Fachärzte in Deutschland jedoch feststellen, dass die Balance zwischen hausärztlichem und fachärztlichem sowie zwischen ambulantem und stationärem Versorgungsbereich fortgesetzt nachhaltig beschädigt wird. Dies wird der fachärztlichen Versorgung von heute und ihrer Bedeutung für die Versorgung von morgen nicht mehr gerecht. Daher sind die deutschen Fachärzte in großer Sorge. Niedergelassene Fachärzte betreuen heute bereits rund 60 Prozent der ambulanten Fälle. Bei vielen medizinischen Krankheitsbildern erfüllen sie aktuell die Funktion des Primärversorgers. Die niedergelassenen Fachärzte sind gemeinsam mit ihren hausärztlichen Kolleginnen und Kollegen Vorreiter für kooperative fach- und sektorenübergreifende Versorgungsansätze (Praxisnetze, Integrierte Versorgung, Belegarzt-, Konsiliararzt- und Honorararztwesen, ambulantes Operieren, ASV). Angesichts eines zu erwartenden, strukturellen Hausarztmangels wäre eigentlich zu erwarten, dass diese kooperativen Ansätze weiterentwickelt werden. Stattdessen setzt die Politik verstärkt auf monetäre und strukturelle Unterstützung von Hausärzten, die zwar bei der Honorarverteilung seit Jahren wirkt, aber bereits in der Vergangenheit nicht die in sie gesetzten Erwartungen in der Versorgung erfüllt hat.

In Betrachtung einzelner ausgewählter Aspekte wollen wir darlegen, warum der durch das Versorgungsstärkungsgesetz eingeschlagene Weg – in Verbindung mit zurückliegenden und anstehenden Gesetzesvorhaben – die Freiberuflichkeit in der Berufsausübung des Vertragsarztes schwächt. Exemplarisch genannt sind hier die neuen Aufkaufsregelungen, bei der Nachbesetzung von Arztsitzen, die Einführung von Terminservicestellen und die Stärkung des stationären Sektors. Dadurch werden bestehende Strukturen geschwächt und nicht zukunftsfest weiterentwickelt, beispielsweise durch Intensivierung der Anreize zur Kooperation. Im Ergebnis wird die gute bestehende ambulante Versorgung durch ein flächendeckendes System selbständiger Praxen freiberuflicher Ärzte gefährdet.

Aufkauf von Arztsitzen (§ 103 Abs. 3a SGB V)

Sachlich ist festzustellen, dass durch die Änderung des § 103 Absatz 3a von einer „Kann"- in eine „Soll"-Regelung ab Inkrafttreten alle künftigen Nachbesetzungsverfahren in Gebieten mit einer festgestellten Überversorgung bei einem Versorgunggrad von mehr als 110 Prozent betroffen sind. Dies berührt derzeit etwa 16.000 Fachärzte, 3.500 Psychotherapeuten und 750 Hausärzte.
Selbst bei einer Anpassung der Wirksamkeit des neuen § 103 SGB V auf 150 oder 200 Prozent des Versorgungsgrades, wäre die Aufkaufregelung zwar entschärft, sie ist jedoch für die betroffenen Ärzte existentiell bei der weiteren Planung ihres Lebensweges, greift also unmittelbar in die wirtschaftliche Praxis- und Lebensplanung ein.
Durch die Änderung der „Kann"- in eine „Soll"-Vorschrift muss sich der Zulassungsausschuss künftig gegen eine Nachbesetzung entscheiden. Auch der Ermessensfall ist durch die Gesetzesänderung in Richtung Ablehnung gesteuert. Entscheidet der Zulassungsausschuss hingegen für eine Wiederbesetzung, handelt es sich um einen „atypischen Fall einer Ermessensentscheidung". Dieser liegt im vollen Umfang der gerichtlichen Kontrolle (BVerwG 16.5.83, 1 C 230/79).
Die Koppelung von Ausnahmen einer Nicht-Wiederbesetzung und der Regelung in § 103 Abs. 3a SGB V, außer sie sei „aus Versorgungsgründen nicht erforderlich", kombiniert verbindliches Verwaltungshandeln mit einem unbestimmten Rechtsbegriff. Das Merkmal „aus Versorgungsgründen nicht erforderlich" ist in Inhalt und Definition nicht eindeutig und ermöglicht Interpretationen. Die beispielhafte Nennung von Beispielen im Begründungstext wird zu Auslegungsfragen führen, die in der Regel in gerichtlichen Überprüfungen münden.
Besonders kritisch wird die Anwendung der Aufkaufregelung in bestehenden Berufsausübungsgemeinschaften, die weniger als drei Jahre bestehen. Hierdurch entsteht ein Eingriff in das Gesamteigentum der Berufsausübungsgemeinschaft.
Mit dieser Gesetzesänderung treten Rechtsfragen auf, die in langwierige juristische Auseinandersetzungen münden werden. Das von der Aufkaufregelung ausgehende politische Signal an die nachfolgende Generation von Vertragsärzten, die zu erwartenden juristischen Auseinandersetzungen und die wirtschaftliche Belastung durch Rückstellungen, die hierfür in den Kassenärztlichen Vereinigungen gebildet werden müssen, stehen in keinem Verhältnis zum gewünschten Ziel, möglicherweise nicht-versorgungsrelevante Praxen, bzw. deren potentielle Nachfolger, in unterversorgte Gebiete zu lenken.
Da MVZ und angestellte Ärzte von den Regelungen zum Aufkauf von Arztsitzen ausgenommen sind, verstärkt sich einseitig der Druck auf selbständig freiberuf-

lich tätige Ärzte in freier Praxis. Dies widerspricht in hohem Maße der Absichtserklärung des Koalitionsvertrages:

> *„Die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist unverzichtbares Element für die flächendeckende ambulante Versorgung. Sie ist ein Garant für die Diagnose und Therapiefreiheit und für die freie Arztwahl.“*
> *(Koalitionsvertrag „Deutschlands Zukunft gestalten“, Seite 53)*

Bedarfsplanung als Grundlage für die Aufkaufregelung ungeeignet

Die reinen Verhältniszahlen von Einwohnern zu Ärzten in der heutigen Bedarfsplanung spiegeln weder den aktuellen noch den zukünftigen Versorgungsbedarf anhand der Morbidität wider. Zudem vernachlässigt sie alle soziodemographischen Komponenten und ihren Zusammenhang mit der Krankheitslast der Bevölkerung. Beides ist jedoch Grundlage für die patienten- und wohnortnahe Bereitstellung von medizinischem Fortschritt und die Herstellung von Versorgungsgerechtigkeit.
Stattdessen wird mit alten Verhältniszahlen fälschlicherweise suggeriert, dass ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent überflüssige Kapazitäten vorgehalten würden. Tatsächlicher Behandlungsbedarf, Mitversorgereffekte und die demographische sowie soziale Entwicklung werden vernachlässigt. Eine Bedarfsplanung auf Grundlage von im Jahr 1991 festgestellten und lediglich fortgeschriebenen Verhältniszahlen bildet keine wissenschaftlich begründete Basis einer realen Bedarfsermittlung sondern ist lediglich eine Zustandsbeschreibung beruhend auf Ist-Zahlen. Zudem fehlt Einbeziehung der demografischen Situation der Ärzte im jeweiligen Planungsbereich völlig. Auf Grundlage des Bundesarztregisters ist heute schon bekannt, dass in den nächsten fünf Jahren rund 25.000, in den nächsten zehn Jahren bis zu 50.000 Ärzte ihre Tätigkeit in der Niederlassung ruhestandsbedingt aufgeben werden.
Lösung:
Eine auf Bewohner-Arztzahlen begründete Bedarfsplanung für die ambulante Versorgung muss dringend und umfassend reformiert, besser völlig neu definiert werden. Erst auf Grundlage einer fundierten, an der heutigen Morbidität und dem zukünftigen Versorgungsbedarf orientierten Bedarfsplanung, die wissenschaftlich

valide etabliert wird, kann in einem zweiten Schritt über die Verteilung von Arztsitzen entschieden werden.

Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung Bestandsschutz für Krankenhäuser (§ 116b Abs. 8 SGB V)

Mit der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) entsteht derzeit neben der Grundversorgung durch Haus- und Fachärzte einer weitere wichtige Säule der spezialisierten Versorgung. Dabei wird gerade hier ein Weg beschritten, der den Ausbau des Kooperationsgrades zwischen ambulantem und stationärem Sektor vorantreibt, der hilft, die Sektorengrenzen abzubauen. Die gleichberechtigte Teilnahme niedergelassener Ärzte und Krankenhäuser wurde dabei als Kernmerkmal dieses Versorgungsbereiches definiert. Umso unbegreiflicher ist die nun beabsichtigte einseitige Änderung der Rahmenbedingungen bei der ASV, die dem stationären Sektor einen Bestandsschutz von vor dem 31.12.2011 abgeschlossenen Verträgen ermöglicht und daher das Gesamtkonzept der neuen ambulant-spezialfachärztlichen Versorgung torpediert.
Gerade durch die Neufassung der ASV wurden neue qualitative Standards definiert, die einer Verbesserung der Patientenversorgung dienen. Diese Gesetzesänderung ist mit der im Vorgängergesetz begonnenen „Qualitätsoffensive“ samt Gründung eines Qualitäts-Institutes nicht vereinbar. Die durch den Bestandsschutz eintretende Verwässerung der ASV ist faktisch ein Qualitätsabbau in diesem Bereich.

Parität in den Vertreterversammlungen und getrennte Abstimmungen (§ 79 Abs. 3a SGB V) Einrichtung eines beratenden Fachausschusses angestellte Ärzte (§ 79 c SGB V)

Die Grundsätze der Freiberuflichkeit von Vertragsärzten und deren korporative Organisation in eigener Selbstverwaltung sind seit über 80 Jahren tragendes Element der sozialen Krankenversicherung. Das Spannungsfeld von medizinisch notwendiger Behandlung und den dafür bereitgestellten wirtschaftlichen Mitteln wurde mit Bedacht in die Hände ärztlicher Verantwortung und Kompetenz gelegt. Die Alternativen hierzu wären die Entfaltung der freien Kräfte eines ungeregelten Marktes oder die strikte Regulation durch staatliche Lenkung.

Die ambulante Versorgung lässt sich, wie zuvor an mehreren Stellen beschrieben, nur kooperativ sicherstellen. Daher wird die Einrichtung eines beratenden Fachausschusses für angestellte Ärzte begrüßt. Dies entspricht der heutigen und künftigen Versorgungsrealität.
Die Einführung einer Parität widerspricht diesen Anforderungen grundsätzlich. Der Eingriff des Gesetzgebers in einen bestehenden Wahlkörper ist nicht akzeptabel. Das mit der Einführung einer Parität entstehende gewichte Stimmrecht einzelner Vertreter ist undemokratisch und verfassungsrechtlich bedenklich. Die über eine Urwahl bestimmten Vertreter in Kassenärztlichen Vereinigung sind originär Repräsentanten der gesamten Vertragsärzteschaft. Eine nachträgliche, gesetzgeberische Zuordnung dieser allgemein und frei gewählten Repräsentanten zu einer haus- oder fachärztlichen Fraktion ist vom Grundsatz her falsch, da die Gewählten juristisch nicht ausschließlich für einen Versorgungsbereich legitimiert sind, das heißt, kein imperatives Mandat haben.
Die Vertreterversammlungen repräsentieren die Vertragsärzteschaft in ihrer Gesamtheit.
Durch den Eingriff des Gesetzgebers in die Stimmverhältnisse der Vertreterversammlungen wird dieser Grundsatz ausgehöhlt, ein undemokratisches, gewichtetes Stimmrecht eingeführt und damit die Legitimation und die Akzeptanz der Selbstverwaltung geschwächt. Als eine weitere Folge besteht die Gefahr einer weiteren Entsolidarisierung innerhalb der Ärzteschaft.

Terminservicestellen (§ 75 Abs. 1a SGB V)

Der dem Gesetzesvorhaben zu Grunde liegende Koalitionsvertrag greift hier ein Thema mit einer subjektiven Betrachtungsweise auf, die zuvor nicht unter objektiven Kriterien umfassend beleuchtet wurde. Die sicherlich nicht zu leugnenden Fälle langer Wartezeiten auf einen Facharzttermin – bei insgesamt jährlich rund 580 Millionen ambulanten Behandlungsfällen (2013) – lassen sich nicht über eine pauschalierte und zentralisierte Regelung lösen.
Etwa zwei Drittel der Bundesbürger erhalten innerhalb von drei Tagen einen Facharzttermin (Repräsentativbefragung der KBV). Von einer überwiegenden Mehrheit der Versicherten wird die Terminvergabe nicht als ein drängendes Problem gesehen. Im internationalen Vergleich der OECD-Länder liegt Deutschland bei der Terminvergabe hinter der Schweiz auf Platz zwei.
In Wirklichkeit besteht hier ein Zielkonflikt aus einem ungehinderten, ungesteuerten und als Selbstverständnis beanspruchten Zugang zu allen Leistungen des

Gesundheitssystems einerseits und begrenzten Mitteln andererseits. Dieses – auch von der Politik stets proklamierte – unbegrenzte Leistungsversprechen bei begrenzten Mitteln erzeugt ein Spannungsfeld, dass derzeit in den Vertragsarztpraxen gelöst wird. Hierzu ist die Freiberuflichkeit des Arztes in einer legitimierten und arbeitsfähigen Selbstverwaltung die Voraussetzung.
Die Freiberuflichkeit des Vertragsarztes ist Garant für eine patientenorientierte Versorgung durch freie Arztwahl und das vertrauensvolle Patienten-Arzt-Verhältnis einerseits und sachgerechten Einsatz der Mittel, also das Wirtschaftlichkeitserfordernis der Vertragsarztpraxis, andererseits. Die hoheitliche Aufgabe wird teilweise auf die Selbstverwaltung delegiert.
Durch Eingriffe des Gesetzgebers, wie hier durch die Terminservicestellen, aber auch durch direkte Eingriffe in die Selbstverwaltung (§ 79 Abs. 3a) wird dieses System von Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung, das für immerhin über 80 Jahre tragendes Element der sozialen Krankenversicherung war, nachhaltig beschädigt.
Lösung:
Eine Verbesserung der Terminvergabe bei Fachärzten ist nur durch eine Weiterentwicklung der Patientensteuerung zu erzielen. Dabei müssen die freie Arztwahl und die Freiberuflichkeit des Vertragsarztes sichergestellt sein. Eine soziale Eigenbeteiligung und eine Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten sind dabei unterstützende Elemente.
Die kurative Primärversorgung kann ebenso wie die Prävention dauerhaft nicht nur von Hausärzten allein wahrgenommen werden. Selbst wenn alle bisherigen und zukünftigen Maßnahmen zugunsten einer hausarztzentrierten Versorgung, der Förderung der Allgemeinmedizin in Aus- und Weiterbildung greifen würden, können Hausärzte allein die Veränderung der Morbidität, die Auswirkungen des medizinischen Fortschritts sowie künftige Anforderungen an Patientenkoordination und -steuerung nicht allein bewältigen – die Krankenhäuser im Übrigen auch nicht.
Die Versorgung des Patienten kann dabei – je nach Morbidität – von einem Hausarzt oder einem koordinierenden Facharzt erfolgen. Hierfür ist der Ausbau von fachübergreifender Kooperation und Vernetzung – auch der fachübergreifenden Praxisnetze mit regionalem Versorgungsgebiet –erforderlich. Dies hat der Gesetzgeber bereits erkannt und in Ansätzen umgesetzt (Praxisnetzförderung nach § 87b SGB V) und dafür Vorgaben hinsichtlich Strukturen, Qualität und Wirtschaftlichkeit formuliert. In anderen Regelungen dieses Gesetzes und in Vorgängergesetzen, wie etwa bei der Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung wird auf diesen kooperativen Aspekt verzichtet. Dies ist inkonsistent, da der Ge-

setzgeber hier auf seine Einflussmöglichkeiten für einen höheren Kooperationsgrad, eine bessere Qualität und mehr Effizient in der Versorgung verzichtet.
Die Einführung von Terminservicestellen wird zudem die bereits heute schon bekannte Unterversorgung in bestimmten Fachgruppen und Regionen bestätigen. Diese Unterversorgung lässt sich nicht durch eine Verlagerung der Versorgung in den stationären Sektor ausgleichen, da dort in der Regel dieselben Kapazitätsengpässe vorherrschen.
Bemerkenswert ist das Eingeständnis des Gesetzgebers, dass der Facharztstatus bei diesen ersatzweisen Terminvergaben im Krankenhaus keinen Bestand mehr haben soll:

> *„Die Behandlung im Krankenhaus hat nicht zwingend durch Ärztinnen und Ärzte mit einer bereits abgeschlossenen Facharztweiterbildung zu erfolgen. Es gelten vielmehr die für die Behandlung im Krankenhaus geltenden Grundsätze, d.h. es gilt der Facharztstandard.“ (Begründung zu Nummer 31, Seite 116)*

Angesichts einer von der Politik gerade angestoßenen Qualitätsdiskussion – samt Gründung eines eigenen „Qualitäts-Institutes“ – steht die Gesetzgebung in diesem Bereich diametral dem Vorgängergesetz entgegen. Dieser Qualitätsabbau in der ambulant fachärztlichen Versorgung im Klinikbereich muss politisch erklärt werden.
Zur Lösung sind hier zwei Sachverhalte grundsätzlich neu anzugehen:

- Eine Entscheidung, wie eine zentrale Terminkoordination, die auf einer falschen Grundlage – der derzeitigen Bedarfsplanung – beruht, wird zu falschen Ergebnissen führen, so lange die falsche Grundlage als Ursache fortgeschrieben wird. Daher muss zunächst die Bedarfsplanung grundlegend reformiert werden.
- Für eine bessere Patientensteuerung und damit für einen reibungslosen Übergang zwischen den Fachgruppen und Sektoren muss die Kooperation ausgebaut werden. Dies geschieht durch konsequente Weiterentwicklung von fachübergreifenden kooperativen Versorgungsformen und der Telematik.

Einseitige Stärkung des stationären Sektors

Durch das Versorgungsstärkungsgesetz werden – in stärkerem Maße als dies die Vorgängergesetze getan haben – die Krankenhäuser für die ambulante Versorgung geöffnet. Dadurch werden insbesondere für heute und in Zukunft tätige Fachärzte in der Vertragsarztpraxis neue und für sie existenzielle Konkurrenzsituationen geschaffen:

- Die Möglichkeit für Krankenhäuser zur ambulanten Öffnung (§ 116 a SGB V) wird ausgebaut. Angesichts von Personalengpässen und strukturellen Defiziten in den Krankenhäusern ist dies jedoch nicht am Patientennutzen ausgerichtet. Dem Facharztstatus in der Praxis steht in der Regel der Facharztstandard in der Klinik gegenüber. Dies ist in der gerade beginnenden Qualitätsdiskussion anachronistisch und nicht zu erklären. Zudem sind die strukturellen Probleme der Krankenhäuser, die erst in einer kommenden Krankenhausreform angegangen werden sollen, nicht gelöst. Der Kliniksektor wird dieses Öffnung zur Lösung seiner strukturellen Probleme nutzen und neue Erlösquellen zur Kompensation von Investitionsausfällen seitens der Bundesländer erschließen ohne dazu qualitativ und organisatorisch in der Lage zu sein.
- In der Ambulanten Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) erhalten die Kliniken einseitig einen Bestandsschutz (§ 116 b SGB V), wenn sie in diesem Bereich vor dem 31.12.2011 tätig waren. Dies erschwert spezialfachärztlich niedergelassenen tätigen Ärzten den Aufbau einer wohnortnahen, wirtschaftlichen Alternative und gefährdet den richtigen Weg der Teambildung als überwindendes Element der Sektorengrenze.
- Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V) erhalten verbesserten Zugang zur ambulanten Versorgung bei „schweren und komplexen Krankheitsbildern“. Es wird somit ein paralleler Versorgungsbereich zur ASV errichtet, bei dem wiederum die Krankenhäuser Wettbewerbsvorteile genießen. Auch hier werden Sektorengrenzen eher auf- als abgebaut.
- Die Möglichkeit für Kommunen, auch in nicht unterversorgten Gebieten MVZ zu gründen (§ 95 Abs. 1a SGV V), schafft neue Konkurrenz für die vor Ort tätigen Fachärzte. Städte, Gemeinden und Landkreise sind dem Wählerwillen verpflichtet und können mit Steuermitteln tätig werden. Diese Möglichkeit werden künftig genutzt, unabhängig von der Versorgungsrealität vor Ort bestehenden Krankenhäusern in wirtschaftlichen Schwie-

rigkeiten zu helfen. Rein aus Kassenumsätzen geführte Praxen sind nicht in der Lage in Konkurrenz zu mit Steuermitteln finanzierten MVZ treten.

- Durch zentrale Terminvergabe bei Facharztterminen und der Möglichkeit der ersatzweisen ambulanten Versorgung an Krankenhäusern werden ambulante fachärztliche Vergütungsteile bei der Terminvergabe (4-Wochen-Frist) zugunsten des Krankenhauses abfließen.

Lösung:
Erst die Krankenhausreform umsetzen und anschließend die Möglichkeiten für eine kooperative Einbeziehung der Kliniken in die Versorgung prüfen.

Versorgung von Pflegebedürftigen (§ 22a SGB V)

In § 22a SGB V wird der zunehmende Behandlungsbedarf bei der aufsuchenden Versorgung im Bereich zahnmedizinischer Leistungen geregelt. Die Versorgung von Pflegebedürftigen, Menschen mit Behinderung und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz wird dadurch verbessert. Darüber hinaus besteht ein erheblicher fachärztlicher Behandlungsbedarf bei dieser Patientengruppe. Daher ist eine analoge Regelung für fachärztliche Untersuchungs- und Behandlungsleistungen erforderlich.

Weiterbildung

Die einseitige Förderung der ambulanten hausärztlichen Weiterbildung (§ 75 a SGB V) blendet den fachärztlichen Bereich völlig aus. Ein entsprechendes Gesamtkonzept zur Weiterbildungsförderung im ambulanten Bereich ist längst überfällig. Durch die Verlagerung des Behandlungsgeschehens von stationär nach ambulant werden viele Weiterbildungsinhalte aller Fachgruppen heute schon ausschließlich im niedergelassenen Bereich durchgeführt. Diese Unwucht zu Lasten der Fachärzte in den gesetzgeberischen Maßnahmen der jüngsten Vergangenheit ist für einen fach- und sektorenübergreifenden Versorgungsansatz kontraproduktiv.
Lösung:
Die Weiterbildung im ambulanten Bereich muss sowohl für hausärztliche als auch für fachärztliche Inhalte ausgebaut und gestärkt werden. Ein Finanzierungskonzept für den fachärztlichen Bereich fehlt bis dato. Angesichts der zukünftigen

Herausforderung in der Versorgung ist eine singuläre Förderung der Hausärzte nicht zielführend (siehe Punkt „Aufkauf von Arztsitzen“ und „Terminservicestellen“). Das Stiftungsmodell der KBV muss baldmöglichst als Grundlage für die erforderliche politische Diskussion aufgegriffen werden.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 106 SGB V)

Der zum 01.01.2012 mit der Änderung des § 106 Abs. 5e SGB V begonnene Weg – „Beratung vor Regress“ – war der richtige Ansatz, um dem allgemein als ungerecht und zunehmend existenzgefährdenden Druck auf Vertragsärzte durch das Wirtschaftlichkeitsprüfungswesen zu entgegnen. Die nun bei der Neuregelung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen festzustellende Vereinfachung der diversen gesetzlichen Regelungen ist grundsätzlich zu begrüßen. Dennoch wird der erste Grundsatz – Beratung vor Regress – nun zu Gunsten von regionalen Verhandlungslösungen aufgegeben ebenso die Vereinheitlichung der Anerkennung von Praxisbesonderheiten. In Folge dessen steht zu befürchten, dass angesichts der persönlichen Haftung von Vorständen in Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen das „Regress-Geschäft“ damit auf regionaler Ebene eine Wiederbelebung finden wird. Dies wird in der niedergelassenen Ärzteschaft als ein schlechtes Signal wahrgenommen, da das Regressrisiko noch immer das Haupthemmnis für den Schritt in die freiberufliche Niederlassung ist.

Förderung Praxisnetze (§ 87 b)

Die zukünftige regionale Versorgung und Patientensteuerung kann nur durch einen Ausbau der fachübergreifenden Kooperation gelingen. Dabei ist die Vernetzung – wie bereits dargelegt – eine bereits akzeptierte und in vielen Bereichen bereits erfolgreich umgesetzte Lösung. Seit der Einführung der Förderung von Praxisnetzen und der Voraussetzung der Erfüllung struktureller, qualitäts- und wirtschaftlichkeitsbezogener Rahmenvorgaben im Jahre 2013 sind inzwischen 17 Praxisnetze entsprechend anerkannt, zahlreiche weitere im Aufbau.
Die Koordination der Versorgung eines Patienten wird zukünftig – je nach Morbidität – durch einen Hausarzt oder einen Facharzt erfolgen. Hierfür ist der Ausbau der fachübergreifenden Kooperation und der Vernetzung – auch durch fachübergreifende Praxisnetze mit regionalem Versorgungsgebiet –erforderlich. Dies hat der Gesetzgeber bereits erkannt in Ansätzen umgesetzt (Praxisnetzförderung

nach § 87b SGB V). In anderen Regelungen dieses Gesetzes und in Vorgängergesetzen, wie etwa bei der Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung durch den Gesetzgeber wird auf diesen kooperativen Aspekt verzichtet. Dies ist inkonsistent.
Nachdem viele Kassenärztliche Vereinigungen die Möglichkeiten der Förderung von Praxisnetzen (§ 87 b SGV V) nicht umgesetzt haben, ist es folgerichtig, diese Förderung für zertifizierte Netze nun verpflichtend vorzuschreiben. Es ist ein völlig falscher Ansatz, diese Förderung aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zu bestreiten. Der von Praxisnetzen über die Regelversorgung hinaus geleistete Mehrwert ist Innovation und eben nicht Regelversorgung. Daher muss diese Förderung außerhalb der Gesamtvergütung bezahlt werden. Die jetzige Regelung führt zur weiteren Schmälerung der budgetierten Gesamtvergütung, zum anderen befördert sie unnötige, kontraproduktive Verteilungsdiskussionen unter Netzärzten und Nicht-Netzärzten. Auch die Möglichkeit, Netze aus dem Strukturfonds zu fördern, ändert an diesen Verteilungsdiskussionen nichts, da auch die Strukturfonds aus der ambulanten Vergütung gespeist werden.

Innovationsfonds (§ 92 a SGB V)

Der geplante Innovationsfonds (§ 92 a SGB V) kann modernen Versorgungsformen einen neuen Impuls geben, aber auch hier stehen alle Entscheidungen unter dem direkten Einfluss von Staat und Kassen. Der Innovationsausschuss, der über die Verteilung der Gelder bestimmt, besteht aus je drei Vertretern des Kassen-Spitzenverbandes und des Bundesgesundheitsministeriums, aber nur aus je einem Vertreter von Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern sowie dem unparteiischen Vorsitzenden. Da die Entscheidungen aber mit einer Mehrheit von mindestens sieben Stimmen gefällt werden müssen, haben Kassen und Ministerium immer eine Sperrminorität.
Derzeit sind Krankenkassen und ihre Verbände, Vertragsärzte, zugelassene MVZ, Krankenhäuser, KVen, Medizinproduktehersteller, Arzneimittelhersteller und Patientenorganisationen antragsberechtigt. Vertragsärzte als Einzel-Antragsteller sind sowohl von der jeweiligen Projektgröße als auch von deren Organisationskraft anderen Gruppen von Antragberechtigten schlechter gestellt. Während MVZ Anträge stellen können, sind von der KV anerkannte Praxisnetze derzeit ausgeschlossen.

Lösung:
Der Kreis der Antragsberechtigten muss um Zusammenschlüsse von Vertragsärzten und anerkannte Praxisnetze erweitert werden. Es ist unbestritten, dass anerkannte Praxisnetze und Zusammenschlüsse von Vertragsärzten innovative Versorgungskonzepte bereits nachgewiesen haben.

Bereinigung (§ 87b SGB V)

Mit dem Auftrag an die KBV, Vorgaben für die Bereinigung von Selektivverträgen im Rahmen der Honorarverteilung zu machen (Nr. 36 d), ergreift der Gesetzgeber einseitig Partei für Selektivvertragsteilnehmer. Aus der Begründung wird ersichtlich, dass die Bereinigung von Selektivverträgen, also auch Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung, auf diejenigen Ärzte ausgeweitet werden soll, die nicht am Selektivvertrag teilnehmen. Hierdurch wird eine schiefe Ebene geschaffen, die über die Hintertüre der Bereinigung Vertragsärzte mittelbar in Selektivverträge drängen wird. Ein Vertragsarzt, der nicht an Selektivverträgen teilnimmt und unverändert seine Patienten im Kollektivvertrag versorgt, darf nicht über diese Bereinigungsregelung benachteiligt werden.

Abflüsse aus der Gesamtvergütung

Beachtenswert ist die Anzahl der Regelungen im Gesetz, die jeweils das ambulante Honorarvolumen mindern und somit nicht mehr der Versorgung des Patienten zur Verfügung stehen. Der Mittelabzug aus der Gesamtvergütung entsteht durch:

- Entschädigungen beim verpflichtenden Aufkauf von Arztsitzen
- die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin
- die Förderung von Praxisnetzen innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung
- weitere bürokratische Aufwendungen im aus der Gesamtvergütung finanzierten KV-System, beispielsweise durch die Einrichtung von Terminservicestellen
- Abfluss von ambulanten Vergütungsteilen durch die Bereinigung bei der Terminvergabe (4-Wochen-Frist) in einem Krankenhaus

In Zusammenfassung müssen wir feststellen, dass wir zu der im Koalitionsvertrag festgehaltenen Formulierung

> *„Darüber hinaus soll die fachärztliche Versorgung gestärkt werden." (Koalitionsvertrag „Deutschlands Zukunft gestalten", Seite 55)*

leider keinen Ansatz sehen, der dieser Absichtserklärung gerecht wird.

Berlin, den 23. März 2015

- gezeichnet -

Dr. Dirk Heinrich	Dr. Axel Schroeter	Lars F. Lindemann
2. Vorsitzender	3. Vorsitzender	Hauptgeschäftsführer

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(11)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.15_GKV-VSG
19.03.2015

Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)
Bundestagsdrucksache 18/4095
vom 25.02.22015

anlässlich der öffentlichen Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages
am 25.03.2015

Abkürzungsverzeichnis

ASV	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSG	Bundessozialgericht
BVA	Bundesversicherungsamt
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMP	Disease Management Programm
eLA	erweiterte Landesausschüsse
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FQWG	GKV- Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungs-gesetz
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
HZV	Hausarztzentrierte Versorgung
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IQTiG	Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesund-heitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung 5

2. Grundsätzliche Anmerkungen zum Gesetzentwurf..... 5

3. vdek-Stellungnahme zum Gesetzentwurf..... 11

- Nr. 9 § 39 (Krankenhausbehandlung) 11
- Nr. 13 § 44 Absatz 4 – neu (Krankengeld) 13
- Nr. 24 § 71 Absatz 4 bis 6 (Beitragssatzstabilität) 16
- Nr. 27 § 73b (Hausarztzentrierte Versorgung) 17
- Nr. 29 § 75 Absatz 1a und 1b (Inhalt und Umfang der Sicherstellung) 18
- Nr. 30 § 75a – neu (Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin) 20
- Nr. 34 § 87 (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte).....21
- Nr. 35 § Absatz 87a Absatz 4a (Konvrgenzregelung).....24
- Nr. 40 § 92a – neu (Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss).....26
- Nr. 40 § 92b (Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss) 27
- Nr. 42 § 100 (Unterversorgung).....29
- Nr. 44 § 103 (Zulassungsbeschränkungen).....29
- Nr. 45 § 105 (Förderung der vertragsärztlichen Versorgung).....30
- Nr. 52 § 116b (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung) 31
- Nr. 53 § 117 (Hochschulambulanzen).....33
- Nr. 61 § 134a (Versorgung mit Hebammenhilfe).....34
- Nr. 64 § 137c (Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus) 35
- Nr. 65 § 137f (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten).....38
- Nr. 66 § 137h – neu (Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethodenmit Medizinprodukten hoher Risikoklassen) 39

- Nr. 69 § 140a (Integrierte Versorgung) 40
- Nr. 82 § 279 (Begutachtung und Beratung) 42
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) § 24i Absatz 1(Mutterschaftsgeld) 47
- Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) § 33a – neu (externe Gutachterdienste Hilfsmittel)/§ 284 (Sozialdaten bei den Krankenkassen)/ § 284a – neu (Beauftragung externer Hilfsmittelfachberater) 47
- § 116b (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung) 49

1. Vorbemerkung

Die Ersatzkassen begrüßen die Vorlage eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). Die vorliegende Stellungnahme beschränkt sich auf die Regelungen im Gesetzentwurf, bei denen die Ersatzkassen noch Änderungs- beziehungsweise Korrekturbedarf sehen. Eine komplette – auch mit den Ersatzkassen abgestimmte – Kommentierung des Gesetzentwurfs liegt mit der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vor. Auf diese wird verwiesen, sofern im Rahmen der hier vorliegenden Stellungnahme des vdek keine gesonderte Kommentierung vorgenommen worden ist (siehe hierzu Abschnitt 3). Abschließend wird auf Abschnitt 4. Ergänzende Vorschläge hingewiesen. Dort finden sich Vorschläge, die über die Inhalte des Gesetzentwurfs zum GKV-VSG hinausgehen.

2. Grundsätzliche Anmerkungen zum Gesetzentwurf

Mit dem GKV-VSG setzt die Bundesregierung den in der vergangenen Wahlperiode eingeschlagenen Weg fort, die medizinischen Versorgungsstrukturen in Deutschland weiterzuentwickeln. Stand mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen – GKV-VStG primär die Überarbeitung der Bedarfsplanungsgrundlagen und die Sicherung der ärztlichen Versorgung insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen im Vordergrund, präsentiert das GKV-VSG auch weitergehende qualitative Regelungen. Exemplarisch sind hier die geplanten Terminservicestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Innovationsfonds zu nennen. Allerdings nimmt sich die amtierende Bundesregierung des bestehenden Problems der massiven Überversorgung nur halbherzig an. Zudem sollen Regelungen, die bislang bei drohenden Versorgungsproblemen zur Anwendung kamen, künftig flächendeckend ausgerollt werden. Hierdurch droht, dass sich Disparitäten verschärfen und die Versorgung unnötig verteuert wird.

2.1 Stärkung des Wettbewerbs

Das GKV-VSG ordnet den Selektivvertragsbereich neu: Strukturverträge (§ 73a SGB V) und Verträge zur besonderen ambulanten Versorgung (§ 73c SGB V) werden dem § 140a hinzugefügt, der auch inhaltlich Änderungen erfährt: So sollen Leistungen, die nicht zur Regelversorgung zählen, Gegenstand von Selektivverträgen sein können. Daneben werden auch reine Managementverträge mit Organisationsleistungen möglich. Zusätzlich können zukünftig auch Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) Verträge zur Integrierten Versorgung abschließen. Daneben entfällt die Vorlagepflicht für Selektivverträge und damit die präventive Vertragsprüfung. Die Krankenkassen erhalten so weitgehende Gestaltungsspielräume für den Vertragswettbewerb. Die Ersatzkassen begrüßen den Zugewinn an Vertragsfreiheiten ausdrücklich. Über den

Wegfall der Vorlagepflicht für Selektivverträge erhoffen sich die Ersatzkassen fairere Wettbewerbsbedingungen im Vergleich zu den unter Landesaufsicht stehenden Regionalkassen. Die Aufsichtsbehörde kann weiterhin im Wege der behördlichen Anordnung Maßnahmen ergreifen, wenn sie geltendes Recht wesentlich verletzt sieht. Vor dem Hintergrund der ebenfalls im Entwurf vorgesehenen verschärften Sanktionsbedingungen ist sicherzustellen, dass diese Sanktionsmaßnahmen tatsächlich auf Fälle wesentlicher Rechtsverletzungen beschränkt bleiben.

Faire Wettbewerbsbedingungen im Selektivvertragsbereich sind insbesondere auch mit Blick auf den neu einzurichtenden Innovationsfonds unerlässlich. Ab dem Jahr 2016 speisen die Krankenkassen beziehungsweise der Gesundheitsfonds diesen Innovationsfonds mit jährlich 300 Millionen Euro. Die Mittel werden als Sondervermögen vom Bundesversicherungsamt (BVA) erhoben und verwaltet. Mit dem Geld sollen sektorenübergreifende Versorgungsformen und neue Versorgungsformen, wie beispielsweise Telemedizin oder Modelle zur Delegation und Substitution von Leistungen gefördert werden. Die Beschränkung zunächst auf vier Jahre erscheint sachgemäß, da zu Beginn noch nicht beurteilt werden kann, welche Vorschläge kommen, welche Ideen sich als förderfähig erweisen und in welchem Umfang finanzielle Mittel benötigt werden. Hilfreich ist, dass bereits zum 31. März 2019 eine erste Zwischenbilanz gezogen werden soll.

Außerdem soll die Versorgungsforschung mit den Mitteln des Innovationsfonds in Höhe von 75 Millionen Euro gefördert werden. Beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wird ein Innovationsausschuss geschaffen, welcher über die Anträge entscheidet. Damit sichergestellt wird, dass nur solche Innovationen gefördert werden, die auch bei den Versicherten in der Versorgungsrealität ankommen, sollten ausschließlich Projekte gefördert werden, an denen mindestens eine Krankenkasse beteiligt ist. Unnötige bürokratische Strukturen gilt es zu vermeiden.

2.2 Weiterentwicklung der Versorgung

Mit einer Reihe von Maßnahmen knüpft die Regierung an das GKV-VStG aus der vorangegangenen Legislaturperiode an. Gut ist, dass sie grundsätzlich auch die vielerorts vorhandene massive Überversorgung mit in den Blick nimmt. So soll die bisherige Kann-Regelung zum Praxisaufkauf bei Überversorgung in eine Soll-Regelung überführt werden. Die Nachbesetzung eines Arztsitzes wird dergestalt verschärft, dass ein in der Praxis dort angestellter Arzt oder ein Vertragsarzt, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben worden ist, dies mindestens drei Jahre getan haben muss. Das Instrument des Praxisaufkaufs wird allerdings nur wirken können, wenn auch bei der Abstimmung über einen Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens die üblichen Abstimmungsregeln der Zulassungsausschüsse gelten. Danach gilt bei Stimmengleichheit ein Antrag auf Nachbesetzung eines Praxissitzes als abgelehnt. Die heute geltende Sonderregelung ist deshalb zu streichen. Die Ersatzkassen begrüßen aber die geplante Ausnahmeregelung, nach der auf einen Aufkauf

verzichtet werden kann, wenn die Praxis innerhalb eines Planungsgebietes verlegt wird, um an anderer Stelle Versorgungsprobleme abzufangen. Dies kann helfen, eine ungleiche Arztsitzverteilung insbesondere in den Stadtstaaten langfristig zu korrigieren.

Zudem werden die Möglichkeiten für die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) erweitert. In strukturschwachen Gebieten werden zudem Krankenhäuser gesetzlich ermächtigt, an der ambulanten Versorgung teilzunehmen. Die bereits seit Jahren gelebte Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung wird nunmehr gesetzlich geregelt und damit auf festere Füße gestellt. Und für Schwer- und Mehrfach-Behinderte wird eine Versorgungsalternative im Anschluss an die Behandlung in den sozialpädiatrischen Zentren geschaffen. All dies wird von den Ersatzkassen positiv beurteilt. Allerdings sollen auch vielfach Regelungen, die bislang nur für unterversorgte Gebiete galten, demnächst überall und damit auch in überversorgten Regionen Anwendung finden können. Das lässt Steuerungsaspekte bei der Sicherstellung der Versorgung außen vor. Das gilt zum Beispiel für die Strukturfonds, die aus Mitteln von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen besondere Maßnahmen zur Stärkung der vertragsärztlichen Versorgung finanzieren sollen genauso wie für die Delegation und Substitution von ärztlichen Leistungen. Ebenso wenig wird die Notwendigkeit gesehen, Hochschulambulanzen per Gesetz zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung zu ermächtigen.

Weitreichende negative Folgewirkungen befürchten die Ersatzkassen durch die Regelungen zur Streichung des Krankenkassenregresses bei Behandlungsfehlern durch freiberuflich tätige Hebammen. Der Regressverzicht soll eine deutliche Verringerung der Berufshaftpflichtprämien bewirken und das Problem der stetig steigenden Haftpflichtprämien endgültig lösen. Die Ersatzkassen gehen nicht davon aus, dass es in Folge dieser Neuregelung zu einem spürbaren Sinken der Haftpflichtprämien kommt. Vielmehr ist damit zu rechnen, dass auch andere Leistungserbringergruppen ähnliche Forderungen aufstellen werden. Daneben werden die Krankenkassen weiterhin gezwungen, eine unwirtschaftliche Leistungserbringung in der Geburtshilfe zu finanzieren.

Ein Geschenk an die Ärzte ist die Implementierung einer Konvergenzregelung, mithilfe derer vermeintlich unbegründete Unterschiede in der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung mit Wirkung zum 1. Januar 2017 abgebaut werden sollen. Die Mittel sind zur Verbesserung der Versorgungsstruktur einzusetzen. Dazu ist in bestimmten Bezirken der KVen eine einmalige basiswirksame Erhöhung zu vereinbaren, die durch die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung je Versicherter im Durchschnitt aller KVen nach oben begrenzt wird. Ob eine unter dem Durchschnitt liegende Vergütung dabei als unbegründet zu niedrig anzusehen ist, soll von einer Vielzahl von regionalen Faktoren abhängen. Können sich die Vertragspartner nicht einig werden, erfolgt die Einigung über die Schiedsstelle. Die Regelung ist nicht mehr als ein Honorarzuschlag und verursacht im Zweifel Mehrkosten von bis zu 500 Millionen Euro pro Jahr. Sollte die Bundesregierung sich nicht zu einer Streichung dieser Regelung entschließen

können, sollten die finanziellen Zusatzmittel zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung dienen.

Die Neuordnung der Wirtschaftlichkeitsprüfung stößt ebenfalls auf erhebliche Vorbehalte. Die Möglichkeit zur Einzelfallprüfung bleibt zwar bestehen, allerdings entfällt die Richtgrößenprüfung. Die Aufgabe der – auch rechtlich – bewährten Prüfmethode bedeutet praktisch die Aufgabe aller bisher bestehenden rechtlichen Vorgaben für die Durchführung von Arzneimittelregressen. Die weitere Konkretisierung der Wirtschaftlichkeitsprüfung wird auf die gemeinsame Selbstverwaltung auf Landesebene verlagert. Dafür bedarf es verbindlicher Leitplanken, die in die Rechtsgrundlage einfließen müssen. Hier besteht dringlicher Nachbesserungsbedarf.

2.3 Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Leistungen

Die psychotherapeutische Versorgung soll reformiert werden. Dazu erhält der G-BA den Auftrag, die Psychotherapierichtlinien bis zum 30. Juni 2016 zu überarbeiten mit dem Ziel, dass obligatorische psychotherapeutische Sprechstunden eingerichtet und Gruppentherapien gefördert werden sowie das Antrags- und Gutachterverfahren vereinfacht wird (§ 92 SGB V). Dies entspricht weitgehend Vorschlägen, die die Ersatzkassen im Vorfeld der Gesetzgebung gemacht haben.

Zur Reduzierung von Wartezeiten sind innerhalb von sechs Monaten nach Verkündung des Gesetzes Terminservicestellen bei den KVen einzurichten. Liegt eine Überweisung vor, wird ein Facharzttermin innerhalb einer vier-Wochen-Frist und einer zumutbaren Entfernung vom Wohnort des Versicherten vermittelt. Kann kein Facharzttermin in der ambulanten Versorgung vermittelt werden, ist ein Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten. Allerdings besteht die Notwendigkeit, deutlich klarzustellen, dass die Regelung auch die Kinderärzte, die der hausärztlichen Versorgung zuzuordnen sind, umfassen soll. Eine Erweiterung auf die Psychotherapeuten wäre ab dem Zeitpunkt sinnvoll, ab dem diese eine orientierende Sprechstunde anzubieten haben.

Die Ersatzkassen begrüßen die geplanten Regelungen zur Verordnungsmöglichkeit der Krankenhausärzte im Rahmen des Entlassmanagements. Allerdings sind noch einige ergänzende Festlegungen zum Datenschutz zu treffen, damit die Neuregelung in der Praxis unbürokratisch umgesetzt werden kann.

Die Ersatzkassen begrüßen auch, dass für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, bei denen Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse Verwendung finden, die Möglichkeit einer frühen Nutzenbewertung eingeführt werden soll. Der G-BA hat innerhalb von drei Monaten eine Entscheidung über Nutzen, Schaden und Potential zu treffen, bevor er die Erprobung der neuen Methode beschließt. Darüber hinaus will die Regierung klarstellen, dass bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Verbotsvorbehalt in allen Fällen gilt und eine neue Methode solange durch die Krankenkassen zu bezahlen ist,

wie der G-BA keinen ablehnenden Beschluss herbeigeführt hat. An dieser Stelle muss ebenfalls deutlich gemacht werden, dass dies nicht als „Freifahrtschein" missverstanden werden darf und den sozialrechtlichen Geboten von Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit weiterhin Geltung zu verschaffen ist.

2.4 Neue Leistungen

Über das GKV-VSG sollen auch eine Reihe neuer Leistungen Einzug in den Leistungskatalog der GKV halten. Unter anderem bekommen Krankengeldbezieher einen Anspruch auf ein unterstützendes Fallmanagement durch die Krankenkasse. Für planbare Eingriffe wird ein Zweitmeinungsverfahren eingeführt. Der G-BA bestimmt bis zum 31. Dezember 2015, für welche planbaren Eingriffe ein Anspruch besteht. Der für den Eingriff zuständige Arzt informiert den Patienten mindestens zehn Tage vor dem Eingriff mündlich über sein Recht auf Zweitmeinung. Diese Frist erscheint zu kurz bemessen, um eine Zweitmeinung rechtzeitig vor dem Eingriff einholen zu können. Klargestellt werden sollte auch, dass darüberhinausgehende Service-Leistungen der Krankenkassen auch weiterhin erbracht werden dürfen. Für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen wird ein eigener Leistungsanspruch zur Verhütung von Zahnerkrankungen geschaffen. In der Gesamtsicht unterstützen die Ersatzkassen die vorgenannten Leistungsverbesserungen. Dass die Regelungen des Transplantations-Änderungsgesetzes zur Absicherung von Lebendspendern erweitert auch auf Personen Anwendung finden werden, die Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne des § 9 Transfusionsgesetz spenden, ist als folgerichtig anzusehen. Dies gilt natürlich auch für deren Krankengeldanspruch.

2.5 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Die Neuregelungen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) betreffend werden abgelehnt. Sie stellen einen massiven Angriff auf das Selbstbestimmungsrecht der Sozialpartner dar. Dies zeigt sich insbesondere darin, dass künftig ein Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrates des MDK durch eine oberste Landesbehörde bestimmt werden soll. Mit diesen Vorschlägen folgt das Bundesgesundheitsministerium dem Irrtum, dass die Interessen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, aber auch von Seiten der Leistungserbringer nicht hinreichend Berücksichtigung finden. Dies ist nachweislich nicht der Fall. Die o. a. Personengruppen sind bei der Erarbeitung der für die praktische Arbeit des MDK im Feld der Pflege wesentlichen Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes und damit außerhalb des MDK eingebunden. An dieser Stelle ist die Einbeziehung sinnvoll und konstruktiv.

Zukünftig sollen auch hauptamtliche Mitarbeiter von Krankenkassen von einer Tätigkeit in den MDK-Verwaltungsräten ausgeschlossen sein. Die Regelung ist durch die bundesweiten Ersatzkassen mangels einer hinreichenden Verfügbarkeit entsprechender Selbstverwaltungsvertreter nicht umsetzbar. Deshalb sollte der Gesetzgeber zumindest eine begrenzte Zahl an hauptamtlichen Vertretern der Kranken- und Pflegekassen in den MDK-Verwaltungsräten zulassen. Besser

wäre allerdings, wenn der Gesetzgeber die beabsichtigte Regelung wieder fallen und die Gestaltungsrechte der Selbstverwaltungspartner unberührt lässt. Im Übrigen macht der Ausschluss hauptamtlicher Mitarbeiter der Krankenkassen im MDK die Arbeit der Verwaltungsräte nicht – wie behauptet – unabhängiger. Im Ergebnis bleibt der in den Kassen vorhandene Fach- und Sachverstand, der bislang vom Gesetzgeber ausdrücklich gewünscht war, künftig ungenutzt. Dies fällt ausgerechnet in eine Zeit, in der die MDK-Gemeinschaft besonders durch die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Einführung eines neuen Begutachtungsinstrumentariums besonders gefordert sein wird.

3. vdek-Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 9
§ 39 (Krankenhausbehandlung)

Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen des Entlassmanagements erhalten Krankenhäuser ein eingeschränktes Verordnungsrecht (bei Arzneimitteln die jeweils kleinste Packungsgröße, häusliche Krankenpflege und Heilmittelversorgung max. 7 Tage). Sie können auch die Arbeitsunfähigkeit feststellen. Die Aufgaben des Entlassmanagements können auch auf einen weiterbehandelnden Vertragsarzt übertragen werden. Der Versicherte erhält zudem einen unterstützenden Rechtsanspruch gegenüber seiner Krankenkasse, dass sie gemeinsam mit dem Krankenhaus für die erforderliche Versorgung (ärztlich, Reha, Pflege) sorgt. GKV-SV, DKG und KBV schließen dazu die Rahmenvorgaben ab.

Stellungnahme vdek

Die geplanten Neuregelungen zum Entlassmanagement gehen in die richtige Richtung, weisen aber auch Hemmnisse auf. So ist immer noch eine Einwilligung des Versicherten erforderlich, damit das Entlassmanagement durchgeführt werden kann. Problematisch sind die Fälle, in denen der Versicherte nicht ansprechbar ist und Angehörige nicht ermittelbar sind bzw. keine Auskunft erteilen wollen. Auch die Bestellung eines gerichtlichen Betreuers nimmt einige Zeit in Anspruch, so dass dem Patienten durch die hohen Hürden des Datenschutzes die Vorteile eines frühen Entlassmanagements entgehen. Diese Einwilligung könnte künftig auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden; bis dahin sollte das Einwilligungserfordernis in das Entlassmanagement in den o. g. Fällen entfallen. In diesem Zusammenhang ist zu kritisieren, dass die Einwilligung oder der Widerruf der Einwilligung in Schriftform erfolgen muss. Dies führt in der Praxis zu Problemen, wenn der Patient nicht in der Lage ist, eine solche zu verfassen oder zu unterschreiben.

Die Gesetzesänderung sieht u. a. vor, dass das Krankenhaus die Aufgaben des Entlassmanagements auch auf den weiterbehandelnden Vertragsarzt übertragen kann. Die Weiterbehandlung durch einen niedergelassenen Arzt stellt keine neue Aufgabe im Rahmen des Entlassungsmanagements dar. Hier darf es nur um Koordinationsaufgaben gehen, die eine Anschlussbehandlung bzw. -versorgung ermöglichen sollen. Nicht jede Indikation erfordert ein Aktivwerden im Rahmen eines Entlassungsmanagements. Insbesondere chronische Erkrankungen stehen im Fokus. Hier sollten die Bereiche ins Auge gefasst werden, für die der Gemeinsame Bundesausschuss ein Qualitätssicherungsverfahren für das Entlassungsmanagement entwickelt. In diesem Zusammenhang sollte der Gesetzgeber auch klarstellen, dass es ausreichend ist, wenn der Versicherte nur einmal seine Einwilligung zur Nutzung seiner personenbezogenen Daten gibt. Dies sollte im Krankenhaus erfolgen, welches die jeweils zuständi-

ge Krankenkasse über die Erteilung der Einwilligung ihrer Versicherten zeitnah zu informieren hat.

Zu begrüßen ist, dass die Krankenhäuser Arzneimittel und Leistungen wie eine häusliche Krankenpflege für den Zeitraum von sieben Tagen verordnen dürfen. Es ist zu begrüßen, dass das Krankenhaus auch eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen kann. Dies führt dazu, dass der Versicherte nicht unmittelbar beim Arzt vorstellig werden muss.

Abzulehnen ist der Vorschlag, dass das Nähere zum Entlassmanagement in einem dreiseitigen Vertrag zwischen DKG, KBV und GKV-SV vereinbart wird. Nachdem auf Landesebene kein zweiseitiger Vertrag zustandegekommen ist, kann nicht erwartet werden, dass ein dreiseitiger Vertrag auf Bundesebene geschlossen wird. Hier ist eine Schiedslösung vorgesehen. Es ist zu überlegen, ob nicht besser der G-BA beauftragt werden sollte, das Nähere in einer Richtlinie zu regeln. Er verfügt über hinreichende Strukturen, diese Aufgabe zu übernehmen. Hinzu kommt, dass das Thema direkt patientenrelevant ist und im G-BA die Patientenvertreter in die Beratungen einbezogen sind. Aufgrund der Stimmrechte der unparteiischen Mitglieder kann eine Patt-Situation vermieden werden. Dieser Vorschlag bringt allerdings auch Änderungsbedarf am § 92 SGB V mit sich, der noch ausgearbeitet werden muss.

Abschließend ist darauf hinzuweisesn, dass das Krankenhausentgeltgesetzt (KHEntgG) und die Bundespflegesatzverordnung (BPflV) im Hinblick auf das neue Entlassmanagement angepasst werden müssen. In der gegenwärtigen Fassung würde das neue Entlassmanagement nicht explizit den allgemeinen Krankenhausleistungen zugeordnet.

Änderungsvorschlag vdek

§ 39 Absatz 1a Satz 6 letzter Halbsatz SGB V wird wie folgt geändert: *„im Übrigen können die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und 7 genannten Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu 7 Tagen verordnet werden.“*

§ 39 Absatz 1a Satz 7 wird wie folgt geändert: „*Das Nähere zu den Sätzen 1 bis 5, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen und zur Ausgestaltung des Verordnungsrechts nach den Sätzen 4 und 5, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31.12.2015 in einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 S. 2 Nr. 16 (neu) SGB V.“*

§ 39 Absatz 1a Satz 8 werden folgende Sätze 9 und 10 angehängt: *„Dies gilt nicht, wenn der Versicherte selbst aus medizinischen Gründen nicht in der Lage ist, eine Einwilligung zu erteilen und die Einwilligung auch nicht von berechtigten Dritten zeitnah erteilt werden kann. Die Einwilligung zum Entlassmanagement kann vom Versicherten oder berechtigten Dritten jederzeit widerrufen werden. Im Übrigen umfasst die durch das Krankenhaus eingeholte Einwilligung zur Nutzung der personenbezogenen Daten auch die ambulanten Versorgungsbereiche und gilt auch gegenüber der Krankenkasse. Die Krankenkasse*

wird durch das Krankenhaus taggleich über die Einholung des Versicherten informiert."

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 13
§ 44 Absatz 4 – neu (Krankengeld)

Beabsichtigte Neuregelung
Krankengeldbezieher bekommen einen Anspruch auf ein unterstützendes Fallmanagement durch die Krankenkasse. Die Kasse darf die erforderlichen personenbezogenen Daten nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen.

Stellungnahme
Die Klarstellung bzw. Begründung eines Anspruchs der Versicherten auf Beratungs- und Hilfeleistungen der Krankenkassen bei Arbeitsunfähigkeit ist zu begrüßen. Er sollte aber hinsichtlich seiner datennutzungsrechtlichen Aspekte modifiziert werden. Die Krankenkassen haben als Solidargemeinschaft unter anderem den gesetzlichen Auftrag, die Gesundheit der Versicherten wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Diese Aufgabe sollte als „Bringschuld" der Krankenkassen begriffen werden. Der unten aufgeführte Vorschlag greift diesen Auftrag auf und definiert die individuelle Beratung und Hilfestellung als „Bringschuld" der Krankenkassen. Das bewirkt, dass Krankenkassen verpflichtet sind, die Initiative zu ergreifen und auf arbeitsunfähige Versicherte zuzugehen, um ihnen aktiv ihre Unterstützung bei der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit anzubieten.

Die angesprochenen Versicherten können frei entscheiden, ob und ggf. wie lange sie das Angebot der Krankenkasse nutzen möchten. Den arbeitsunfähigen Versicherten, die das Angebot annehmen, bietet die vorgeschlagene Regelung einen schnellen und unbürokratischen Zugang zur Beratung und Hilfestellung. Sie müssen sich um nichts kümmern, um die Unterstützung zu erhalten. Gleichwohl bleiben die Versicherten „Herr" des Verfahrens und ihrer besonderen personenbezogenen Daten. Mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer personenbezogenen Daten können sie sich jederzeit nicht (mehr) einverstanden erklären, Maßnahmen der individuellen Beratung und Hilfestellung können sie jederzeit ohne Begründung ablehnen bzw. abbrechen, ohne dass sich dies negativ auf den Krankengeldanspruch auswirkt.

Die vorgeschlagene Regelung vereinigt somit das Bedürfnis des Versicherten nach unbürokratischer Hilfe/Unterstützung und sein Recht auf Schutz seiner sensiblen Daten. Für die Krankenkassen bedeutet die Regelung sowohl eine Verpflichtung, als auch die Chance, Versicherte frühzeitig gezielt bei ihrer Genesung zu unterstützen.

Änderungsvorschlag
Nr. 13 wird wie folgt gefasst:
Dem § 44 wird folgender Absatz 4 angefügt:
„(4) 1 Die Krankenkassen leisten individuelle Beratung und Hilfestellung, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. 2 Erklärt der Versicherte gegenüber der Krankenkasse, dass er mit Maßnahmen nach Satz 1 und der dazu erforderlichen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner personenbezogenen Daten nicht einverstanden ist, erfolgt keine bzw. keine weitere Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse. 3 Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen."

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 15
§ 46 (Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld)

Beabsichtigte Neuregelung
Der Beginn des Krankengeldanspruchs wird vom Tag nach der ärztlichen Feststellung auf den Tag der ärztlichen Feststellung vorgezogen. Außerdem wird sichergestellt, dass der Krankengeldanspruch erhalten bleibt, wenn Versicherte unmittelbar nach dem Ende der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit ärztlich feststellen lassen.

Stellungnahme
Gegen das Vorziehen des Beginns des Krankengeldanspruchs auf den Tag der ärztlichen Feststellung bestehen keine Bedenken.

Die Regelung zur Fortdauer des Krankengeldanspruchs wird ebenfalls begrüßt. Der Zusatz „wegen derselben Krankheit" ist bedenklich, da die mit der Neuregelung beabsichtigte weitere soziale Absicherung ohne hinreichenden Grund entfallen würde, wenn bei gleichem zeitlichen Sachverhalt die Arbeitsunfähigkeit nur noch von einer hinzugetretenen Krankheit (z. B. Unfall) verursacht ist.

Problematisch ist die erwartete ärztliche Feststellung am nächsten Arbeitstag, der ein Werktag ist. Dies führt bei Personen, die an Samstagen arbeiten, bis Freitag arbeitsunfähig geschrieben und wider Erwarten weiter arbeitsunfähig sind, dazu, dass von ihnen eine ärztliche Feststellung der Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit spätestens am Samstag erwartet wird, was regelhaft nicht möglich ist.

Änderungsvorschlag
Die Änderung zu Satz 2 (neu) sollte lauten:
„Der Anspruch auf Krankengeld bleibt bestehen, wenn nach dem Ende der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit deren Fortdauer am nächsten Arbeitstag, der ein Werktag ist, ärztlich festgestellt wird. Samstage gelten nicht als Werktag im Sinne des Satz 2."

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 16
§ 47a – neu (Beitragszahlungen der Krankenkassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen)

Beabsichtigte Neuregelung
Es ist vorgesehen, in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Pflichtmitglieder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, die von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung, für die eine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung besteht, im Hinblick auf die Beitragszahlung aus dem Krankengeld gleichzustellen. Die Krankenkassen werden damit verpflichtet, Beiträge aus dem Krankengeld zur berufsständischen Versorgung zu zahlen. Gleichzeitig sind Regelungen für einen Datenaustausch zwischen den Krankenkassen und den berufsständischen Versorgungseinrichtungen wegen dieser Beitragsentrichtung erforderlich.

Bewertung
Pflichtmitglieder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, die von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, mussten bislang die Beiträge zur berufsständischen Versorgungseinrichtung auch bei Krankengeldbezug in voller Höhe selbst zahlen; die Krankenversicherung beteiligte sich daran nicht. Künftig sollen die Krankenkassen auf Antrag des Mitglieds diejenigen Beiträge an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung, wie sie bei Eintritt von Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären.

Die Gleichstellung mit Beziehern von Krankengeld, für die eine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung besteht, ist nicht sachgerecht. Die berufsständischen Versorgungseinrichtungen sind Institutionen außerhalb der Sozialversicherung. Es gibt keine Vorschrift, die diesen Zweig der Altersversorgung mit der gesetzlichen Rentenversicherung gleichstellt. Dies ergibt sich auch unmittelbar aus der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts, Urteil vom 22. November 1994 – 1 NB 1/93, SGb 1995, Seite 607. Danach ist eine berufsständische Versorgungsregelung nicht schon deswegen als Bestandteil der Sozialversicherung anzusehen, weil sie aufgrund von Beitragszahlungen Leistungen für den Fall der Invalidität und des Alters erbringt. Auch der Umstand, dass die Mitglieder der berufsständischen Versorgungseinrichtungen auf der Leistungsseite Ansprüche im Bereich der Rehabilitation haben, vermag im Hinblick auf die vorgenannte Rechtsprechung keine hinreichende Vergleichbarkeit mit der Rentenversicherung zu rechtfertigen. Vielmehr werden den Krankenkassen zusätzliche versicherungsfremde Leistungen und damit „jährliche Mehrausgaben in Höhe eines mittleren einstelligen Millionenbetrages“ (vgl. Seite 74 des Gesetzesentwurfs) aufgebürdet. Im Zusammenwirken mit den sonstigen ausgabenintensiven Maßnahmen des Gesetzesentwurfes sind auch ver-

meintlich mittlere einstellige Millionenbeträge ein nicht zu unterschätzender Kostenfaktor.

Unabhängig von dieser Betrachtungsweise ist anzumerken, dass im Übrigen ein solches Verfahren nicht am Tag nach der Verkündung des Gesetzes und damit möglicherweise untermonatlich in Kraft treten kann. Wenn, wäre auch eine Übergangsregelung erforderlich, nach der lediglich Leistungsfälle betroffen sein können, die nach dem 30. Juni 2015 eintreten.

Änderungsvorschlag
Die Regelungen zu § 47a SGB V sind zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 24
§ 71 Absatz 4 bis 6 (Beitragssatzstabilität)

Beabsichtigte Neuregelung
Die Vorlagepflicht für Selektivverträge und damit die präventive Vertragsprüfung wird gestrichen. Stellt die Aufsichtsbehörde fest, dass der Selektivvertrag geltendes Recht in erheblicher Weise verletzt (z. B. Versicherte werden diskriminiert, Leistungserbringer werden vom Leistungsangebot rechtswidrig ausgegrenzt u. ä.), kann sie unmittelbar Maßnahmen ergreifen, die für eine sofortige Behebung der Rechtsverletzung erforderlich sind und entsprechendes gegenüber der Krankenkasse verbindlich anordnen. Daneben wird die Obergrenze für ein Zwangsgeld auf zehn Millionen Euro erhöht. Rechtsbehelfe gegen die aufsichtsbehördlichen Maßnahmen haben keine aufschiebende Wirkung.

Stellungnahme
Der Wegfall der Vorlagepflicht nach Vertragsschluss für Selektivverträge wird begrüßt. Er entspricht einer ausdrücklichen Forderung des vdek.

Die Sicherstellung fairen Wettbewerbs und der Schutz der Rechte der Versicherten werden als Ziel auch von den Ersatzkassen verfolgt. Allerdings ist die Einführung der zusätzlichen Aufsichtsmittel durch den Absatz 6 nicht notwendig, da die Aufsichtsbehörden über den § 89 SGB IV ausreichende Mittel zum Eingriff haben. So werden heute schon regelhaft Verträge nur mit Sonderkündigungsregelungen für veränderte Rechtsrahmen oder aufsichtsrechtliche Anweisungen durch die Ersatzkassen geschlossen. Ferner beinhaltet die Regelung verschiedene unbestimmte Rechtsbegriffe („erhebliche Gefahr“ oder „schwerer Schaden“) und bietet daher einen großen Auslegungsspielraum. Hier darf kein neues Einfallstor für eine unterschiedliche Aufsichtspraxis zwischen Landes- und Bundesaufsichten geschaffen werden. Nach Kenntnis des vdek gibt es keine Probleme der Gestalt, dass Krankenkassen rechtliche Weisungen der Aufsichtsbehörden missachtet haben. Die Zwangsgeldandrohung ist daher weder erforderlich noch angemessen. Das Ziel des Gesetzgebers, faire Wettbewerbsbedingungen für alle Krankenkassen zu ermöglichen, wird nicht durch die

Neuregelung des Absatzes 6 gewährleistet. Aus diesem Grund kann der Absatz 6 entfallen.

Änderungsvorschlag
Absatz 6 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 27
§ 73b (Hausarztzentrierte Versorgung)

Beabsichtigte Neuregelung
a. Auf die Regelung der Einzelheiten zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung in der Satzung wird verzichtet.

b. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind zukünftig auch im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung zur Sicherstellung des Notfalldienstes verpflichtet.

c. Es wird klargestellt, dass auch Leistungen außerhalb der Regelversorgung in der HZV erbracht werden können. Dies gilt aber nicht für alle ausgeschlossenen Leistungen wie z. B. Lifestyle-Präparate oder vom G-BA bereits ablehnend bewertete neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Klargestellt wird auch, dass Managementverträge zulässig sind.

d. Auf Grundlage der Vorgaben des Bewertungsausschusses werden die Regelungen zur Bereinigung bundesweit vereinheitlicht.

e. Die Bereinigung bei der hausarztzentrierten Versorgung hat nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses zu erfolgen und zwar vor dem Startzeitpunkt. Bei Nichteinigung zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung können auch die Hausärzteverbände das Landesschiedsamt anrufen. Die Frist zur Übermittlung der Datenlieferungen wird von sechs bzw. acht auf drei Wochen reduziert. Die Krankenkasse darf auch unter bestimmten Bedingungen eine vorläufige Bereinigung durchführen. Für die KV-übergreifende Bereinigung kann die Krankenkasse von den betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung die Anerkennung des Bereinigungsverfahrens der Vertrags-KV verlangen.

Stellungnahme
a. Die Regelung dient der Verwaltungsbereinigung und ist zu begrüßen.

b. Die Neuregelung stellt die Versorgung im Notfalldienst auch für Teilnehmer an Hausarztverträgen sicher. Im Übrigen entspricht sie bereits der Versorgungsrealität, beseitigt jedoch Streitfälle in einzelnen Regionen.

c. Es handelt sich lediglich um eine rechtliche Klarstellung.

d. Die Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt für HZV-Verträge nach bereits etablierten Prozessen auf Grundlage des Bereinigungsbeschlusses und der Bereinigungsverträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen. Eine Verkürzung der Datenlieferfristen führt zu weitreichendem Anpassungsbedarf ohne Mehrwert und ist daher nicht erforderlich. Die Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ist jedoch allein zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung zu vereinbaren. Es ist ordnungspolitisch bedenklich, den Hausärzteverband als Dritten die Möglichkeit einzuräumen, das Landesschiedsamt anzurufen. Die Krankenkassen haben bereits heute aufgrund der Regelungen in HZV-Verträgen und Schiedssprüchen ein erhebliches Interesse, zügig eine Bereinigung mit der KV zu vereinbaren. Einer zusätzlichen Kompetenz bedarf es daher auch aus fachlichen Gründen nicht. Die vorgesehene Neuregelung zur KV-übergreifenden Bereinigung stellt für bundesweite Kassen keinerlei Vereinfachung dar. Da sich die Regelungen zur bereichseigenen Bereinigung zwischen den KVen bereits maßgeblich unterscheiden, würden im Ergebnis bei der KV-übergreifenden Bereinigung in einer KV-Region je nach zu bereinigendem HZV-Vertrag unterschiedliche Bereinigungsregeln gelten. Der damit verbundene Aufwand wäre für die Krankenkasse, aber auch die prüfenden Kassenärztlichen Vereinigungen nicht handhabbar. Es sollte an dem bisher bewährten Verfahren, zwischen KVen und Krankenkassen Verträge zur KV-übergreifenden Bereinigung abzuschließen, die zumindest die Durchführung dieser Bereinigung je KV-Region vereinheitlichen, festgehalten werden. Die verpflichtende Umsetzung der Vorgaben des Bewertungsausschusses in den regionalen Vereinbarungen führt zu einer erheblichen Vereinheitlichung und ist daher zu begrüßen. Zur weiteren Vereinfachung des Bereinigungsverfahrens sollten die Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Bereinigung um Regelungen zur pauschalierten Rückführung von Bereinigungsbeträgen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ergänzt werden, wenn die Teilnahme an Selektivverträgen endet (vgl. Änderungsvorschlag zu § 87a Absatz 5).

Änderungsvorschlag
a., b., c. : Keiner.

d. Absatz 7 Sätze 4, 5 und 7 werden gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 29
§ 75 Absatz 1a und 1b (Inhalt und Umfang der Sicherstellung)

Beabsichtigte Neuregelung
Absatz 1a: Innerhalb von sechs Monaten nach Verkündung des Gesetzes sind Terminservicestellen bei den KVen einzurichten; ggf. in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Im Überweisungsfall wird innerhalb einer Woche ein Facharzttermin, der innerhalb einer vier-Wochen-Frist und einer zumutbaren Entfernung vom Wohnort des Versicherten

liegt, vermittelt. Termine beim Augen-, Frauen- und Kinderarzt setzen keine Überweisung voraus. Kann kein Facharzttermin in der ambulanten Versorgung vermittelt werden, ist ein Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten. Dies gilt nicht bei Routineuntersuchungen, Bagatellerkrankungen sowie bei weiteren vergleichbaren Fällen. Ist die Behandlung aus medizinischen Gründen nicht erforderlich, hat die Terminservicestelle einen Termin bei einem Facharzt in angemessener Frist zu vermitteln. Im Bundesmantelvertrag ist das Nähere, insbesondere aber auch zu ggf. weiteren Ausnahmen von der Notwendigkeit einer Überweisung, zu regeln.

Absatz 1b: Die KVen behalten den Sicherstellungsauftrag für den Notdienst, werden aber zur Kooperation mit zugelassenen Krankenhäusern verpflichtet, um Doppelstrukturen abzubauen. Die Krankenhäuser nehmen in diesem Rahmen an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die KVen sollen zudem mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch über die Organisation des Notdienstes treten und auch mit den Rettungsleitstellen kooperieren.

Bewertung

Zu Absatz 1a: Die Verfügbarkeit zeitnaher Facharzttermine bei entsprechender Überweisung sollte für alle GKV-Versicherten sichergestellt sein. Die Einrichtung von Terminservicestellen wird daher begrüßt. Es ist davon auszugehen, dass z. T. bestehende Probleme bei der Vergabe von Facharztterminen durch die geplante Regelung in Verbindung mit der Vergütungsregelung nach § 120 Absatz 3a SGB V (neu) verringert werden. Da die Kassenärztlichen Vereinigungen für den Sicherstellungsauftrag verantwortlich sind, ist jedoch klarzustellen, dass auch sie die Kosten für Einrichtung und Betrieb der Terminservicestellen aus ihren Haushaltsmitteln tragen.

Außerdem besteht Klarstellungsbedarf für die Kinderärzte, die gem. § 73 Absatz 1a SGB V der hausärztlichen Versorgung zuzuordnen sind und daher von der Neuregelung aufgrund der Formulierung in Satz 1 nicht erfasst werden.

Im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bestehen aktuell Probleme mit den Wartezeiten vor Therapiebeginn. Aus diesem Grund enthält der Gesetzentwurf einen Auftrag an den G-BA zur Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien bis zum 30. Juni 2016 (§ 92 Absatz 6a - neu). Diese sollen u. a. die Einrichtung einer psychotherapeutischen Sprechstunde vorsehen. Daher sollte der Sicherstellungsauftrag der KVen auch die Zurverfügungstellung von zeitnahen Terminen im psychotherapeutischen Bereich ab dem Zeitpunkt umfassen, ab dem die Frist zur Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien endet.

Abschließend stellt sich die Frage, inwieweit die Terminservicestellen telefonisch die medizinische (Nicht-)Notwendigkeit einer Vermittlung eines Termins innerhalb der vier-Wochen-Frist beurteilen kann. Vermieden werden muss in der weiteren Ausgestaltung, dass hier ein „Schlupfloch“ entsteht, welches die Regelung aushöhlen könnte.

Zu Absatz 1b:. Die Neuregelung ist zu befürworten, da sie zu einer verstärkten sektorenübergreifenden Kooperation bei der Sicherstellung des Notfalldienstes beiträgt und in ländlichen Regionen Hausärzte von Diensten im Notfalldienst entlasten kann.

Änderungsvorschlag

1a. In Satz 1 wird nach den Worten *„Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen“* die Worte *„und kinderärztlichen“* eingefügt.

Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt: *„Die Kassenärztlichen Vereinigungen tragen die Kosten für Einrichtung und Betrieb der Terminservicestellen nach Satz 2.“*

Satz 10 wird wie folgt gefasst*: „Die Sätze 2 bis 9 gelten bis zum 30. Juni 2016 nicht für eine psychotherapeutische Behandlung nach § 28 Absatz 3.“*

1b. Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 30
§ 75a – neu (Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin wird erstmalig direkt im Sozialgesetzbuch V geregelt. Es erfolgt eine gesetzliche Klarstellung, dass der Förderbetrag für die Weiterbildung in der ambulanten Praxis genauso hoch sein muss wie im Krankenhaus. Die Zahl der zu fördernden Stellen wird von 5.000 auf 7.500 erhöht. In allen Weiterbildungseinrichtungen muss durch die Förderung eine angemessene Vergütung gezahlt werden können. Der Wechsel von der Klinik in die Praxis darf nicht mit finanziellen Einbußen verbunden sein. In einer Fördervereinbarung muss auch sichergestellt sein, dass beim Wechsel der Weiterbildungsstelle die Förderung durchgängig erfolgt. KBV, DKG und GKV-SV regeln neben der Höhe der finanziellen Förderung und die Durchgängigkeit der Förderung auch die Verteilung der mindestens zu fördernden 7.500 Stellen auf die KV-Bezirke. Sie vereinbaren zudem ein finanzielles Ausgleichsverfahren, wenn in einem KV-Bezirk mehr oder weniger Weiterbildungsstellen gefördert werden als vorgesehen sind. Mit der Bundesärztekammer ist das Benehmen herzustellen. Es können zudem abweichende Regelungen zur zentralen Verwaltung der Fördermittel, zur Beteiligung an regionalen Projekten zur Förderung der Allgemeinmedizin und zur Übertragung nicht abgerufener Fördermittel getroffen werden.

Stellungnahme
Die Ersatzkassen begrüßen die Übertragung der bereits gelebten Fördervereinbarung in das Sozialgesetzbuch V sowie die grundsätzliche Ausgestaltung der Neuregelung. Eine finanzielle Beteiligung der Weiterbildungsstellen an der Vergütung des Weiterbildungsassistenten (vgl. Absatz 1 Satz 4) ist sachgerecht, da der Weiterbildungsassistent praxisunterstützend und arztentlastend wirkt.

Zur Evaluation der Wirkungen des Förderprogramms, insbesondere auf die Steigerung der Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte, konnten bisher keine validen Evaluationskriterien vereinbart werden. Eine abschließende Bewertung des Nutzens des Förderprogramms sowie die Erarbeitung von Weiterentwicklungsmöglichkeiten waren daher bisher nicht möglich, sind jedoch unbedingt erforderlich. Diese Regelungslücke muss geschlossen werden.

Änderungsvorschlag
75a Absatz 4 wird wie folgt ergänzt: *„5. ein Verfahren zur Evaluation des Förderprogramms, insbesondere zu seiner Wirkung auf die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung."*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 34
§ 87 (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)

Beabsichtigte Neuregelung
a. Die inhaltliche Beschreibung und Bewertung der Sachkosten soll künftig durch den Bewertungsausschuss und nicht mehr durch die Bundesmantelvertragspartner erfolgen.

b. Klarstellung, dass die Bewertungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes in bestimmten Zeitabständen auf Basis von betriebswirtschaftlichen Daten anzupassen sind. Die Daten werden über sachgerechte Stichproben gewonnen. Die Bewertungen für Sachkosten können auch bei Festlegung durch den Bewertungsausschuss in Eurobeträgen bestimmt werden (Folgeänderung zu a.).

c. aa. – cc. Redaktionell: Die Vorgaben zur Vergütung, Dokumentation und Qualitätssicherung der ärztlichen Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von MRSA-Trägern werden mit Blick auf bisherige Fristen sowie die Anschlussregelung angepasst.

dd. Die Delegation von Leistungen auf nichtärztliches Personal soll deutlich ausgeweitet werden. Die Beschränkung auf den hausärztlichen Bereich und die Häuslichkeit des Patienten wird aufgehoben. Aufgehoben wird auch die strikte Beschränkung auf Gebiete, die unterversorgt sind, von Unterversorgung be-

droht sind oder in denen ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt worden ist.
Zudem ist im EBM zu regeln, wie die Leistungen im Rahmen der Einholung der Zweitmeinung abgerechnet werden. Ist dies drei Monate nach Inkrafttreten der Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht geregelt, können die Versicherten den Weg der Kostenerstattung nach § 13 in Anspruch nehmen. Die Kasse erstattet die Kosten dann ohne Abzug in entstandener Höhe.

d. und e. Delegationsfähige Leistungen sind im hausärztlichen wie im fachärztlichen Versorgungsbereich als Einzelleistungen oder als Leistungskomplexe abzubilden.

f. Beseitigung eines redaktionellen Fehlers

g. Folgeänderung

h. Klarstellung, dass die Anrufung des um unparteiische Mitglieder erweiterten Bewertungsausschusses nicht nur bei den Einheitlichen Bewertungsmaßstab betreffenden Beschlüssen möglich ist, sondern bei allen Vereinbarungen, die gesetzlich vom Bewertungsausschuss zu treffen sind.

i. Der Bewertungsausschuss hat Beschlüsse zur Anpassung des EBM in Folge der Einführung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und bei Änderung von Richtlinien innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Bestimmungen des G-BA zu treffen. Die gesetzliche Frist bezieht sich auf den eigentlichen Beschluss des Bewertungsausschusses. Bei Beschlüssen des G-BA, die seit längerem in Kraft sind und ein Beschluss des Bewertungsausschusses noch aussteht, gilt eine entsprechende Frist, die mit Inkrafttreten dieser gesetzlichen Regelung beginnt.

Stellungnahme
a. Die angestrebte Bündelung der Regelungskompetenz für bundeseinheitliche Vorgaben zur vertragsärztlichen Vergütung einschließlich der Sachkosten beim Bewertungsausschuss dient der Vereinfachung der Abläufe und wird begrüßt. Problematisch könnte die Regelung allerdings werden, wenn sie von Seiten der Leistungserbringer genutzt würde, um ungeprüfte Innovationen ohne Nutzenbewertung in die Versorgung zu erbringen. Die Regelung sollte daher nur für die Leistungen Anwendung finden, die die Partner des Bundesmantelvertrages auch für regelungsbedürftig halten.

b. Eine Überprüfung der Bewertungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab in regelmäßigen Zeitabständen ist angebracht und vom Bewertungsausschuss ohnehin beabsichtigt. Die Regelung ist daher positiv zu sehen.

c. aa. – cc. Es handelt sich überwiegend um die Streichung obsoleter Übergangsregelungen. Die Möglichkeit, die ohnehin erfolgten Dokumentationen auch zur Förderung der Qualität einsetzen zu können, wird begrüßt.

dd. Die deutliche Ausweitung der delegierbaren Leistungen dient der Entlastung von Ärzten bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung ihrer Therapiehoheit. Dies kann als ein Baustein zur flächendeckenden Sicherstellung der Versorgung dienen. Die delegierbaren Leistungen umfassen allerdings nur Leistungen, die bisher von Ärzten erbracht werden. Daher ist im Gegenzug die Anpassung der Bewertung ärztlicher Leistungen zu überprüfen, um eine Doppelfinanzierung auszuschließen. Die Festsetzung einer Frist für die Anpassung des EBM für Zweitmeinungsleistungen sollte analog zur geplanten allgemeinen Regelung (neuer Absatz 5b) sechs Monate statt der hier vorgesehenen drei Monate betragen.

d. und e. Delegationsfähige Leistungen als Einzelleistungen oder Leistungskomplexe auszugestalten, entspricht der bisherigen Praxis. Dies ist gegenüber einer Vergütung innerhalb der Versicherten- bzw. Grundpauschale vorzuziehen.

f. und g. Es handelt sich lediglich um redaktionelle bzw. Folgeänderungen, gegen die keine Einwände vorliegen.

h. Die Klarstellung entspricht der bisher schon geübten Praxis im Bewertungsausschuss.

i. Der Bewertungsausschuss hat sich bereits selbst die Maßgabe gegeben, innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten von G-BA-Bestimmungen eine Einigung über notwendige EBM-Anpassungen erzielen zu wollen. Die vorgeschlagene gesetzliche Regelung mit einer Frist von sechs Monaten ist angesichts des Abstellens auf das Datum des endgültigen Beschlusses des Bewertungsausschusses sowie zur Berücksichtigung komplexerer Sachverhalte angemessen.

Änderungsvorschlag

Zu a. In Satz 1 werden nach dem Wort „*Sachkosten*“ folgende Worte ergänzt *„…, soweit zwischen Bundesmantelvertragspartnern dazu bundesweiter Regelungsbedarf gesehen wird*.“

Zu c. Nach dem ersten einzufügenden Satz wird zusätzlich folgender Satz eingefügt: *„Soweit delegationsfähige Leistungen gesondert vergütet werden, sind bereits bestehende ärztliche Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes um diese delegationsfähigen Leistungsanteile zu bereinigen.“*

Im dritten einzufügenden Satz wird die Angabe „drei Monate“ durch die Angabe „sechs Monate“ ersetzt.

Beabsichtigte Neuregelung
Unterschiede in der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung werden mit Wirkung zum 1. Januar 2017 abgebaut. War der Aufsatzwert im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig, ist eine einmalige basiswirksame Erhöhung des für das Jahr 2016 angepassten Aufsatzwertes zu vereinbaren. Die durch die vereinbarte Erhöhung des Aufsatzwertes, einschließlich der Bereinigungen sich ergebenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Versicherten mit Wohnort im KV-Bezirk in 2014, darf aber nicht höher sein als die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung je Versicherter aller KVen in 2013 im Durchschnitt. Die vereinbarte Erhöhung kann auch schrittweise über mehrere Jahre verteilt werden. Eine Konvergenzverhandlung kann nur dann erfolgen, wenn die durchschnittliche morbiditätsorientierte Gesamtvergütung je Versicherter mit Wohnort im Bezirk der KV die durchschnittliche morbiditätsorientierte Gesamtvergütung je Versicherten aller KVen unterschreitet (Berechnung durch das Institut des Bewertungsausschusses). Dass bzw. in welchem Umfang der Aufsatzwert im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig war, ist von der KV unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme im stationären Sektor nachzuweisen. Hierbei sind eine Vielzahl von Faktoren der regionalen Versorgungsstruktur zu berücksichtigen: Morbidität, Inanspruchnahme sowohl im vertragsärztlichen Sektor als auch in anderen Sektoren, überregionale Versorgungsstrukturen, Auszahlungsquote u. a. m. Die zusätzlichen Mittel sind zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen einzusetzen. Umverteilungen zulasten anderer KVen sind auszuschließen. Bei Nichteinigung auf dem Verhandlungswege erfolgt die Einigung über das Landesschiedsamt.

c. Der Bewertungsausschuss hat Vorgaben zur pauschalierten Bereinigung im Falle KV-übergreifender Inanspruchnahme sowie zur Rückbereinigung bei Beendigung der Selektivvertragsteilnahme von Versicherten zu beschließen.

Stellungnahme
Die Konvergenzregelung des neuen § 87a Absatz 4a erscheint in der Fassung des Kabinettsentwurfs ergänzungsbedürftig, um dem ihr zugrundeliegenden Grundgedanken Geltung zu verschaffen. Sie sollte primär der Grundversorgung zugutekommen. Daneben braucht es konkrete Kriterien, wie die Inanspruchnahme im stationären Bereich zu berücksichtigen ist. Zudem sollte der Vollständigkeit halber auch die Inanspruchnahme weiterer ambulanter Versorgungsformen Berücksichtigung finden.

1. Der Kabinettsentwurf des GKV-VSG sieht vor, auch unter Berücksichtigung des stationären Sektors zu prüfen, ob Vergütungsunterschiede gerechtfertigt sind. Diese Klarstellung ist zu begrüßen. Darüber hinaus findet ein Teil der ambulanten Versorgung auch in Hochschulambulanzen, psychiatrischen Institutsambulanzen und sozialpädiatrischen Zentren sowie im Rahmen der ambulanten Versorgung im Krankenhaus gemäß § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V in der

bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung statt. Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt außerhalb des vertragsärztlichen Vergütungssystems. Soweit hier eine überdurchschnittliche Leistungsinanspruchnahme stattfindet, kann dies auch ein berechtigter Grund für einen zu niedrigen Aufsatzwert der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sein. Diese Bereiche sollten daher ebenfalls bei der Prüfung betrachtet werden.

2. Der Gesetzgeber verfolgt mit der Konvergenz das Ziel, unbegründete Vergütungsunterschiede zwischen einzelnen KV-Regionen zu beseitigen. Die Entscheidung, ob sie begründet oder unbegründet sind, ist berechtigterweise auf der Ebene der Gesamtvertragspartner zu treffen. Im Sinne der Einheitlichkeit bedarf es jedoch einheitlicher Kriterien, wie die Inanspruchnahme im stationären Bereich sowie bei anderen ambulanten Versorgungsformen (s. o.) zu berücksichtigen sind. Der Bewertungsausschuss sollte daher beauftragt werden, diese Kriterien zu entwickeln.

3. Die hausärztliche Versorgung bildet den Grundpfeiler einer flächendeckenden medizinischen Infrastruktur in Deutschland. In einigen Regionen bestehen hier bereits heute erste Versorgungsprobleme. Die Tatsache, dass nur zehn Prozent der Weiterbildungen im Bereich der Allgemeinmedizin stattfinden, lässt befürchten, dass sich die Probleme in der Zukunft weiter verschärfen werden. Im Gegensatz zum fachärztlichen Bereich bestehen bei Hausärzten aufgrund des stark pauschalierten Vergütungssystems nur geringe Anreize zur Mengenausweitung. Gleichwohl werden in den meisten der von der Konvergenz betroffenen Regionen hausärztliche Leistungen nicht voll vergütet. Sollte in einzelnen Regionen die Vergütung tatsächlich ungerechtfertigt zu niedrig sein, müssen zusätzliche Mittel daher zu allererst zugunsten der hausärztlichen Versorgung verwendet werden.

Änderungsvorschlag

1. In Nr. 35 Buchstabe b) wird Satz 5 wie folgt gefasst: *„Ob und in welchem Umfang der Aufsatzwert im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig war, ist von der Kassenärztlichen Vereinigung auch unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme des stationären Sektors und ambulanten Leistungen in Einrichtungen nach §§ 117, 118 und 119 SGB V sowie der ambulanten Versorgung im Krankenhaus gemäß § 116b Abs. 2 S. 1 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung nachzuweisen.“*

2. Es wird ein neuer Satz 6 eingefügt: *„Zur Berücksichtigung der Inanspruchnahme des stationären Sektors und ambulanten Leistungen in Einrichtungen nach §§ 117, 118 und 119 SGB V nach Satz 5 legt der Bewertungsausschuss bis zum 15. September 2016 Kriterien fest.“*
Die Sätze 6 bis 10 werden zu den Sätzen 7 bis 11.

Zu 3. Satz 11 wird wie folgt gefasst: „*Die zusätzlichen Mittel sind zur Verbesserung der Versorgungsstruktur insbesondere im Bereich der hausärztlichen Grundversorgung einzusetzen.“*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 40
§ 92a – neu (Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss)

Beabsichtigte Neuregelung
Von 2016 bis 2019 fließen jährlich insgesamt 300 Millionen Euro in einen Innovationsfonds, davon haben die Krankenkassen 150 Millionen Euro aufzubringen und weitere 150 Millionen kommen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Die Mittel werden als Sondervermögen vom BVA per Umlage erhoben und verwaltet. Es sollen insbesondere sektorenübergreifende Versorgungsformen und neue Versorgungsformen, wie beispielsweise Telemedizin, Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen gefördert werden. Antragsberechtigt sind Krankenkassen und ihre Verbände, Vertragsärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Landeskrankenhausgesellschaften, Kassenärztliche Vereinigungen, pharmazeutische Unternehmern, Hersteller von Medizinprodukten im Sinne des Medizinproduktegesetzes und Patientenorganisationen nach § 140f. Bei der Antragstellung ist in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen. Außerdem soll Versorgungsforschung mit den Mitteln des Innovationsfonds gefördert werden. Antragsberechtigt sind hier zusätzlich universitäre und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen. Zur fachlichen Begutachtung beruft das BMG einen Expertenbeirat, der durch den Innovationsausschuss bei der Entscheidungsfindung über die Förderfähigkeit eines Projektes einzubeziehen ist. Das BMG veranlasst eine wissenschaftliche Auswertung des Innovationsfonds, deren Zwischenbericht bis zum 31. März 2019 dem Deutschen Bundestag vorgelegt werden soll. Auf Basis des Zwischenberichts entscheidet der Bundestag über die Fortführung des Innovationsfonds über das Jahr 2019 hinaus. Die abschließenden Ergebnisse der Evaluation müssen dem Bundestag bis zum 31. März 2021 vorgelegt werden.

Stellungnahme
Zu Absatz 1: Um die geförderten Projekt regelhaft in der Versorgungsrealität zu erproben, sind die Krankenkassen zwingend an allen Anträgen zu beteiligen. Insbesondere durch die Vielzahl der antragsberechtigten Institutionen ist es von großer Bedeutung, dass diese immer eine oder mehrere Kassen als Partner bei der Bewerbung beteiligen. Nur so kann auch sichergestellt werden, dass die Beitragsgelder weiterhin der Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen. Die Konkretisierung der Förderkriterien im Gesetzestext wird begrüßt.

Zu Absatz 2: Der Ausschluss von Doppelförderung ist sinnvoll. Allerdings sollen nicht nur die Evaluation von Altverträgen förderwürdig sein, sondern auch die Evaluation von Neuverträgen nach § 140a zur besonderen Versorgung, sofern die Durchführung der Versorgungsverträge nicht schon durch den Innovationsfonds finanziert wird. Darüber hinaus sind auch hier die Krankenkassen bei der Antragstellung zwingend zu beteiligen.

Zu Absatz 3: Die Summe von 300 Millionen Euro pro Jahr ist aufgrund der Erfahrungen der bisherigen Versorgung überdimensioniert. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass nur solche Leistungen förderfähig sind, die nicht bzw. nicht in ausreichendem Maße Bestandteil der Regelversorgung sind (zum Vergleich: die GKV-weiten Gesamtausgaben im Jahr 2013 für Leistungen nach § 73c SGB V, Modellvorhaben und Integrierter Versorgung, betrugen ca. 1,69 Milliarden Euro und umfassten auch Leistungsausgaben der Regelversorgung, die in den Selektivverträgen abgebildet wurden). Aus diesem Grund ist die Beschränkung des Innovationsfonds auf zunächst vier Jahre sachgemäß. Der Rückfluss der nicht verausgabten Mittel am Jahresende wird ausdrücklich begrüßt.

Zu Absatz 5: Generell ist der Innovationsfonds mit 300 Millionen Euro jährlich mit sehr hohen Finanzmitteln ausgestattet. Daher ist richtig, dass schon im Jahr 2019 erste Zwischenergebnisse der Evaluation im Bundestag berichtet werden und im Jahr 2021 ein Abschlussbericht erstellt wird. Die Abhängigkeit der Fortführung des Innovationsfonds von einem positiven Beschluss des Bundestags unter Berücksichtigung der Evaluationsergebnisse im Jahr 2019 ist zwingend erforderlich und wird ausdrücklich begrüßt.

Änderungsvorschlag
In Absatz 1 Satz 5 sind die Wörter *„in der Regel“* zu streichen.

In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort “*sein*“ die Wörter *„; Absatz 1 Satz 5 gilt entsprechend*.“

In Absatz 2 Satz 3 werden nach den Wörtern „*geschlossen wurden*“ die Wörter „*und für Verträge nach § 140a und § 63“* eingefügt und nach dem Wort „*überführt zu werden*“ die Wörter „*sowie nicht durch den Innovationsfonds nach Absatz 1 gefördert werden.“* ergänzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 40
§ 92b (Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss)

Beabsichtigte Neuregelung
Beim G-BA wird ein Innovationsausschuss eingerichtet. Dieser besteht aus dem unparteiischen Vorsitzenden des G-BA, drei vom GKV-SV benannten Mitgliedern des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2, jeweils einem von der KBV, der KZBV und der DKG benannten Mitgliedes des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2 sowie zwei Vertretern des BMG und einem Vertreter des BMBF. Der Innovationsausschuss erlässt Förderbekanntmachungen und entscheidet über die Anträge. Die Entscheidungen des Innovationsausschusses müssen mit einer Mehrheit von sieben Stimmen getroffen werden (Zweidrittelmehrheit). Eine ei-

gens beim G-BA einzurichtende Geschäftsstelle ist für die Vorbereitung und Umsetzung der Entscheidungen des Ausschusses zuständig.

Stellungnahme des vdek
Zu Absatz 1: Mit der Besetzung des Innovationsausschusses mit zwei stimmberechtigten Mitgliedern des BMG und einem stimmberechtigten Mitglied des BMBF greift die Politik in einen Bereich, der originär von der Selbstverwaltung ausgestaltet werden sollte, erheblich ein. Die Begründung dafür ist nicht stichhaltig. Um geförderte Projekte in die Regelversorgung überführen zu können, ist keine Stimmbeteiligung BMG bzw. des BMBF notwendig.

Zu Absatz 2: Der Innovationsausschuss muss eine ausreichende Transparenz über seine Entscheidungen herstellen. Das ist er allen Antragsstellern schuldig. Vertreter des BMG sollten keine stimmberechtigten Mitglieder des Innovationsausschusses sein (s. o.).

Zu Absatz 3: Die Einrichtung einer eigenen Geschäftsstelle beim G-BA macht deutlich, dass der Verwaltungsaufwand des Fonds erheblich sein wird. Diese gehen zulasten des Innovationsfonds und verringern die für die Versorgungsprojekte zur Verfügung stehenden Mittel.

Zu Absatz 5: Die Berufung eines Expertenbeirats ist sinnvoll, um die notwendige Expertise bei der Beurteilung der Projektanträge sicherzustellen. An dieser Stelle ist frühzeitig darauf hinzuweisen, dass in diesem Expertenbeirat insbesondere das Votum von Versorgungspraktikern der Krankenkassen und ihrer Wettbewerbsverbände notwendig ist. Nur diese können in den letzten Jahren gesammelte Erfahrung bei der Umsetzung von Versorgungsstrukturinnovationen einbringen. Die Bewertung der Umsetzbarkeit und der Ausrichtung an der Versorgungsrealität ist daher nur mit der Berücksichtigung der Vertreter der Krankenkassen möglich. Eine mangelnde Berücksichtigung der Praxisperspektive erhöht unnötigerweise die Gefahr des Scheiterns der Förderprojekte und somit letztlich des Innovationsfonds.

Änderungsvorschlag
In Absatz 1 Satz 2 wird „*sowie zwei Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und ein Vertreter des Bundesministeriums für Bildung und Forschung*“ gestrichen.

In Satz 3 werden nach den Worten *„maßgeblichen Personen“* die Worte *„Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung“* eingefügt.

In Absatz 2 Satz 4 wird die Zahl „*sieben*“ durch die Zahl „*vier*“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 42
§ 100 (Unterversorgung)

Beabsichtigte Neuregelung
a. Versorgungsbestandteile, die über Ermächtigungen erbracht werden, sollen im Verfahren zur Feststellung einer Unterversorgung nicht berücksichtigt werden.

b. Klarstellung, dass die Regelung des § 100 Absatz 2 (Zulassungsbeschränkungen durch Landesausschüsse bei nicht beseitigter Unterversorgung) auch in Fällen der drohenden Unterversorgung gilt.

Stellungnahme
a. Versorgungsbestandteile, die über Ermächtigungen erbracht werden, sollen bei der Feststellung von Unterversorgung keine Berücksichtigung mehr finden. Damit wird Unterversorgung künftig früher festgestellt als heute und ein Versorgungsmangel attestiert, der real im Einzelfall nicht gegeben ist. Eine bedarfsgerechte Versorgungs- und Bedarfsplanung muss jedoch identische Versorgungsbeiträge gleich behandeln. Eine Anrechnung hat folglich unbedingt stattzufinden.

b. Die Klarstellung ist richtig, da auf diese Weise in den zuständigen Ausschüssen frühzeitig Maßnahmen gegen den Zuwachs von Unterversorgungssituationen ergriffen werden können.

Änderungsvorschlag
a. Nummer 42 a) ist zu streichen.

b. Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 44
§ 103 (Zulassungsbeschränkungen)

Beabsichtige Neuregelung
a. Versorgungsbestandteile, die über Ermächtigungen erbracht werden, sind bei der Feststellung von Überversorgung nicht zu berücksichtigen.

b. Die bisherige Kann-Regelung zur Ablehnung der Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens bei Überversorgung wird in eine Soll-Regelung überführt. Die diesbezügliche Ausnahmeregelung für Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft und angestellte Ärzte wird verschärft und gilt – für Neufälle nach erster Lesung des Gesetzes – nur, wenn das Anstellungsverhältnis bzw. der gemeinschaftliche Betrieb bereits mindestens drei Jahre andauert. Eine weitere Ausnahme gilt in dem Fall, dass die Praxis in einen Teil des Pla-

nungsbereiches verlegt, in dem weiterhin Versorgungsbedarf besteht.

c. Ein ergänzendes Kriterium für die Auswahl bei der Nachbesetzung wird sein, ob der Nachfolger Maßnahmen zum Abbau von Barrieren ergreifen will. Bewirbt sich ein MVZ, soll dessen Versorgungsangebot ebenfalls entscheidungsrelevant sein.

Bewertung
a. Eine bedarfsgerechte Versorgungs- und Bedarfsplanung sollte identische Versorgungsbeiträge gleich behandeln, und zwar unabhängig vom Versorgungsstatus. Die hier vorgesehene Regelung führt dazu, dass in Einzelfällen Überversorgungssituationen nicht als solche ausgewiesen werden, obwohl sie faktisch vorhanden sind.

b. Die Neuregelung soll dem Abbau von Überversorgung dienen. Kritisch zu sehen ist jedoch die Einschränkung, dass vor der Lesung des Gesetzes begründete Gemeinschaftspraxen und Anstellungsverhältnisse von der Drei-Jahres-Regelung ausgenommen werden sollen. Dies könnte zu kurzfristigen Aktivitäten führen, die die Regelung in der Anfangsphase untergraben. Gut ist die Absicht, bei Praxisverlegungen innerhalb eines Planungsbereichs auf einen Praxisaufkauf zu verzichten, wenn auf diesem Wege Versorgungsprobleme innerhalb des Planungsbereichs abgemildert oder beseitigt werden können. Wesentlich aber ist, dass das Instrument des Praxisaufkaufs nur wirken kann, wenn auch bei der Abstimmung über den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens die üblichen Regelungen der Zulassungsausschüsse bei Stimmengleichheit gemäß § 96 Abs. 2 S. 6 SGB V gelten. Die bisherige Regelung, dass bei Stimmengleichheit ein Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens als angenommen gilt, verhindert dagegen einen Abbau von Versorgungsdisparitäten und muss gestrichen werden.

c. Die Ergänzung zusätzlicher Kriterien bei der Auswahl der Bewerber ist sachgerecht.

Änderungsvorschlag
a. Nummer 44 a) wird gestrichen.

b. § 103 Absatz 3a Satz 4 zweiter Halbsatz (alte Fassung) wird gestrichen. Satz 5 wird gestrichen

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 45
§ 105 (Förderung der vertragsärztlichen Versorgung)

Beabsichtigte Neuregelung
Die Bildung von Strukturfonds zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung soll künftig überall möglich sein und nicht nur in unterversorgten, von

Unterversorgung bedrohten oder in Gebieten, in denen ein besonderer lokaler Versorgungbedarf festgestellt worden ist. Die geltenden Regelungen zur Finanzierung bleiben unverändert. Entschließt sich eine KV zur Auflegung eines Strukturfonds in bestimmter Höhe, haben die Kassen auf Landesebene einen gleichhohen Betrag zuzuschießen.

Stellungnahme
Strukturfonds nach § 105 Absatz 1a gibt es aktuell in neun von 17 KV-Bezirken, weil diese in einzelnen Planungsgebieten unterversorgt sind, von Unterversorgung bedroht sind oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf aufweisen. Die betreffenden KVen erhalten in diesen Fällen von den Krankenkassen zusätzliche Mittel bis zu einer Grenze von 0,1 Prozent der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und beschließen konkrete Fördermaßnahmen wie Zuschüsse für Praxisgründungen oder Zweigpraxen, für die Beschäftigung von angestellten Ärzten oder hausärztlichen Versorgungsassistentinnen, zur Ausbildungsfinanzierung und Studienbeihilfe und anderes mehr. Der Einsatz von Instrumenten zur Förderung der ärztlichen Versorgung in Regionen mit Regel- oder Überversorgung läuft dem Ziel des Gesetzgebers zuwider, Versorgungsdisparitäten zwischen unter- und überversorgten Regionen abzubauen. Da, wo Versorgungsprobleme bestehen, haben die Strukturfonds eine Existenzberechtigung. Fließen diese Zusatzmittel aber in Gebieten, in denen es keine Versorgungsprobleme gibt bzw. Überversorgung herrscht, wird Überversorgung weiter gefördert. Mit dem Ergebnis, dass sich in den strukturschwachen Regionen die Suche nach ärztlichem Personal noch schwieriger gestaltet wird als ohnehin schon. Dies konterkarriert die Bemühungen um die dauerhafte Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in strukturschwachen Gebieten. Deshalb ist die vorgesehene Regelung zu streichen.

Änderungsvorschlag
Nr. 45 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 52
§ 116b (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung)

Beabsichtigte Neuregelung
a. Klarstellung zur Unterbrechung der Antragsfrist im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung.

b. Der G-BA muss die Ergebnisse des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) bei der Regelung der sächlichen und personellen und sonstigen Qualitätsanforderungen an die spezialfachärztlichen Leistungserbringer mit einbeziehen.

c. Für Krankenhäuser, die an der ambulanten Behandlung nach § 116b in der bis 31. Dezember 2011 geltenden Fassung teilnehmen, wird ein dauerhafter

Bestandsschutz eingeführt. Eine Aufhebung der Alt-Bestimmung ist nur möglich, wenn das Krankenhaus nicht mehr zur ambulanten Behandlung geeignet ist.

Bewertung

a. Die Regelung zur Unterbrechung der Antragsfrist ist abzulehnen. Das Vorgehen, die Prüffrist anzuhalten und nach Eingang der angeforderten Unterlagen etc. die verbleibende Frist weiterlaufen zu lassen, stellt einen zusätzlichen Verwaltungsaufwand für die erweiterten Landesausschüsse (eLA) dar. Die Sitzungen der eLA werden in einer bestimmten Frequenz (z. B. monatlich) stattfinden. „Restlaufzeiten" aufgrund von Unterbrechungen würden zur Folge haben, dass kurzfristig zusätzliche Sitzungen anzuberaumen wären. Dies erscheint bei der großen Besetzung eines eLA kaum möglich. Für einen Neubeginn der Frist spricht zudem, dass der eLA einerseits seine Prüfung mit der gebotenen Sorgfalt abschließen kann und dass die Folge des Neubeginns mit der sich daraus für den Leistungserbringer ergebenden Verzögerung den Anreiz schafft, von vornherein vollständige Unterlagen vorzulegen und dadurch Verzögerungen zu vermeiden.

b. Die Regelung zur Berücksichtigung der Ergebnisse des IQTiG ist zu begrüßen. Der G-BA erhielt durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) den gesetzlichen Auftrag, ein fachlich unabhängiges wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu gründen. Der Aufbau des IQTiG erfolgt im Jahr 2015; ab 2016 soll es mit der Arbeit beginnen. Vor dem Hintergrund, dass in der ASV Patienten mit seltenen Erkrankungen und schweren Erkrankungsverläufen behandelt werden, ist es folgerichtig, dass auch in diesem Leistungsbereich die Qualität der Versorgung transparent gemacht und gesichert werden soll.

c. Die Bestandsschutzregelung ist abzulehnen. Die ASV hat insbesondere zum Ziel, die Versorgungsqualität durch sektorenübergreifende Kooperationen zu verbessern. Zudem gehen die Voraussetzungen und Qualitäts-anforderungen für die ASV über die bisherigen Regelungen der ambulanten Behandlung am Krankenhaus hinaus. Ein dauerhafter Bestandsschutz für Kliniken mit Alt-Bestimmungen würde diese Ziele und Anforderungen ad absurdum führen. In der Konsequenz können Krankenhäuser parallel nach beiden Regelungen Leistungen erbringen und abrechnen. Sofern eine Berechtigung nach neuem Recht besteht, sollte die Alt-Bestimmung daher unverzüglich aufgehoben werden.

Änderungsvorschlag

a. Absatz 2 wird wie folgt geändert: In Satz 5 wird die Wortgruppe „*bis zum Eingang der Auskünfte ist"* gestrichen. Hinter der Angabe „Satz 4" wird der Passus „*beginnt mit Eingang aller vollständigen Unterlagen und Auskünfte.*" eingefügt.

b. Keiner.

c. Absatz 8 wird wie folgt geändert:
Nach Satz 2 wird der neue Satz 3 eingefügt: *„Das Land hat abweichend von Satz 2 eine nach Satz 1 getroffene Bestimmung unverzüglich aufzuheben, sofern das Krankenhaus nach Absatz 2 Satz 4 für denselben Leistungsbereich zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt ist.“*

Der bisherige Satz 3 wird zu Satz 4.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 53
§ 117 (Hochschulambulanzen)

Beabsichtigte Neuregelung
Ermächtigung der Hochschulambulanzen zur Teilnahme an der ambulanten ärztlichen Behandlung per Gesetz. Die Teilnahme ist auf den für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang sowie für Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen, beschränkt. Die Inanspruchnahme erfolgt auf Überweisung. GKV-SV, KBV und DKG vereinbaren, welcher Personenkreis für die Behandlung in Frage kommt. Sie definieren ggf. auch Ausnahmen von der Überweisungspflicht. Bei Nicht-Einigung entscheidet das um die Vertreter der DKG erweiterte Bundesschiedsamt.

Bewertung
Die Regelung ist abzulehnen. Eine Ermächtigung kraft Gesetzes für Hochschulambulanzen würde den bisherigen Bemühungen entgegenstehen, mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen ermächtigter Einrichtungen zu schaffen und damit die Angebote und Leistungen der Sektoren besser zu koordinieren. Hochschulambulanzen nehmen regelhaft Versorgungsaufträge wahr, die Patientengruppen betreffen, die in der vertragsärztlichen Versorgung nicht angemessen bzw. umfassend betreut werden können. Die Versorgung dient dabei vorrangig dem Zweck von Forschung und Lehre und nicht der Versorgung im Sinne des Sicherstellungsauftrags der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen. Zusätzlich können Krankenhausärzte und Institutionen auf Antrag Leistungen der vertragsärztlichen Regelversorgung erbringen, wenn dies notwendig ist, um eine bestehende Unterversorgung abzuwenden (vgl. § 116a SGB V). Diese Ermächtigung erfolgt bedarfsabhängig durch den Zulassungsausschuss nach § 96 SGB V und wird erteilt, wenn die Sicherstellung nicht bereits durch niedergelassene Ärzte in ausreichendem Maße gewährleistet ist. Es müssen daher Versorgungslücken bestehen und auch festgestellt sein, die nur durch die entsprechende Ermächtigung zu schließen sind.

Ärzte und Institutionen, die aufgrund einer Ermächtigung an der vertragsärztlichen Regelversorgung teilnehmen, sind auch in der ambulanten Bedarfsplanung sachgerecht abzubilden. Diese gesetzliche Vorgabe ist aufgrund der bisher hohen Intransparenz des Leistungsgeschehens ermächtigter Institutionen

jedoch nur schwer umsetzbar. Ziel muss es daher sein, ermächtigte Einrichtungen zur standardisierten Leistungsstatistik zu verpflichten. Dies würde es auch ermöglichen, Sicherstellungs- und Versorgungsaufträge von Institutionen stärker zu definieren und eine Ermächtigung nur bei tatsächlichem Bedarf zu erteilen.

Wie die gesamte Neuregelung wird die Beschleunigung des beabsichtigten Verfahrens auf Bundesebene abgelehnt. Abgelehnt wird auch, dass die Landesebene in der Zwischenzeit unterschiedliche Regelungen treffen kann. Dies führt zu einem Flickenteppich unterschiedlicher Regelungen. Darüber hinaus ist nicht nachvollziehbar, warum bei einer Vereinbarung auf Landesebene von dem Vereinbarungskonstrukt einer dreiseitigen Vereinbarung zulasten der Krankenkassen abgewichen werden sollte.

Änderungsvorschlag
Streichung der Neuregelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 61
§ 134a (Versorgung mit Hebammenhilfe)

Beabsichtigte Neuregelung
Zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung wird der Kassenregress bei Behandlungsfehlern durch freiberuflich tätige Hebammen ausgeschlossen. Die so erfolgende Begrenzung der Haftungsansprüche soll zu niedrigeren Berufshaftpflichtprämien führen. Im Falle einer gesamtschuldnerischen Haftung ist der Verschuldensanteil der über diese Regelung vom Kassenregress ausgeschlossenen freiberuflich tätigen Hebamme nicht den übrigen Gesamtschuldnern anzulasten.

Bewertung
Die Regelung widerspricht dem Prinzip der Verantwortlichkeit des Schadensverursachens und setzt insofern auch ein Präjudiz für weitere gesellschaftlich gewünschte aber schadensgeneigte Tätigkeiten, wie z. B. Geburtshilfe durch Ärzte. Neben den nicht unerheblichen Mehrkosten für die GKV kommt es somit zu einer ordnungspolitisch bedenklichen Erosion des Verursacherprinzips. Außerdem werden zwei Berufsgruppen – die freiberuflich und geburtshilflich tätigen Hebammen und die Entbindungspfleger – in Bezug auf die Haftung privilegiert. Die Regelung ist daher abzulehnen.

Der Gesetzgeber hat zudem seine Behauptung, dass die Prämien der Hebammen und Entbindungspfleger aufgrund der Regresse der Kranken- und Pflegekasse zu 25 bis 30 Prozent belastet sind, nicht begründet oder belegt. Er differenziert seine Aussage nicht dahingehend, ob die Regressforderungen der Kranken- und Pflegekassen möglicherweise auf einer schlechten Qualität,

mangelnden Erfahrung oder Fortbildung der Hebammen und Entbindungspfleger beruhen.

Die Klarstellung zum Gesamtschuldverhältnis schafft keine neuen Sachverhalte, geht aber – wie die ihr zugrunde liegende Regelung zum „Hebammenregress" – zulasten der Krankenkassen. Daneben werden in der Folge auch die Pflegekassen Einnahmeverluste zu verzeichnen haben.

Änderungsvorschlag
Die Regelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 64
§ 137c (Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus)

Beabsichtigte Neuregelung
a. Der G-BA muss spätestens nach 3 Monaten über einen Antrag auf Bewertung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode in der ärztlichen oder zahnärztlichen Versorgung zu beschließen. Das Methodenbewertungsverfahren ist i. d. R. spätestens nach drei Jahren abzuschließen. Das Gleiche gilt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus.

b. Der Gesetzgeber beabsichtigt zunächst eine Klarstellung. Das in der Krankenhausversorgung geltende Prinzip der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt soll weiterhin gelten. Außerdem soll sichergestellt sein, dass einerseits der Ausschluss einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode aus der Krankenhausversorgung durch den G-BA und andererseits die Ablehnung eines Leistungsanspruches durch eine Krankenkasse im Einzelfall nach einem einheitlichen Bewertungsmaßstab erfolgt. Diese Klarstellung sei aufgrund einer geänderten Rechtsprechung des BSG (Urt. v. 21.03.2013 – B 3 KR 2/12 R) erforderlich. Während der
G-BA eine neue Methode, die jedenfalls das Potenzial einer Behandlungsalternative bietet, nicht ohne vorherige Erprobung ausschließen dürfe, könne eine Krankenkasse die Leistung trotz vorhandenen Potenzials einer Behandlungsalternative ausschließen, wenn es gegen das in §§ 2 Absatz 1, 12 Absatz 1 und 28 Absatz 1 normierte Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot verstoße. Hierin liege ein Wertungswiderspruch, der aufzulösen sei. Auch eine Krankenkasse dürfe eine Methode mit dem Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative nicht ausschließen.

Bewertung
Zu a. Aufgrund der Fristsetzungen wird der G-BA die Beratungen fristgerecht durchführen müssen. Dies ist insbesondere durch höhere Taktung der fachbezogenen AG-Sitzungen im G-BA möglich. Auf Seite des G-BA wird dafür voraussichtlich mehr Personal notwendig sein. Insbesondere da schon bisher ei-

nige Methodenberatungen wegen fehlenden Personals nicht durchgeführt werden konnten. Auch beim IQWiG und bei den Trägern des G-BA (GKV-SV, KBV und DKG) wird ggf. mehr Personal notwendig sein.

Zu b. Die vorgesehene Änderung ist kritisch zu bewerten. Die Ersatzkassen erkennen das Prinzip der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt an. Die Ersatzkassen erkennen ebenso den Sinn eines einheitlichen Bewertungsmaßstabes für die Entscheidung des G-BA einerseits und der Krankenkassen andererseits an. Dieses Ziel wird allerdings durch die vorgeschlagene Regelung nicht erreicht. Stattdessen werden zwei neue unbestimmte Begriffe eingeführt (die des Potenzials und den Regeln der ärztlichen Kunst), deren Bewertung bis zu einer Entscheidung des G-BA weiterhin der Krankenkassen und dem Krankenhaus obliegt. Der Gesetzesentwurf schließt also uneinheitliche Bewertungen nicht aus. Aus diesem Grund ist der Halbsatz „wenn sie das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt“ zu streichen.

Darüber hinaus steht die vorgesehene Änderung nicht im Einklang mit der begrüßenswerten Einführung einer frühen Nutzenbewertung von neuen Methoden unter Einsatz von Hochrisiko-Medizinprodukten (Nr. 66). Es ist hochproblematisch, dass der Versicherte zukünftig bei Einsatz von Hochrisiko-Medizinprodukten darauf vertrauen kann, dass bei Anwendung eine Bewertung erfolgt ist und das Medizinprodukt nur unter gesicherten Bedingungen eingesetzt wird, aber bei allen anderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Experimentierfreude des Krankenhauses ausgesetzt ist. Es ist ebenfalls problematisch, dass weder aus dem Gesetz noch aus der Gesetzesbegründung deutlich wird, wer in diesen Fällen das Potential einer Methode definiert. Zudem ist die Beschreibung „Regeln der ärztlichen Kunst“ nicht definiert und schlecht abgrenzbar.

Um zu unterstreichen, dass auch in der Krankenhausversorgung das Prinzip der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt gilt, gleichwohl aber die Beachtung des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebotes nach der Rechtsprechung des BSG hierdurch nicht berührt wird, ist diese Vorschrift durch einen zweiten Satz zu ergänzen. Diese Ergänzung ist erforderlich, da die entsprechende Rechtsprechung in der rechtswissenschaftlichen Literatur unterschiedlich beurteilt wird und hieraus eine Rechtsunsicherheit folgt. Die Geltung des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebotes in der Krankenhausversorgung auch bei neuen Methoden ist für die Ersatzkassen unverzichtbar. Die Ersatzkassen setzen sich seit geraumer Zeit dafür ein, dass der Patientenschutz nicht dem wirtschaftlichen Interesse untergeordnet wird. Dass dieses Risiko besteht, zeigen Beispiele wie die renale Denervation oder das Einsetzen intrakranialer Stents.

Seit einigen Jahren wird Patienten mit therapieresistenter Hypertonie die sogenannte „sympathische renale Denervation“ als Behandlungsmöglichkeit im Krankenhaus angeboten. Im Laufe der letzten Jahre wurden Kathetersysteme von mehreren Herstellern in den europäischen Markt eingeführt. Zum Zeitpunkt der Markteinführung lagen die Ergebnisse von einigen Fallserien sowie von ei-

ner kleinen randomisierten und kontrollierten Studie (Symplicity HTN-2) vor, in denen Patienten mit einer renalen Denervation behandelt wurden. Diese ersten Studienergebnisse gaben Anhaltspunkte dafür, dass sich durch die Methode der systolische Blutdruck verringern lässt. Im April 2014 wurde eine verblindete, randomisiert-kontrollierte Studie zur Beurteilung der Wirksamkeit und Sicherheit der renalen Denervierung mit dem Symplicity-System (SYMPLICITY HTN-3) publiziert. Laut dieser hochwertigen Studie konnte im Vergleich zu einer Sham-Intervention (= Schein-Eingriff, bei der lediglich ein Katheter geschoben wurde, nicht aber eine Verödung erfolgte) der Blutdruck nicht signifikant gesenkt werden. Das heißt, dass die Wirksamkeit des Verfahrens im Rahmen der Studie nicht erwiesen werden konnte. Letztlich sind weitere hochwertige Studien nötig, um die Methode der renalen Denervierung abschließend zu bewerten. Die Ersatzkassen haben sich im Frühjahr 2014 entschieden, dass die Leistung „Renale Denervation" mit Verweis auf den fehlenden Wirksamkeitsnachweis nicht mehr vereinbart und bezahlt werden soll.

Bei der Methode zur Behandlung von intrakraniellen arteriellen Stenosen mit Stents handelt es sich um die Versorgung von stark verengten Gehirnarterien mit der Einlage eines Stents. Die Behandlung hat zum Ziel, einen ausreichenden Blutfluss zur Versorgung des Gehirns wiederherzustellen und/oder aufrechtzuerhalten. Im September 2011 sind die Ergebnisse der sogenannten SAMMPRIS-Studie veröffentlicht worden, die Hinweise auf ein erhebliches Schadenspotential des Einsatzes des sogenannten „Wingspan-Stents" im Vergleich zu einer intensiven medikamentösen Therapie gaben. Die Studie wurde aufgrund einer geplanten Zwischenanalyse aus Sicherheitsgründen abgebrochen. Mittlerweile wurden auch die Daten der einjährigen Nachbeobachtung veröffentlicht, welche die Bedenken bezüglich des Schadenspotentials der Intervention untermauern. Die Leistung wird im stationären Sektor weiterhin erbracht und von der GKV bezahlt. Zwar sind dies Beispiele, die im Hinblick auf die Einführung einer frühen Nutzenbewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unter Einsatz von Hochrisiko-Medizinprodukten so nicht mehr passieren würden. Allerdings zeigen sie die Notwendigkeit auf, eine eindeutige rechtliche Klarstellung herbeizuführen, wonach Qualität und Wirtschaftlichkeit über einer Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt stehen.

Die im Folgenden vorgeschlagene Änderung ist gegenüber einer ersatzlosen Streichung der Neuregelung vorzuziehen, da bei einer Streichung die Rechtsunsicherheit im Zusammenhang mit der oben zitierten geänderten Rechtsprechung des BSG bestehen bliebe.

Änderungsvorschlag

Nach § 137c Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach Absatz 1 getroffen hat, dürfen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden. Die Regelungen in § 2 Absatz 1, 12 Absatz 1 und § 39 Absatz 1 in Verbindung mit § 28 Absatz 1 bleiben hiervon unberührt."

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 65
§ 137f (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)

Beabsichtigte Neuregelung
a. Bis zum 31. Dezember 2016 hat der G-BA strukturierte Behandlungsprogramme für weitere chronische Krankheiten zu entwickeln.
b. Gesetzliche Vorgabe dabei: Rückenleiden, Depressionen.

Bewertung
Zu a. Durch die Übertragung der Regelungskompetenz vom BMG auf den G-BA durch das GKV-VStG, empfiehlt der G-BA nicht mehr geeignete chronische Krankheiten sondern legt diese fest. Die Änderung ist demnach redaktioneller Art und folgerichtig.

Zu b. Die gesetzliche Vorgabe, für Rückenleiden und Depressionen Anforderungen an ein entsprechendes DMP zu erlassen, widerspricht der erst durch das GKV-VStG an den G-BA übertragenen Regelungskompetenz zur Festlegung geeigneter DMP-Diagnosen und greift hier erheblich in einen originären Bereich der Selbstverwaltung ein. Nach § 137f Abs. 1 Satz 1 SGB V legt der G-BA geeignete chronische Krankheiten fest, für die DMP entwickelt werden sollen. Dieser Aufgabe ist der G-BA nachgekommen, indem er am 20. Februar 2014 die Durchführung eines strukturierten Priorisierungsverfahrens zur Festlegung geeigneter chronischer Erkrankungen beschlossen hat. Im Rahmen dieses Verfahrens wurden 33 Vorschläge eingereicht, welche u. a. auch die Indikationen Chronisches Rückenleiden und Depression umfassten. Anhand der Kriterien des § 137f Abs. 1 Satz 2 (u. a. Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs und Möglichkeiten der Versorgungsverbesserung durch ein DMP) wurden sämtliche Indikationen auf die Eignung als DMP geprüft. Durch Beschluss vom 21. August 2014 wurden die Indikationen Chronische Herzinsuffizienz, Rheumatoide Arthritis, Osteoporose und Chronischer Rückenschmerz festgelegt, für die nun Beratungen im G-BA aufgenommen werden sollen. Die angedachte gesetzliche Vorgabe widerspricht diesem Beschluss. Insbesondere die Depressionen wurden im Rahmen des Priorisierungsverfahrens als nur bedingt als DMP umsetzbar eingestuft (u. a. weil keine gesicherten Diagnosen für eine rechtssichere Einschreibung vorliegen, die Diagnosestellung selbst oft problematisch ist und das DMP zeitlich danach greift). Im Übrigen ist zu erwähnen, dass die vom Gesetzgeber benannte Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ aufgrund ihrer abgelaufenen Gültigkeit nicht in die Beratungen aufgenommen wurde.

Weiter ist die Frist, bis zum 31. Dezember 2016 Anforderungen an die Behandlung von Rückenleiden und Depression zu erlassen, unrealistisch. Für die Erarbeitung von Anforderungen ist laut Verfahrensordnung des G-BA zunächst eine Leitlinienrecherche des IQWiG zu beauftragen, welche einen Bearbeitungszeitraum von ca. 12 bis 18 Monaten umfasst. Anschließend beginnen die Beratungen in den Facharbeitsgruppen. Unter Beachtung von Qualitätssicherungsaspekten ist auch hier von einem Zeitraum von 12 bis 18 Monaten auszugehen.

Danach erfolgen die Beratungen im Unterausschuss DMP, das anschließende Stellungnahmeverfahren sowie die Beschlussfassung im Plenum. Des Weiteren ist die zweimonatige Beanstandungsfrist des BMG zu berücksichtigen. Die Darstellung zeigt, dass ein Erlass von Anforderungen an die Behandlung bei Rückenleiden und Depression bis zum 31. Dezember 2016 unrealistisch ist.

Änderungsvorschlag
a. Keiner.
b. Satz 3 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 66
§ 137h – neu (Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethodenmit Medizinprodukten hoher Risikoklassen)

Beabsichtigte Neuregelung
Für Methoden, bei denen Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse Verwendung finden, wird die Möglichkeit einer frühen Nutzenbewertung eingeführt. Es wird klargestellt, dass ausschließlich invasive Medizinprodukte durch die Neuregelung angesprochen sind. Der Begriff "neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept" wird im Gesetz definiert und in einer Rechtsverordnung des BMG im Benehmen mit dem BMBF weiter konkretisiert. In Monatsfrist werden die Krankenhäuser um die zur Verfügung stehenden Informationen gebeten. Der G-BA hat innerhalb von drei Monaten eine Entscheidung über Nutzen, Schaden und Potenzial zu treffen, bevor er die Erprobung der neuen Methode beschließt. Die Frist für die Erprobung wird von drei auf zwei Jahre verkürzt. Nach Abschluss der Erprobung entscheidet er auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse innerhalb von drei Monaten über eine Richtlinie nach § 137c. Der G-BA berät die Hersteller und Krankenhäuser im Vorfeld über das Verfahren.

Bewertung
Die Einführung einer Nutzenbewertung für Medizinprodukte hoher Risikoklassen, die im Rahmen neuer Behandlungsmethoden im Krankenhaus zum Einsatz kommen sollen, wird grundsätzlich begrüßt. Allerdings sollte der Vorschlag dahingehend geändert werden, dass nicht die NUB-Anfrage beim InEK das Aufgreifkriterium einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode darstellt, sondern stattdessen der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) verwendet wird. Der OPS ist eine wichtige Grundlage zur Vergütung von neuen Methoden für das pauschalierende Entgeltsystem G-DRG. Letztlich bildet der OPS den innovativen Charakter einer Methode besser ab. Darüber hinaus berücksichtigt § 137h den bisherigen Bestandsmarkt nicht.

Die Straffung des Verhandlungszeitraums für die Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. nach § 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung auf drei Monate in Verbindung mit der Anrufung der Schiedsstelle wird abgelehnt.

Eine Beratung von Herstellern und Krankenhäusern im Vorfeld zur Methodenbewertung über die Voraussetzungen und Anforderungen an die konkrete Methode wird für die Durchführung des weiteren Verfahrens als sinnvoll angesehen.

Änderungsvorschlag
Siehe Änderungsvorschlag GKV-Spitzenverband.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 69
§ 140a (Integrierte Versorgung)

Beabsichtigte Neuregelung
1. Die §§ 73a, 73c und 140a werden zusammengefasst. Die Möglichkeiten zum Abschluss von Strukturverträgen, IV-Verträgen und zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung bleiben bestehen. Künftig ist es nicht mehr nötig, bei Selektivverträgen einen sektorübergreifenden Ansatz zu wählen oder besondere Versorgungsaufträge zu definieren.

2. Management-Verträge und Add-on-Verträge werden möglich. Es sind auch Leistungen zulässig, die über den Leistungsumfang der Regelversorgung hinausgehen. Ausdrücklich per Gesetz oder durch den G-BA ausgeschlossene Leistungen können aber nicht Gegenstand von Verträgen sein. Nicht zugelassene Leistungserbringer können nicht Vertragspartner sein. Der Nachweis der Wirtschaftlichkeit muss erst vier Jahre nach Vertragsschluss erbracht werden.

3. Die KVen können künftig auch IV-Verträge mit den Kassen schließen.

4. Auf Regelung der Details in der Satzung wird verzichtet. Detailregelungen erfolgen in der Teilnahmeerklärung.

5. Personenbezogene Daten sind nur nach vorheriger Information und Einwilligung des Versicherten zu nutzen.

6. Die Bereinigung folgt den Vorgaben der hausarztzentrierten Versorgung. Werden Versorgungsinhalte aus dem Kollektivvertrag herausgelöst, geht in diesem Umfang der Sicherstellungsauftrag auf die vertragschließende Kasse über.

Bewertung
Die Neufassung des § 140a „Besondere Versorgung“ begrüßen die Ersatzkassen ausdrücklich. Die umfassende Neuordnung der Rechtsgrundlage für Selektivverträge stellt eine zwingend notwendige Beseitigung von Umsetzungshindernissen dar. Die durch unklare Rechtsbegriffe und Auslegung des Bundessozialgerichts entstandenen Hürden für die Krankenkassen werden zugunsten einer neuen, flexiblen Vertragsgrundlage abgebaut. Starre Rechtsbegriffe, wie sekto-

renübergreifender, regelversorgungsersetzender oder besonderer Versorgungsauftrag, entfallen oder werden an die Versorgungswirklichkeit angepasst. Die Krankenkassen erhalten durch die Norm mehr Vertragsfreiheit.

1. Die Zusammenfassung der bestehenden Rechtsformen der Selektivverträge zur Neufassung des § 140a beseitigt bestehenden Umsetzungshürden für Selektivverträge und wird daher ausdrücklich begrüßt.

2. Die Konkretisierung des Leistungsumfangs der Verträge wird begrüßt. Dies gilt auch für die Aufnahme reiner Management-Verträge in die Neufassung des § 140a. Positiv ist auch die Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsnachweises, bei dem die Wirtschaftlichkeit grundsätzlich nachweisbar sein muss, die Darlegung jedoch nur im Einzelfall gegenüber der Aufsicht zu führen ist.

3. Die Erweiterung des Kreises der abschlussberechtigten Leistungserbringer auf Kassenärztliche Vereinigungen ist sinnvoll. In der Versorgungspraxis übernehmen Leistungserbringer oftmals im Rahmen von Verträgen zur Integrierten Versorgung auch Managementaufgaben. Es sollte sichergestellt werden, dass Leistungserbringer auch zugleich Managementtätigkeiten übernehmen sowie Managementgesellschaften auch zugleich Leistungen anbieten können. Die Regelung über den Austausch der Zulassungsstatus entspricht dem bisherigen § 140b Absatz 4 Satz 3. Bei der bisherigen Regelung war jedoch streitig, ob ein Krankenhaus eine ambulante Leistung einer bestimmten Fachrichtung erbringen kann, wenn kein ambulanter zugelassener Leistungserbringer derselben Fachrichtung beteiligt ist. Hierzu sollte eine Klarstellung erfolgen. Die in Absatz 3 Satz 2 genannte Abweichung vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus sollte für alle Verträge der besonderen Versorgung gelten, um eine umfassende Versorgung der Versicherten zu ermöglichen. Aus diesem Grund sollte das Wort „integrierte“ durch „besondere“ ersetzt werden.

4. Der Verzicht auf die Regelung in der Satzung stellt einen erheblichen Abbau bürokratischer Hürden dar und wird somit grundsätzlich begrüßt. Im Gegensatz zu der bisherigen Regelung in § 73c ist in § 140a Absatz 4 aber keine ausdrückliche Verpflichtung der Versicherten vorgesehen, dass sie für die Erfüllung des Versorgungsauftrags während der Dauer der besonderen Versorgung nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere Leistungserbringer nur auf Überweisung in Anspruch nehmen können. Bei den bisherigen Regelungen, also insbesondere bei der integrierten Versorgung ist aber streitig, ob eine solche Verpflichtung oder sonstige Verpflichtungen der Versicherten allein durch die Teilnahmeerklärung auferlegt werden können. Um sowohl für die Versicherten als auch für die Krankenkassen Klarheit zu erreichen, sollte hier eine gesetzliche Klarstellung erfolgen.

5. Die Regelungsvorgabe in § 140a Abs. 4 Satz 1 SGB V, wonach die Versicherten immer ihre Teilnahme schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse zu erklären haben, konterkariert das bekundete Ziel der Entbürokratisierung. Denn schriftliche Teilnahmeerklärungen mit einer 14-tägigen Widerrufsfrist sind regelhaft dann nicht erforderlich, wenn keine Einschränkung der Wahlfreiheit oder keine

fortdauernde Bindung der Versicherten an bestimmte Leistungserbringer oder Behandlungsabläufe erfolgt. Dies ist auch z. B. bei Verträgen gegeben, die zusätzliche Versorgungsleistungen als Erweiterung/Ergänzung des regelhaften Leistungsangebotes oder lediglich einmalige, kleinteilige Zusatzleistungen oder besondere Organisations- bzw. Vergütungsstrukturen zum Inhalt haben.

6. Die Regelungen zur Bereinigung sind sachgemäß und werden begrüßt.

Änderungsvorschlag
In Absatz 3 Satz 1 unter 2. Wird nach dem Wort „*anbieten*" das Wort *„(Managementgesellschaften)"* eingefügt.

In Satz 2 wird das Wort *„integrierte*" durch das Wort „*besondere*" ersetzt.

Nach Satz 2 werden folgende Sätze angefügt: *„Die in Satz 1 unter 1. und 2. Genannten können gleichzeitig Leistungen erbringen und Managementaufgaben übernehmen. Jeder Leistungserbringer kann Leistungen der besonderen Versorgung aufgrund des Zulassungs-, Ermächtigungs- und Berechtigungsstatus zur ambulanten oder stationären Leistungserbringung der anderen Leistungserbringer durchführen, solange er die Grenzen des Weiterbildungsrechts beachtet und die Vertragspartner sich für die Durchführung der integrierten Versorgung darauf verständigen."*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 82
§ 279 (Begutachtung und Beratung)

Beabsichtigte Neuregelung
zu a) aa) Neben Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber soll der Verwaltungsrat eines MDK zukünftig zu einem Drittel aus stimmberechtigten Vertretern der Pflegebedürftigen beziehungsweise Angehörigen und Vertretern der Pflegeberufe bestehen. Diese werden von den zuständigen obersten Landesbehörden auf Vorschlag der Organisationen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie den maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe bestimmt.
bb) Zukünftig sind hauptamtliche Mitarbeiter von Krankenkassen von einer Tätigkeit in den MDK-Verwaltungsräten ausgeschlossen.

b) Die Höchstzahl der Mitglieder beträgt künftig 18 Mitglieder. Die Mitgliederzahl kann angemessen erhöht werden, wenn mehrere Landesverbände einer Kassenart Mitglieder des MDK sind. Dabei darf sich an dem Verhältnis im Verwaltungsrat nichts ändern. Die Änderung soll sechs Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes wirksam werden, damit die regulären Wahltermine ausreichend vorbereitet werden können.

c) Um sicherzugehen, dass innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes in allen MDK-Verwaltungsräten die Neuregelung greift, sieht das Ge-

setz aber eine Übergangsregelung vor: Für die Verwaltungsräte, in denen die reguläre Amtsdauer des Verwaltungsrates noch mehr als drei Jahre beträgt, werden von der zuständigen Landesbehörde zusätzlich zu den oben bestimmten Mitgliedern weitere Vertreter bestimmt. Dabei darf ihr Anteil ein Drittel nicht überschreiten. Für diesen Fall kann die Höchstzahl von 18 Mitgliedern im MDK überschritten werden.

Stellungnahme

a. aa. Die Vertreter in den Verwaltungsräten der MDK sind unmittelbar oder mittelbar demokratisch legitimiert. Diese Legitimation ist ein konstituierendes Merkmal der selbstverwalteten Sozialversicherung in Deutschland. Es ist zwingend, dass nur die, die die Leistungen finanzieren und für die der Versicherungsschutz organisiert wird, über die Mittelverwendung und die dafür notwendigen operativen Prozesse entscheiden. Diese grundlegenden Entscheidungen treffen in den MDK die jeweiligen Verwaltungsräte, die sich aus von den Selbstverwaltungsgremien der Kranken- und Pflegekassen gewählten Vertretern zusammensetzen. Mit diesen Entscheidungen des Verwaltungsrates schaffen die Kranken- und Pflegekassen die organisatorische Grundlage für die Arbeit des MDK-Systems. Diese Organisationsentscheidungen sollten auch zukünftig den Trägern vorbehalten bleiben, die das MDK-System finanzieren.

Die Aufnahme weiterer, jedoch nicht durch die Selbstverwaltungsorgane gewählter, Personengruppen in die Entscheidungsgremien würde gegen das Legitimationsprinzip verstoßen sowie eine direkte Einflussnahme auf die Zuständigkeit der Selbstverwaltung darstellen. Die stimmberechtigte Einbindung der Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen als auch die Vertreter der Pflegeberufe durch Benennung der Landesaufsichtsbehörde in die Verwaltungsräte der MDK, bedeutet deshalb einen direkten Eingriff auf das Selbstbestimmungsrecht der Sozialpartner.

Die Arbeit in den MDK-Verwaltungsräten bezieht sich sowohl auf die Tätigkeiten des MDK für die soziale Pflegeversicherung als auch für die gesetzliche Krankenversicherung. Deshalb ist unverständlich, warum Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegeberufe durch eine stimmberechtigte Einbindung in die Verwaltungsräte der MDK einseitig bevorteilt werden sollen. Die Interessen der Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen als auch die Vertreter der Pflegeberufe werden bereits heute intensiv bei der Erarbeitung der Pflegerichtlinien – und damit selbstverständlich auch der Pflegebegutachtungsrichtlinien – eingebunden. Dies ist an dieser Stelle auch angemessen und sinnvoll.

Aus den vorgenannten Gründen lehnen die Ersatzkassen die Einbeziehung und ein Stimmrecht von Vertretern der Pflegebedürftigen in den Verwaltungsräten der MDK ab. In Bezug auf die Vertreter der Pflegeberufe kommt erschwerend hinzu, dass diese generell einem Interessenkonflikt unterliegen. Zwischen dem Prüf- und Qualitätssicherungsauftrag des MDK und dem unternehmerischen Interesse der Leistungserbringer in der Pflege besteht naturgemäß ein Zielkonflikt. Es hieße, einer Partikulargruppe und ihren berufsständischen Interessen

einen einseitigen Vorteil zu gewähren, wenn sie mit Stimm- oder Antragsrechten ausgestattet in den Entscheidungsgremien des MDK Einzug hielten.

Im Weiteren weist der vdek darauf hin, dass die Selbstverwaltungsorgane der Ersatzkassen nur zum Teil paritätisch durch Arbeitgeber- und Versichertenvertreter besetzt. Erst im Zuge kassenartenübergreifender Fusionen haben auch Arbeitgebervertreter Einzug in die Selbstverwaltungsparlamente gehalten; davon sind bisher allerdings nur einige Ersatzkassen betroffen. Nach wie vor finden sich in den Selbstverwaltungsparlamenten von BARMER GEK und HEK ausschließlich Versichertenvertreter. Bei der DAK-Gesundheit setzt sich der Verwaltungsrat aus 28 Versicherten- und 2 Arbeitgebervertretern zusammen. TK, KKH und hkk sind paritätisch besetzt. Diese Besonderheit ist auch bei der Bildung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes nachvollzogen worden. In den Verwaltungsräten der MDK wird dies berücksichtigt. Im Zusammenhang mit der im Entwurf zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz beabsichtigten Neuordnung der Verwaltungsräte der MDK muss diesem Umstand weiterhin Rechnung getragen werden. Der reine Gesetzestext in Nr. 82 ist auch entsprechend verfasst. Zur Klarstellung, dass der Gesetzgeber nicht die Absicht hat, eine strenge Drittelparität aus Vertretern der Arbeitgeber, Vertretern der Versicherten und den durch die Landesbehörde bestimmten Vertretern aus der Pflege (Betroffene, Angehörige, Pflegeberufe) in den Verwaltungsräten zu etablieren, sollte deshalb in der Begründung zu Nummer 66 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) der Satz „Jeder Gruppe wird ein Anteil von einem Drittel der Mitglieder im Verwaltungsrat zugeordnet." gestrichen werden. Dieser weist in eine vom Gesetzgeber offenbar nicht gewollte Richtung, könnte aber in der Rechtsauslegung Probleme aufwerfen, die die Besetzung der MDK-Verwaltungsräte erschwert bis verhindert bzw. eine gerichtliche Klärung erfordert.

bb. Das Hauptamt leistet jedoch einen wichtigen fachlichen Beitrag für die Arbeit der Verwaltungsräte. Dies hat auch der Gesetzgeber 1989 festgestellt, als er den Vertrauensärztlichen Dienst in den MDK überführte: „Um den Verwaltungsrat mit fachkundigen und mit den Aufgaben eines medizinischen Beratungsdienstes vertrauten Personen besetzen zu können" (Begründung des Gesundheitsreform-Gesetzes, S. 233), entschied der Gesetzgeber damals bewusst, die Wählbarkeit nicht einzuschränken. Die Arbeit in den MDK-Verwaltungsräten setzt große Fach- und Systemkenntnis voraus, die Hauptamtliche durch ihre berufliche Tätigkeit mitbringen. Die Pflege steht kurz vor der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Dabei soll der MDK auf Wunsch des Gesetzgebers eine tragende Rolle spielen. Dafür erscheint der Sachverstand, der durch das Hauptamt in die Verwaltungsräte eingebracht wird, unverzichtbar. Die Intention dieser Neuregelung ist, dass die Prüftätigkeit des MDK, von den Krankenkassen – die aus dieser Perspektive durch die Hauptamtlichen vertreten werden – unbeeinflusst sein soll. Dieser Auffassung liegt jedoch ein Irrtum zugrunde. Die Verwaltungsräte treffen grundlegende Haushalts- und Organisationentscheidungen für den MDK auf Grundlage gesetzlich vorgegebener Aufgaben und sichern damit die Rahmenbedingungen für die Funktionsfähigkeit des Dienstes. Sie beschließen beispielsweise über die Aufstellung der Satzung, die Feststellung des Haushaltsplanes, die Prüfung der

Betriebs- und Rechnungsführung, wählen und entlasten den Geschäftsführer und dessen Stellvertreter. Mit diesen Entscheidungen schaffen die Kranken- und Pflegekassen die organisatorische Grundlage für die Arbeit des MDK. Diese grundlegenden Entscheidungen beziehen sich stets auf die Gesamtleistung des MDK und betreffen nicht das operative Begutachtungsgeschehen. Einen unmittelbaren Einfluss auf die originären Aufgaben der Begutachtung im Einzelfall und Beratung sowie der Prüfung von medizinischen Einrichtungen hat der Verwaltungsrat nicht. Das kommt nicht zuletzt auch dadurch zum Ausdruck, dass die Finanzierung der Ausgaben des MDK für die Wahrnehmung seiner Aufgaben durch die Krankenkasse über eine Umlage und nicht einzelfallbezogen erfolgt.

Bei einem Marktanteil von ca. 37,5 Prozent müssten die Ersatzkassen im Schnitt 4 von 12 Sitzen in einem MDK-Verwaltungsrat besetzten. Hinzu kommen jeweils ein erster und ein zweiter Stellvertreter. In der Summe müssen die Ersatzkassen in 15 MDKen insgesamt 180 Sitze besetzen. Die Verwaltungsräte der Ersatzkassen weisen aber insgesamt nur 159 Vertreter auf. Ihr Anteil variiert aus strukturellen Gründen zwischen den Kassenarten. So haben bundesunmittelbare Kassen wie die Ersatzkassen zwangsläufig einen höheren Anteil an hauptamtlichen Vertretern als beispielsweise die AOKen. Hinzukommt, dass § 51 Absatz 1 Nr. 4 SGB IV bestimmt, dass die zu wählende Person eine Wohnung im Bezirk des MDK oder in einem nicht weiter als 100 km von dessen Grenze entfernten Ort im Geltungsbereich des SGB V innehaben muss oder sich gewöhnlich dort aufhält, beschäftigt oder tätig ist. Andernfalls würde die Wahrnehmung dieser ehrenamtlichen Aufgabe eine zu große Zumutung werden. Sie wäre außerdem mit höheren Verwaltungs- und Reisekosten verbunden. Die Ersatzkassen können über die Sozialwahl nicht steuern, dass eine ausreichende Anzahl qualifizierter Ehrenamtler „vor Ort“ verfügbar ist. Deshalb ist es hilfreich, in solchen Fällen auf hauptamtliche Vertreter zurückgreifen zu können. Ehrenamt beruht auf Freiwilligkeit. Angesichts der begrenzten Zahl an Personen in der Selbstverwaltung der Ersatzkassen kann nicht mehr auf Freiwilligkeit gesetzt werden, wenn es gilt, alle Sitze in den MDKen zu besetzten. Die ehrenamtliche Tätigkeit in einem MDK darf zudem nicht unterschätzt werden, weder vom Aufwand noch von der notwendigen Sachkunde her. Zusätzlich zu den vier regulären Sitzungen des Verwaltungsrates sind Mitglieder in den Verwaltungsräten auch Ausschüssen zugeordnet, etwa dem Haushalts-, Grundsatz oder Personalausschuss.

Die Ersatzkassen schlagen daher vor, dass das Verbot für Hauptamtliche in MDK-Verwaltungsräten im VSG abgeschwächt wird. Sie schlagen hierzu vor, dass zukünftig maximal ein Drittel der von den Verwaltungsräten der Kassen gewählten MDK-Verwaltungsratsmitglieder Hauptamtliche sein dürfen. Das wären von künftig i. d. R. zwölf gewählten Vertretern je MDK-Verwaltungsrat vier. Dies dürfte ausreichend sein, um die notwendigen Spielräume zur Besetzung der Sitze zu erhalten und Umsetzungsprobleme zu verhindern.

cc. Wie oben aufgeführt, lehnen die Ersatzkassen eine stimmberechtigte Beteiligung der Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen als auch die

Vertreter der Pflegeberufe in den Verwaltungsräten der MDK ab. Sollte es dennoch zu einer Beteiligung kommen, weisen wir auf einen Irrtum des Gesetzgebers hin. Mit seinem Vorschlag zur Besetzung der Verwaltungsräte der MDK kann keine Drittelparität geschaffen werden, weil die Besonderheiten des Ersatzkassensystems außer Acht gelassen werden. Die Gremien der Ersatzkassen sind aus historischen Gründen nicht paritätisch mit Arbeitgeber- und Versichertenvertretern besetzt. An dieser Stelle ist auf entsprechende Regelungen im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes zu verweisen. Im Übrigen sind die Verwaltungsräte der MDK auch heute schon nicht paritätisch besetzt.

Änderungsvorschlag
Die Neuregelungen sollten gestrichen werden.

Alternativ wird für Buchstabe a) bb) folgendes vorgeschlagen:

Nach § 279 Absatz 2 Satz 2 SGB V i. d. n. F. wird der folgende neue Satz 3 eingefügt: *„§ 51 Absatz 6 Nummer 5 Buchstabe a und Nummer 6 Buchstabe b SGB IV gelten, wenn der Anteil der gewählten Mitglieder des Verwaltungsrates, die die Merkmale nach § 51 Absatz 6 Nummer 5 Buchstabe a und Nummer 6 Buchstabe b SGB IV erfüllen, ein Drittel überschreitet.“*

Satz 3 (alt) wird zu Satz 4.

Änderung Gesetzesbegründung:
Zu Nr. 82 Buchstabe a, Doppelbuchstabe aa:
Satz 5 (*„Jeder Gruppe wird ein Anteil von einem Drittel der Mitglieder im Verwaltungsrat zugeordnet.“*) wird gestrichen.

Doppelbuchstabe bb:
In Satz 2 werden die Worte *„nicht mehr“* durch die Worte *„nur noch eingeschränkt“* ersetzt.

4. Ergänzende Vorschläge

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
§ 24i Absatz 1(Mutterschaftsgeld)

Änderungsvorschlag
In § 24i Absatz 4 Satz 1wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Arbeitseinkommen“ die Wörter „oder Urlaubsabgeltung“ eingefügt.

Es wird folgender Satz 3 – neu – angefügt: *„Dies gilt auch für die Zeiten, in denen der Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen einer Sperrzeit nach dem Dritten Buch ruht“.*

Begründung
Heute ruht der Anspruch auf Mutterschaftsgeld, soweit und solange das Mitglied beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhält. Dies gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt. Es erscheint sozial gerechtfertigt, Frauen grundsätzlich einen Anspruch auf Mutterschaftsgeld einzuräumen, wenn zu Beginn der Schutzfristen der Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen Urlaubsabgeltung oder Sperrzeit ruht. Im Hinblick auf die Entgeltersatzfunktion des Mutterschaftsgeldes sollte dieses, wie auch das Krankengeld, bei Verhängung einer Sperrzeit durch die Arbeitsagentur ruhen (vgl. § 49 Abs. 1 Nr. 3a SGB V). Sollte nach dem Ende der Sperrzeit die Schutzfrist noch andauern, lebt der Anspruch auf Mutterschaftsgeld wieder auf. Deshalb sollte der Absatz 4 wie folgt ergänzt werden. *„Dies gilt auch für die Zeiten, in denen der Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen einer Sperrzeit nach dem Dritten Buch ruht“.*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
§ 33a – neu (externe Gutachterdienste Hilfsmittel)/§ 284 (Sozialdaten bei den Krankenkassen)/ § 284a – neu (Beauftragung externer Hilfsmittelfachberater)

Änderungsvorschlag
Es wird ein neuer § 33a eingefügt:
§ 33a (Externe Gutachterdienste im Hilfsmittelbereich)
(1) Soweit dies zur Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen, bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung mit Hilfsmitteln unter Berücksichtigung der in § 33 Absatz 1 Satz 1 genannten Versorgungsziele erforderlich ist, kann die Krankenkasse in den in den Richtlinien nach Absatz 2 genannten Fällen externe Hilfsmittelfachberater beauftragen; § 275 bleibt hiervon unberührt. Die Hilfsmittelfachberater sprechen gegenüber der Krankenkasse eine am Versorgungsbedarf des Versicherten orientierte Empfehlung aus. Die Vergütung des beauftragten Hilfsmittelfachberaters darf nicht vom Inhalt seiner Empfehlung abhängen. Die Krankenkasse darf die für die Hilfsmittelfachberatung erforderlichen Sozialdaten an beauftragte Hilfsmittelfachberater übermit-

teln, soweit dies für die Erfüllung ihres Auftrags erforderlich ist und im wohlverstandenen Interesse des Versicherten liegt.
(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt in Richtlinien, die bis zum tt.mm.jjjj (ein Jahr nach Verkündung des Gesetzes) zu beschließen sind, Anforderungen an die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit externen Hilfsmittelfachberatungen. Er stellt dabei sicher, dass die Zielsetzung der Vorschriften dieses Buches zur Hilfsmittelversorgung sowie die Belange der Versicherten gewahrt bleiben. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und treten am ersten Tag des auf die Genehmigung folgenden Monats in Kraft; die Genehmigung kann mit Auflagen verbunden werden. Die Richtlinien sind für die Krankenkassen verbindlich.
(3) In den Richtlinien nach Absatz 2 werden insbesondere
1. die Anforderungen an die Qualifikation, die Neutralität und die Objektivität externer Hilfsmittelfachberatungen einschließlich der Verfahren zum Nachweis und zur Überprüfung der Anforderungen
2. die Aufgaben der externen Hilfsmittelfachberatungen und
3. die Sicherstellung der Dienstleistungsorientierung im Beratungsverfahren geregelt.

In § 284 Absatz 1 Satz 1 SGB V wird folgende Nummer 15 ergänzt:
15. die Beauftragung und Durchführung externer Hilfsmittelfachberatungen nach § 33a
In § 284 Absatz 1 SGB V werden die Sätze 2 und 3 um die neue Nummer 15 ergänzt.
In § 284 Absatz 3 SGB V wird der Satz 2 um die neue Nummer 15 ergänzt.
§ 284a SGB V wird wie folgt eingefügt (in Anlehnung an § 97d SGB XI):

Es wird folgender § 284a neu eingefügt:

§ 284a (Beauftragung externer Hilfsmittelfachberater)
(1) Von den Krankenkassen gemäß § 33a beauftragte externe Hilfsmittelfachberater sind berechtigt, personenbezogene Daten des Antragstellers zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies für die Zwecke der Beratung gemäß § 33a erforderlich ist. Die Daten sind vertraulich zu behandeln. Durch technische und organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass die Daten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung des dem Hilfsmittelfachberater von den Krankenkassen nach § 33a erteilten Auftrags benötigen.
(2) Externe Hilfsmittelfachberater dürfen das Ergebnis der Beratung gemäß § 33a an die sie beauftragende Krankenkasse übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich ist; § 35 des Ersten Buches gilt entsprechend. Dabei ist sicherzustellen, dass das Ergebnis der Beratung gemäß § 33a nur den Personen zugänglich gemacht wird, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen.
(3) Die personenbezogenen Daten sind nach fünf Jahren zu löschen; § 304 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.
§ 40 Absatz 5 Satz 7, 2. Halbsatz SGB XI wird um den § 33a (Beauftragung externer Hilfsmittelgutachter) ergänzt.

Begründung
Die Beauftragung externer Hilfsmittelgutachter durch Krankenkassen soll gesetzlich geregelt werden. Nach § 275 Absatz 3 Nr. 1 SGB V können die Krankenkassen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) überprüfen lassen, ob das Hilfsmittel (§ 33 SGB V) aus sozialmedizinischer Sicht erforderlich ist. Um eine zweckmäßige, erforderliche und wirtschaftliche Hilfsmittelversorgung zu gewährleisten, sind in verschiedenen Fällen neben der sozialmedizinischen Stellungnahme des MDK weitere Informationen erforderlich. Handelt es sich bei dem Hilfsmittel um eine komplexe orthopädie-, reha- und medizintechnische Versorgung (z. B. Rollstuhl), sind die konkreten Anforderungen an die Zweckmäßigkeit und ob diese im häuslichen Umfeld des Versicherten bedarfsgerecht einsetzbar/umsetzbar sind bzw. ob kostengünstigere Versorgungsalternativen aus technischer Sicht das gleiche Ergebnis erzielen (Wirtschaftlichkeit), von sog. externen Hilfsmittelgutachtern zu betrachten und zu bewerten. Für diese Fachexpertise bedarf es daher einer einschlägigen Ausbildung sowie mehrjährige Berufserfahrung. Darüber hinaus werden zusätzliche Anforderungen hinsichtlich ihres Fachwissens, ihrer Zusatzqualifikationen und ihrer weiteren Kenntnisse gestellt. Die Prüfungen durch externe Hilfsmittelgutachter enden mit einer Empfehlung an die Krankenkasse. Die Krankenkassen orientieren sich bei der Beauftragung nach wie vor an einem Arbeitspapier „Beauftragung privater Gutachterdienste durch die gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der Hilfsmittelversorgung“ der Aufsichtsbehörden von August 2011.

Von Leistungserbringergruppierungen wird immer wieder beanstandet, dass diese Art der Beauftragung unzulässig ist, wenngleich das o. g. Arbeitspapier weiterhin Bestand hat und § 275 Absatz 4 Satz 1 neben dem MDK auch „andere Gutachterdienste“ berücksichtigt. Angesichts der Vielfalt an Versorgungsmöglichkeiten mit Hilfsmitteln ist es für die Krankenkassen unwirtschaftlich, für jeden spezifischen Hilfsmittelbereich geeignetes Fachpersonal für technische Fragestellungen vorzuhalten.

Im Mai 2014 tagten die Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger, auf deren Tagesordnung sich auch die Beauftragung von privaten Gutachterdiensten befand. Dieser Tagesordnungspunkt ist jedoch zurückgestellt worden und der Niederschrift konnte entnommen werden, dass sich das BVA an das BMG mit der Bitte der Schaffung einer Rechtsgrundlage gewandt hat: *„...dass nach Auffassung der Krankenkassen ein Bedürfnis zum Einsatz solcher Gutachter besteht und sich dafür ausgesprochen, auch für den Einsatz privater Gutachter auf dem Gebiet der Krankenversicherung eine Rechtsgrundlage zu schaffen.“*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
§ 116b (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung)

Änderungsvorschlag 1
§ 116b Absatz 1 Satz 3 wird gestrichen.

Hilfsweise:
Der Halbsatz „soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat." wird gestrichen und durch den Halbsatz „soweit diese im Rahmen der Beschlüsse nach § 135 in der vertragsärztlichen Versorgung zulasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen." ersetzt.

Begründung
Eine grundsätzliche Aufnahme von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung ohne vorherige Überprüfung, ob die Methode ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist, ist insbesondere vor dem Hintergrund des offen gestalteten Zugangs für Vertragsärzte und Krankenhäuser zur spezialfachärztlichen Versorgung („Wer kann, der darf!") höchst bedenklich.
In der vertragsärztlichen Regelversorgung statuiert § 135 SGB V ein sogenanntes „Verbot mit Erlaubnisvorbehalt". Dies bedeutet, dass – bevor eine Methode erbracht werden kann – der G-BA zu beschließen hat, dass diese Methode einen diagnostischen und therapeutischen Nutzen besitzt, medizinisch notwendig und auch wirtschaftlich ist. Nur nach positivem Beschluss („Erlaubnis") des G-BA kann die Methode zulasten der Krankenkassen abgerechnet werden. Im Unterschied dazu dürfen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Rahmen von stationären Krankenhausbehandlungen grundsätzlich zulasten der GKV erbracht werden, solange sie nicht explizit vom G-BA nach § 137c SGB V ausgeschlossen wurden („Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt"). Die Ausweitung dieser grundsätzlichen Erlaubnis auf die ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen führt dazu, dass neben Krankenhäusern nun auch zur ASV berechtigte Vertragsärzte im Rahmen ihrer ambulanten spezialfachärztlichen Leistungserbringung ungeprüfte Methoden erbringen können; was ihnen parallel im Rahmen der vertragsärztlichen Regelversorgung weiterhin nicht gestattet ist. Es ist unverständlich, dass in einem Versorgungsbereich, der insbesondere hochspezialisierte Leistungen für schwerstkranke Patienten erbringt, ungeprüft Methoden zur Anwendung kommen können und damit die Anforderungen hinter den Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung zurückstehen. Dies ist insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Patientensicherheit nicht nachvollziehbar.
Im Bereich der ASV sollen Vertragsärzte und Krankenhäuser mit gleichen Rechten und Pflichten tätig werden. Eine Übertragung des Verbotsvorbehaltes lediglich auf ambulante Leistungen, die von Krankenhäusern im Rahmen des § 116b SGB V erbracht würden, würde den Wettbewerb verzerren. Vor diesem Hintergrund muss bei der Leistungserbringung im Rahmen der ASV sowohl für berechtigte Vertragsärzte als auch für Krankenhäuser der Grundsatz gelten, dass alle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erst dann zulasten der GKV erbracht werden dürfen, wenn der diagnostische und therapeutische Nutzen sowie die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit vom G-BA anerkannt wurden.

Änderungsvorschlag 2
§ 116b Absatz 2 SGB V wird wie folgt geändert:

In Satz 1 werden die Worte „sind berechtigt“ gestrichen und durch die Worte „können auf Antrag“ ersetzt; das Wort „zu“ wird gestrichen. Hinter dem Wort „soweit“ werden die Worte „und solange“ eingefügt.

§ 116b Absatz 3 wird wie folgt geändert:
Der Halbsatz „und dies gegenüber dem nach Maßgabe des Absatzes 3 Satz 1 erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1 unter Beifügung entsprechender Belege anzeigen“ wird gestrichen und durch den Halbsatz: *„und unter Berücksichtigung der Versorgungssituation durch den nach Maßgabe des Absatzes 3 Satz 1 erweiterten Zulassungsausschuss nach § 96 berechtigt worden sind“* ersetzt.

Nach Satz 1 ist folgender Satz 2 neu einzufügen: *„Die Berechtigungen nach Satz 1 sind befristet zu vergeben*.“ Die Sätze 3 und 4 werden gestrichen. Satz 2 wird Satz 3. Satz 5 wird Satz 4. Im Satz 5 (n. F.) wird „Satz 4“ durch „Satz 1“ ersetzt. In Satz 6 (n. F.) wird „und 2“ gestrichen, das Wort „Landesausschuss“ wird durch das Wort „Zulassungsausschuss“ ersetzt und „Satz 6“ durch „Satz 3“ ersetzt. Die Sätze 7 und 8 werden gestrichen.
Nach Satz 4 (n. F.) wird folgender Satz eingefügt: „*Der Zulassungsausschuss nach Satz 1 ist zur regelmäßigen Überprüfung der Berechtigungen der an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer verpflichtet.“*

Begründung
Mit dem Änderungsvorschlag soll das Anzeige- und Prüfverfahren durch ein Zulassungsverfahren nach § 96 ersetzt werden. Zudem sollen Zulassungen der Bedarfsplanung unterliegen und sollen befristet werden.
Eine fehlende Mengensteuerung und Bedarfsplanung steht den bisherigen Bemühungen entgegen, Angebote und Leistungen der Sektoren besser zu koordinieren. Zur Vermeidung von Überversorgung und einer unkontrollierten Leistungsausweitung, sind die Berechtigungen durch den Zulassungsausschuss nach § 96 SGB V, erweitert um die Mitglieder der Krankenhausseite („G-BA-Parität“) befristet zu vergeben. Die Berechtigungen sollten den Zeitraum von zehn Jahren nicht übersteigen. Die Angebotskapazitäten sind über eine Bedarfsplanung zu regeln. Um in unkontrollierte Leistungsausweitungen steuernd eingreifen zu können, sollte sich die Bedarfsplanung in ein „Angebotsmonitoring“ durch die Länder entwickeln. Eine Anzeige der Leistungserbringer bei dem zuständigen erweiterten Landesausschuss (Status quo) reicht als alleinige Zugangsvoraussetzung nicht aus und widerspricht dem Grundgedanken eines hochspezialisierten Versorgungsbereichs. Alle Konkretisierungen des G-BA zu einzelnen Leistungsbereichen weisen umfangreiche sachliche und personelle Anforderungen an den ambulanten spezialfachärztlichen Leistungserbringer aus. Um sicherzustellen, dass diese Anforderungen, sowohl zum Zeitpunkt des Zugangs als auch bei einer Wiederholungsprüfung eingehalten werden, ist eine Überprüfungsmöglichkeit aus Qualitätssicherungsgründen zwingend erforder-

lich. Der mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) geregelte einfache Zugang zur spezialärztlichen Versorgung wird bei bestimmten Leistungsbereichen zu einer starken Anreizwirkung auf die Leistungserbringer führen. Den erweiterten Landesausschüssen bleiben jedoch lediglich zwei Monate zur Antragsprüfung. Liegt innerhalb dieser Zeitspanne keine gegenteilige Mitteilung vor, darf der Leistungserbringer an der spezialärztlichen Versorgung teilnehmen. Im Hinblick auf diese kurze Widerspruchsfrist ist zu befürchten, dass insbesondere der Überprüfung der Qualitätsanforderungen nicht in der Tiefe und Einzelheit erfolgen kann, wie es der Gesetzgeber sowie die Richtlinie des G-BA zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV-Richtlinie) verlangt. In der Konsequenz könnten Leistungserbringer an der spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen, die die Voraussetzungen nicht erfüllen.

Änderungsvorschlag 3

§ 116b Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„Für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 2 wird der Zulassungsausschuss für Ärzte nach § 96 Absatz 1 um Vertreter der Krankenhäuser in der gleichen Zahl erweitert, wie sie nach § 96 Absatz 2 jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und die Vertreter der Ärzte vorgesehen ist (erweiterter Zulassungsausschuss). Die Vertreter der Krankenhäuser werden von der Landeskrankenhausgesellschaft bestellt. Den Vorsitz des erweiterten Zulassungsausschusses führt abwechselnd ein Vertreter der Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen. Die erweiterten Zulassungsausschüsse beschließen mit einfacher Stimmenmehrheit; bei der Gewichtung der Stimmen zählen die Stimmen der Vertreter der Krankenkassen doppelt; bei Stimmengleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt. Die Geschäfte der Zulassungsausschüsse werden bei den Kassenärztlichen Vereinigungen geführt. Die Kosten der erweiterten Zulassungsausschüsse werden, soweit sie nicht durch Gebühren gedeckt sind, zur Hälfte von den Verbänden Krankenkassen und Ersatzkassen sowie zu je einem Viertel von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landeskrankenhausgesellschaften getragen. Gegen die Entscheidungen der Zulassungsausschüsse können die am Verfahren beteiligten Ärzte und Einrichtungen, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landeskrankenhausgesellschaften und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen, den Berufungsausschuss anrufen. Die Anrufung hat aufschiebende Wirkung.“

Begründung

Mit der Neufassung soll ein um Vertreter der Krankenhäuser erweiterter Zulassungsausschuss nach § 96 Absatz 2 konstituiert werden.

Im Vertragsarztrecht hat der Zulassungsausschuss sowohl über die Zulassung von Vertragsärzten zu entscheiden als auch über die Ermächtigung von (Krankenhaus-)Ärzten bzw. Institutionen. Darüber hinaus ist er befähigt, Zulassungen zu widerrufen bzw. zu entziehen. Bei seinen Entscheidungen hat der Zulassungsausschuss die Bedarfsplanung und die Regelungen für unter- und überversorgte Regionen zu beachten. Mit dem GKV-VStG wurde die Bedarfsplanung reformiert. Der G-BA hat ein Versorgungsmodell etabliert, das die unterschiedlichen Ebenen von der Grundversorgung bis zur hochspezialisierten Versorgung abbildet. Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung ist von der

Bedarfsplanung bislang nicht erfasst, da der Zugang einzig und allein über eine Anzeige gegenüber dem erweiterten Landesausschuss erfolgt. D. h., eine Bedarfsprüfung durch den Zulassungsausschuss findet nicht statt. Die Leistungserbringung nach § 116b ist mit der vertragsärztlichen Versorgung vergleichbar; selbst die Vergütung erfolgt bis auf Weiteres auf der Grundlage der vom Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 5a bestimmten Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung. Um der Forderung des Gesetzgebers gerecht zu werden, Ärzte und Einrichtungen bei der Bedarfsplanung zu berücksichtigen, die (vergleichbare) vertragsärztliche Leistungen erbringen, ist auch für die ASV eine regelhafte Bedarfsprüfung durch den Zulassungsausschuss unumgänglich. Darüber hinaus wird die Transparenz des Leistungsgeschehens erhöht. Zur Zulassung von Leistungserbringern zu ASV ist der Zulassungsausschuss nach § 96 um Vertreter der Krankenhäuser zu erweitern.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 030/2 69 31 - 0
Fax: 030/2 69 31 - 2900
info@vdek.com

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(38)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.15_GKV-VSG
24.03.2015

Verband der Privaten Krankenversicherung

Stellungnahme

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)
BT-Drucksache 18/4095

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

Antrag der Fraktion DIE LINKE.
Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen - Hochwertige und effiziente Versorgung für alle
BT-Drucksache 18/4099

24. März 2015

Die Dualität von GKV und PKV sorgt für eine stabile Finanzierung der medizinischen Versorgung. Der Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV stärkt diese hochwertige Versorgung und trägt wesentlich dazu bei, dass der Zugang zu Innovationen – auch im internationalen Vergleich – schnell und umfassend ist und gleichzeitig Rationierungen von Leistungen erschwert werden. Alle Bürgerinnen und Bürger profitieren von kurzen Wartezeiten und zeitnah vom medizinischen Fortschritt. Die PKV mit der PKV-typischen Wahl- und Therapiefreiheit ist damit integraler Bestandteil des medizinischen Versorgungssystems in Deutschland.

Postfach 511040 50946 Köln | Gustav-Heinemann-Ufer 74c 50968 Köln | Telefon (0221) 99 87 – 0 | Telefax (0221) 99 87 – 39 50 | E-Mail info@pkv.de | Internet www.pkv.de

I. Allgemeine Anmerkungen

Deutschland hat weltweit eines der besten Gesundheitssysteme. Der Versorgungsstandard ist hoch und eine flächendeckende (medizinische) Infrastruktur ist sichergestellt. Finanziert wird diese Versorgungsstruktur von der Gesetzlichen (GKV) und der Privaten Krankenversicherung (PKV). Zwei Finanzierungssäulen stellen eine Versorgungslandschaft sicher.

Die einzigartige Dualität aus GKV und PKV ist aber nicht nur eine verlässliche Finanzierungsbasis für eine hochwertige medizinische Versorgung. Auch der Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV stärkt die medizinische Versorgung und trägt wesentlich dazu bei, dass der Zugang zu Innovationen – auch im internationalen Vergleich – schnell und umfassend ist und gleichzeitig Rationierungen von Leistungen erschwert werden. Anders als in der Regel im Ausland zu beobachten ist, existieren in Deutschland keine ungleichen parallelen Versorgungsstrukturen. Alle Bürgerinnen und Bürgern haben nicht nur einen schnellen Zugang zur medizinischen Versorgung, sondern profitieren auch zeitnah vom medizinisch-technischen Fortschritt.

Der Beitrag von GKV und PKV zum gemeinsamen Versorgungssystem ist systemspezifisch unterschiedlich. Während die GKV den gesetzlich Versicherten eine medizinische Versorgung auf Grundlage des SGB V unter Einsatz von Steuerungsinstrumenten wie der Bedarfsplanung von Vertragsärzten bereitstellt, gewährt die PKV ihren Versicherten auf privatvertraglicher Grundlage neben der grundsätzlichen Therapiefreiheit auch die Wahlfreiheit zwischen Ärzten- und Krankenhäusern. Dabei strahlt in einem gemeinsamen Versorgungssystem der Beitrag eines jeden Versicherungssystems immer auf die Versicherten des jeweils anderen Versicherungssystems aus, zum Beispiel:

- Die freie Arzt- und Krankenhauswahl der Versicherten sind Grundprinzipien der PKV. Davon profitieren direkt und indirekt auch die gesetzlich Versicherten. Der hohe Grad der Autonomie aller Versicherten bei der Wahl des Arztes und Krankenhauses ist international ein viel beachtetes Alleinstellungsmerkmal des deutschen Gesundheitssystems.
- Die PKV garantiert Therapiefreiheit und größtmögliche Offenheit für den medizinischen Fortschritt. Denn im Umgang mit Innovationen gibt es in der PKV keine sektorenspezifischen Regelungen wie Verbots- und Erlaubnisvorbehalte. Der medizinische Fortschritt trifft auf niedrige Markteintrittsbarrieren sowie ein flexibles Vergütungssystem. So haben auch alle gesetzlich versicherten Patienten im internationalen Vergleich sehr schnellen Zugang zu einer flächendeckenden ambulanten und stationären Versorgung auf dem Niveau des therapeutischen und diagnostischen Fortschritts.
- Die Leistungsansprüche der Privatversicherten können im Zuge von Gesundheitsreformen weder eingeschränkt noch nach politischem Belieben verteuert werden. Sie sind als privatrechtliche Verträge durch das Grundgesetz geschützt. Im Zuge des Systemwettbewerbs zwischen PKV und GKV bedeutet das für die gesetzlich Versicherten, dass ohne Privatversicherungen als Korrektiv die Gefahr größer wäre, dass der Leistungskatalog in der GKV auf eine minimale Grundversorgung reduziert wird.

- PKV-typische Steuerungsmechanismen wie z.B. Beitragsrückerstattung und Selbstbehalt bieten Anreize zu gesundheits- und kostenbewusstem Verhalten. Sie stärken das Prinzip der Eigenverantwortung. Dieses Grundprinzip wird in der PKV auch generationengerecht mit der Bildung von Alterungsrückstellungen eingehalten. Die Wahl einer privaten Krankenversicherung ermöglicht eine medizinische Versorgung ohne Subventionen und (schuldenfinanzierte) Staatszuschüsse. Sie schont alle zukünftigen Beitrags- und Steuerzahler.
- Die PKV gewährleistet den Leistungserbringern in der medizinischen Versorgung eine angemessene, nicht budgetierte Honorierung. Heute verantworten rund 11 Prozent Privatversicherte zum Beispiel rund 25 Prozent der Praxisumsätze der niedergelassenen Ärzte. Dieser überproportionale Beitrag der Privatpatienten stärkt die medizinische Versorgung und versetzt die Ärzte in die Lage, in Fachpersonal, fortschrittliche Behandlungsmethoden und in eine moderne Praxisinfrastruktur zu investieren. Das stärkt die medizinische Versorgung und nutzt stets sowohl den gesetzlich als auch den privat versicherten Patienten.

Die PKV mit den PKV-typischen Wahl- und Therapiefreiheiten ist integraler Bestandteil des medizinischen Versorgungssystems in Deutschland (ein Versorgungssystem, zwei Versicherungssysteme). Der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) reguliert unmittelbar nur die GKV, hat aber mittelbar auch Auswirkungen auf die PKV. Die PKV nimmt zu ausgewählten Einzelaspekten des Gesetzentwurfs wie folgt Stellung.

II. Stellungnahme zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfes

§ 75a Abs. 5 SGB V – Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Vorgeschlagene Regelung

Die Höhe der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung vermindert sich um den von den privaten Krankenversicherungsunternehmen gezahlten Betrag. Über die Verträge nach Absatz 4 ist das Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung anzustreben.

Bewertung

Mit dem neuen § 75a SGB V werden in weiten Teilen die bislang im GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG), dort in § 8, enthaltenen Regelungen in das SGB V aufgenommen. Die Regelungen werden dabei modifiziert. Die Beteiligung der PKV wird in identischer Formulierung aus dem GKV-SolG übernommen.

Im Zuge der Übernahme in das SGB V sollte aus Sicht der PKV eindeutig festgelegt werden, dass eine Mitfinanzierung durch die PKV nur auf Basis des tatsächlichen Einvernehmens der PKV zu den Verträgen nach Absatz 4 erwartet werden kann. In Absatz 5 müsste dementsprechend der Satz 2 lauten: „Über die Verträge nach Absatz 4 ist das Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung herzustellen."

In Absatz 1 wird mit Satz 4 sichergestellt, dass die Weiterbildungsstelle die Förderung in voller Höhe an den Weiterzubildenden auszahlt. Es bleibt aber hier und im gesamten § 75a offen, in welcher Höhe sich eine Weiterbildungsstelle selbst mit einer Vergütung an der Finanzierung des Weiterzubildenden beteiligt. Im vorgelegten Gesetzesentwurf könnte das dazu führen, dass die Bezahlung des Weiterzubildenden weitgehend oder gar vollständig aus Fördermitteln finanziert würde. Hier sollte eine klare Vorgabe für die Weiterbildungsstelle gemacht werden, dass dem Weiterzubildenden eine angemessene und seinem Weiterbildungsstand entsprechende Vergütung gezahlt wird.

In der Gesamtkonstruktion der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin fehlen auch 15 Jahre nach ihrer gesetzlichen Einrichtung Elemente der gezielten Unterstützung erfolgreicher Programme für die Facharztprüfung und Niederlassung als Allgemeinmediziner. Gefördert wird alleinig der Umstand, dass Weiterbildungsstellen betrieben werden. An dieser Stelle sollte das Gesetz klare Anreize bei der Förderung setzen, damit in den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen mit erfolgreichen Programmen mehr Fördermittel aus dem Gesamtvolumen eingesetzt werden als in weniger erfolgreichen Bezirken. Eine solche erfolgsabhängige Förderung einschließlich der entsprechenden Evaluation könnte als weitere Nummer unter Absatz 4 Satz 2 verankert werden.

Grundsätzlich ist eine Finanzierung der Weiterbildungskosten in der Allgemeinmedizin durch die Versichertengemeinschaft ordnungspolitisch verfehlt, weil Weiterbildung eine versicherungsfremde Leistung ist. Der PKV-Verband steht der Anhebung der Mindestzahl an Weiterbildungsstellen von 5.000 aus dem GKV-SolG auf 7.500 deshalb sehr kritisch gegenüber, zumal eine bloße Stellenanhebung keine Garantie für die genannten Erfolgskriterien bietet.

§ 134a SGB V – Regressverzicht Hebammen

Vorgeschlagene Regelung

Durch die Einfügung in § 134a Absatz 5 SGB V sollen Regressforderungen der Kranken- und Pflegekassen nach § 116 Absatz 1 SGB X aufgrund von Behandlungsfehlern von freiberuflich in der Geburtshilfe tätigen Hebammen nicht mehr gestellt werden können, es sei denn, die Behandlungsfehler wurden vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht. Darüber hinaus soll der Regressverzicht gegenüber freiberuflichen Hebammen nicht durch eine gesamtschuldnerische Haftung unterlaufen werden können. Das zu versichernde Risiko soll damit reduziert werden und eine Stabilisierung der Berufshaftpflichtprämien erfolgen.

Bewertung

Die vorgesehene Beschränkung der Regressforderungen gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen wird aus ordnungspolitischer Sicht abgelehnt. Es handelt sich hier um eine systemwidrige und nicht nachvollziehbare Bevorzugung der freiberuflich tätigen Hebammen. Mit der geplanten Regelung wird ein Präjudiz für andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen geschaffen, deren Beiträge für Berufshaftpflichtversicherungen ebenfalls steigen. Zudem setzt diese Regelung den Fehlanreiz für Krankenhäuser, keine angestellten Hebammen mehr zu

beschäftigen und nur noch mit freiberuflichen Hebammen zu arbeiten, weil sie damit gegebenenfalls ein eigenes Haftungsrisiko vermeiden könnten.

Eine Begrenzung der Regressansprüche der Geschädigten – in diesem Fall der GKV und mithin der Solidargemeinschaft – ist sehr problematisch. Denn letztlich haftet dann der einzelne Beitragszahler für von Hebammen verursachte Schäden. Der Gesetzesentwurf beziffert dann noch nicht einmal den durch den gesetzlichen Regressverzicht entstehenden Finanzierungsaufwand.

Schon die mit dem durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz eingeführte finanzielle Privilegierung von Hebammen, die nur wenige Geburten betreuen, damit diese durch die Haftpflichtprämien nicht übermäßig belastet werden, ist als kontraproduktiv anzusehen. Sie widerspricht dem sonst unbestrittenen Grundsatz, der auch der Mindestmengenregelung (§137 Abs. 3 Nr. 2 SGB V) zugrunde liegt, dass derjenige, der etwas häufig macht, in der Regel auch eine bessere Leistung/Qualität abliefert.

§ 137h Absatz 1 SGB V – Bewertung von Medizinprodukten mit hoher Risikoklasse

Vorgeschlagene Regelung

Wird hinsichtlich einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht, erstmalig eine Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes gestellt, hat das anfragende Krankenhaus dem Gemeinsamen Bundesausschuss zugleich Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu dieser Methode sowie zu der Anwendung des Medizinprodukts zu übermitteln.

Bewertung

Das Vorhaben, Medizinprodukte der höchsten Risikoklassen einer Prüfung vor ihrer Anwendung in der Patientenversorgung zu unterziehen, wird ausdrücklich begrüßt. Die Umsetzung dieses Vorhabens mit Anträgen zum NUB-Verfahren nach § 6 Abs. 2 KHG als Auslöser einer Prüfung erscheint dabei nicht zielführend. Damit wird eine Prüfung an den Umstand einer geforderten Sonderfinanzierung durch ein Krankenhaus gekoppelt. Das wird aber nicht zwangsläufig der Fall sein.

In Frage zu stellen ist auch die Kopplung der Prüfung an eine Verwendung des Medizinproduktes im Zusammenhang mit einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode. Damit werden Medizinprodukte nicht erfasst, die dieses Kriterium nicht erfüllen, trotzdem aber Neuentwicklungen mit Gefahrenpotential darstellen können.

In dem Zusammenhang wird auch die Ausführung der Kriterien für zu prüfende Medizinprodukte in einer Rechtsverordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit kritisch gesehen. Die vorgesehene Definition eines „neuen theoretisch-wissenschaftlichen Konzeptes“ ist ein schwieriges Unterfangen. Deshalb wird angeregt, ein einfacher zu beschreibendes Kriterium wie das „Gefahrenpotential für den Patienten“ als Anlass für eine Prüfung vorzusehen. Das „Gefahrenpotential für den Patienten“ würde auch dem Umstand Rechnung tra-

gen, dass damit nicht alleine Verfahren mit invasivem Charakter einbezogen werden, wie es bislang im Gesetzentwurf vorgesehen ist.

Dass Fristen für die Prüfung gesetzt werden, ist zur zügigen Bearbeitung sinnvoll. Die vorgesehene 3-Monatsfrist für eine Bewertung nach Absatz 1 Satz 4 im neuen § 137h erscheint als generelle Regelung zu kurz gewählt. Im Falle einer vorzunehmenden Erprobungsregelung nach § 137e SGB V wäre sicherzustellen, dass die damit gesetzten Vorgaben und Qualitätsanforderungen ohne Unterschied für alle Patienten unabhängig vom Versicherungsstatus gelten. Das ist derzeit nicht der Fall.

III. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (BT-Drucksache 18/4153)

Ausweitung geplanter Innovationsfonds nach § 92

Vorgeschlagene Regelung

Der Innovationsfonds nach § 92a SGB V n.F. soll dauerhaft implementiert sowie finanziell aufgestockt und der Kreis der möglichen Antragssteller deutlich ausgeweitet werden. Zugleich soll der Innovationsausschuss unabhängiger von den derzeitigen Trägern des Gemeinsamen Bundesausschuss werden. Zu der größeren Fördersumme soll auch die Private Krankenversicherung beitragen, sie soll in die Finanzierung einbezogen werden.

Bewertung

Die Private Krankenversicherung bejaht den Grundgedanken, innovationsfreundliche Strukturen zu schaffen. Dem vorgesehenen Innovationsfonds steht sie aber skeptisch gegenüber.

Durch halbstaatliche Fonds, die bürokratisch Mittel zuweisen, entstehen keine Innovationen. Dies hat schon eindrucksvoll die „Anschubfinanzierung“ der integrierten Versorgung gezeigt, die in der weit überwiegenden Mehrheit nur eine Dauersubvention selektiver Vertragsideen darstellte und erhebliche Mitnahmeeffekte generierte. Dauerhafte Strukturveränderungen oder finanziell tragfähige neue Versorgungsformen entstanden kaum. Der bessere Weg zu mehr Innovationen ist die Stärkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen. Das deutsche Gesundheitswesen ist geprägt durch ein Versorgungssystem, zwei Versicherungssysteme und drei Ebenen des Wettbewerbs: innerhalb der GKV, innerhalb der PKV und zwischen GKV und PKV. Es gilt diese drei Ebenen des Wettbewerbs zu intensivieren und nicht zu nivellieren. Letzteres wäre aber die Folge, wenn alle Akteure verpflichtet würden, ein und denselben – ohnehin fragwürdigen – Ansatz zur Innovationsförderung zu finanzieren.

Zudem handelt es sich bei der Versorgungsforschung um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Solche Maßnahmen sind nicht aus Beitragsmitteln und Versichertengeldern, sondern aus dem Steuersystem zu finanzieren. Mit dem Innovationsfonds soll die finanzielle Verantwortung für diese versicherungsfremde Aufgabe den Versicherten übertragen werden. Die Private Krankenversicherung sieht es kritisch, dass sich der Staat aus seiner Finanzierungsverantwortung zurückzieht. Erschwerend kommt hinzu, dass die Entscheidungshoheit, welche Projekte gefördert werden sollen und welche nicht, in staatlicher oder halbstaatlicher

Hand verbleiben soll. Auch der kollektive Charakter von Ergebnissen der Versorgungsforschung spricht dafür, dass die Forschungsförderung nicht aus Beitragsmitteln und Versichertengeldern erfolgen sollte, sondern aus dem Steuersystem zu finanzieren ist. Die Private Krankenversicherung hält deshalb die Finanzierung des Innovationsfonds aus Beitragsmitteln der Gesetzlichen und ggf. der Privaten Krankenversicherung für falsch.

Neben diesen grundsätzlichen Bedenken ist die von der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen geforderte gesetzliche Einbeziehung der Privaten Krankenversicherung in die Finanzierung des Innovationsfonds rechtlich nicht zulässig. Privatversicherte haben einen Vertrag über einen bestimmten Versicherungsschutz abgeschlossen. Eine erzwungene Finanzierung eines gesetzlich eingerichteten Innovationsfonds wäre ein verfassungsrechtlich nicht zulässiger Eingriff in geschlossene Verträge. Ein Äquivalenzprinzip der Beiträge ist nicht gegeben. Verletzt wären somit auch die Rechtsprinzipien unserer Abgabenordnung: der über die bloße Mittelbeschaffung hinausgehende Sachzweck, die Sachnähe der belasteten Gruppe sowie die gruppennützige Verwendung der Finanzierungsmittel. Mithin würde eine Zwangsbeteiligung der PKV-Unternehmen eine unzulässige Sonderabgabe darstellen, die gegen die Finanzverfassung des Bundes verstieße und zugleich die betroffenen Unternehmen in ihrer Berufsfreiheit und dem allgemeinen Gleichheitsgrundsatz verletzen würde. Die strengen verfassungsrechtlichen Grenzen für Sonderabgaben mit Finanzierungsfunktion wären allesamt überschritten. Daher ist es ordnungspolitisch und verfassungsrechtlich richtig, dass der Gesetzentwurf der Bundesregierung keine Verpflichtung der Privaten Krankenversicherung zur Finanzierung des Innovationsfonds vorsieht.

IV. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE (BT-Drucksache 18/4187)

Forderung

Durch die höhere Honorierung der Ärzte und die fehlende Mengenregulierung in der PKV sei der Anteil von Privatpatienten in der Region ein wichtiger Faktor für die Niederlassung von Ärzten. So würden sich unterschiedlich lange Wartezeiten für gesetzlich und privat Versicherte ergeben. Die Abschaffung der PKV als Vollversicherung sei daher ein Schritt hin zu mehr (wohnortnaher) Versorgungsgerechtigkeit.

Bewertung

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE begründet die Forderung nach Abschaffung der PKV als Vollversicherung (= Bürgerversicherung) vorwiegend mit dem Hinweis, dass die Versorgung von Privatpatienten mit Blick auf Warte- und Behandlungszeiten zu Lasten der wohnortnahen medizinischen Versorgung der gesetzlichen Versicherten (auch oder insbesondere in den ländlichen Regionen) geht. Sachlich läuft diese Erklärung vollständig ins Leere.

Angesichts unterschiedlicher Vergütungsregeln – insbesondere durch höhere und außerbudgetäre Vergütung ambulant tätiger Ärzte sowie durch die Privatliquidation im Krankenhaus mit ihrer Abführungspflicht an das allgemeine Krankenhausbudget – kommt es zu erheblichen Zahlungsströmen <u>nicht zu Lasten</u>, sondern <u>zu Gunsten</u> der gesetzlich Versicherten. In

Deutschland lösen rund 11 Prozent Privatversicherte ca. 25 Prozent der Praxisumsätze der niedergelassenen Ärzte aus. Diese Mehrumsätze, die nur deshalb entstehen, weil jemand nicht gesetzlich, sondern privat versichert ist, stärken die medizinische Versorgung und versetzen die Ärzte in die Lage, in Personal, fortschrittliche Behandlungsmethoden und in eine moderne Praxisinfrastruktur zu investieren. Das nutzt stets auch den gesetzlich versicherten Patienten. Im Übrigen sind die Wartezeiten auf einen Arzttermin in Deutschland mit die kürzesten in ganz Europa.

Das gilt auch für die wohnortnahe Versorgung. Überall dort, wo es Privatpatienten gibt, stärken sie auch in strukturschwächeren Regionen das flächendeckende Angebot der medizinischen Versorgung. So verantwortet zum Beispiel in der Uckermark ein Privatpatientenanteil von gut 5 Prozent fast 13 Prozent der ärztlichen (ambulanten) Gesamthonorare. Ohne diese Mehrerlöse der Privatpatienten wäre das heutige Niveau der medizinischen Versorgungsstruktur in ländlichen Regionen nicht aufrechtzuerhalten.

V. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE (BT-Drucksache 18/4099)

Inhalt

In der PKV drohe den Versicherten (insbesondere im Alter) ein „Gesundheitsprekariat“. Gefordert wird deshalb, alle in Deutschland lebenden Menschen ab einem bestimmten Stichtag in der GKV zu versichern. Die PKV soll demzufolge auf Zusatzversicherungen für medizinisch nicht notwendige Leistungen beschränkt werden. Die Alterungsrückstellungen der PKV sollen aufgelöst und in die GKV überführt werden. Die ehemals PKV-Beschäftigten sollen eine neue Anstellung in der GKV erhalten.

Bewertung

In der PKV kann von einem „Gesundheitsprekariat“ keine Rede sein. Die Forderung nach „Sozialfunktionalität“ ist in der PKV voll erfüllt. Das gilt auch oder insbesondere für die Beitragsentwicklung im Alter. Gerade im Alter kommen mehrere beitragsentlastende Faktoren zum Tragen:

- In der PKV stellen die Alterungsrückstellungen sicher, dass jede Versichertengeneration für ihre im Alter steigenden Gesundheitskosten selbst Vorsorge trifft. Seit dem Jahr 2000 wird darüber hinaus ein 10 Prozent-Zuschlag auf die Versicherungsbeiträge erhoben. Dieser Zuschlag schützt die Versicherten vor unverhältnismäßigen Kostenentwicklungen durch den medizinisch-technischen Fortschritt. Die zusätzlichen Mittel aus diesem Zuschlag kommen den Versicherten im Alter ab dem 65. Lebensjahr zu gute.
- Zur Stabilisierung der Beiträge im Alter müssen die Unternehmen der PKV außerdem den Versicherten 90 Prozent der Zinsüberschüsse gutschreiben.
- Während gesetzlich Versicherte keinerlei Einfluss auf ihren Versicherungsbeitrag haben, können Privatversicherte ihren Beitrag an verschiedenen „Stellschrauben“ mitbestimmen. Den Privatversicherten steht jederzeit der Wechsel in einen anderen Tarif ihres Versi-

cherungsunternehmens offen. Auch durch den Verzicht auf einzelne Leistungsbestandteile oder eine Erhöhung des Selbstbehalts lassen sich die Beiträge senken.

- In der PKV gibt es mit dem Standardtarif einen gut funktionierenden „Sozialtarif“, dessen Beitrag nach gesetzlicher Vorgabe niemals den Höchstbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung übersteigen kann. Wechselt zum Beispiel ein 66-jähriger Mann (eine 72-jährige Frau) nach 34 (33) Jahren Versicherungszeit in einem klassischen PKV-Tarif in den Standardtarif, liegt sein (ihr) Beitrag im Standardtarif bei 113,66 Euro (189,21 Euro). Der Durchschnittsbeitrag des Standardtarifs liegt aktuell bei rund 280 Euro.

- In Ergänzung zum Standardtarif gibt es den PKV-Basistarif. Hilfebedürftige nach dem Sozialgesetzbuch finden im Basistarif vollen Schutz ohne persönliche Beitragsbelastung. Der Basistarif garantiert jedem im Sinne des Sozialrechts hilfebedürftigen Menschen einen Krankenversicherungsschutz auf GKV-Niveau.

Passgenaue Lösungen stehen den Privatversicherten also nicht nur zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses offen, sondern ausdrücklich auch dann, wenn sie einmal in schwierige Lebenslagen geraten sollten. Der Großteil der Privatversicherten hat allerdings kein Problem damit, seine Beiträge auch im Alter zu bezahlen: Nur etwa 0,8 Prozent aller Versicherten nahm 2013 einen der beiden Sozialtarife in Anspruch.

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE reproduziert die Kernforderung der Konzepte zur Bürgerversicherung und zum einheitlichen Versicherungsmarkt: Die Abschaffung der PKV. Für das deutsche Gesundheitssystem wäre damit der Systemwettbewerb zwischen einer öffentlich-rechtlichen und einer privatwirtschaftlichen Säule unwiederbringlich beendet. Das würde unter anderem das medizinische Versorgungsniveau und dessen (nachhaltige) Finanzierung nicht stärken, sondern schwächen:

(a) Abschaffung von Vielfalt und Wahlfreiheiten

Die Existenz der Privaten Krankenversicherung ist Ausdruck von Wahlfreiheit und Wettbewerb. In Deutschland haben sich fast 9 Millionen Versicherte eigenverantwortlich für einen Schutz in der PKV entschieden. Sie haben das auch deshalb getan, weil die Tarifvielfalt der PKV – anders als der standardisierte Leistungskatalog in der GKV – den Abschluss eines individuellen, maßgeschneiderten Versicherungsschutzes ermöglicht. Die Dualität aus GKV und PKV steht deshalb für Wahlfreiheit sowie Vielfalt dank Beitrags-, Service- und Leistungswettbewerb. Bei der Forderung, die PKV abzuschaffen, geht es um das Gegenteil: Mit der ausnahmslosen Mitgliedschaft aller Bürgerinnen und Bürger in der GKV, der Überführung der PKV in das Regelwerk der GKV und dem standardisierten Leistungskatalog für alle entstünde ein einheitliches Versicherungssystem, das Wettbewerb und Vielfalt abschaffte und vollends dem staatlichen Einfluss unterläge.

(b) Fehlende Generationengerechtigkeit

DIE LINKE will mit der Abschaffung der PKV und der gleichzeitigen Auflösung beziehungsweise Überführung der Alterungsrückstellungen in die GKV die im demografischen Wandel an Grenzen stoßende Umlagefinanzierung auf alle Bürger ausweiten. Das bürdet einseitig den nachfolgenden Generationen enorme Zusatzlasten auf. Denn im Umlageverfahren werden

alle Beitragseinnahmen sofort wieder für die laufenden Kosten ausgegeben. Dabei zahlen die Jüngeren vor allem für die besonders hohen Gesundheitsausgaben der Rentner. Weil es aber in naher Zukunft viel mehr Ältere und zugleich immer weniger aktive Erwerbstätige geben wird, werden die Jüngeren diese stark steigenden Lasten auf Dauer nicht mehr tragen können. Die (bessere) Alternative ist schon heute, Gesundheitsleistungen generationengerecht zu finanzieren. In der PKV ist das zum Wohle aller zukünftigen Steuer- und Beitragszahler der Fall.

(c) Abschaffung des Systemwettbewerbs

DIE LINKE verspricht mit der Abschaffung der PKV gleiche Leistungen für alle. In der Realität würden dann – nach dem Vorbild der GKV – ein eingeschränkter Leistungskatalog mit Budget-Grenzen für alle gelten. Nur durch die Existenz von zwei Versicherungssystemen gibt es aber überhaupt einen Preis-, Leistungs- und Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen. Wenn die Private Krankenversicherung (PKV) abgeschafft würde, entfiele die PKV als Korrektiv und Wahlalternative. Dann ließen sich in der GKV leichter die Beiträge erhöhen, die Budgetgrenzen für die Ärzte senken und die Leistungen für die Versicherten kürzen.

(d) Abschaffung des Ideenwettbewerbs

Systemwettbewerb heißt auch Ideenwettbewerb. Das duale System schafft Spielräume für Unterschiede und damit alternative Lösungswege. Im Wettbewerb der Ideen hat zum Beispiel die aufsuchende Private Pflegeberatung COMPASS einen wertvollen Beitrag zur Optimierung des Gesamtsystems geleistet. Die Abschaffung der PKV würde diesen Ideenwettbewerb zum Nachteil der gesetzlich als auch privat Versicherten beenden.

(e) Schaden für die medizinische Versorgung

Privatversicherte lösen in jedem Versorgungssektor – Arzt, Krankenhaus, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel – einen Mehrumsatz aus. Diese zusätzlichen Honorare, die nach einer Studie des Verbandes der Privatärztlichen Verrechnungsstellen (PVS) allein im ambulanten Bereich je niedergelassenen Arzt bei rund 44.000 Euro jährlich liegen, versetzen die Ärzte in die Lage, regelmäßig in medizinisches Fachpersonal, fortschrittliche Behandlungsmethoden und in eine moderne Praxisinfrastruktur zu investieren. Mit der Abschaffung der PKV ginge dieser (überproportionale) Beitrag der Privatpatienten zur medizinischen Versorgung in Deutschland zum Schaden aller gesetzlich Versicherten unwiederbringlich verloren.

(f) Bedrohung des medizinischen Fortschritts

Das deutsche Gesundheitswesen gehört zu den besten der Welt. Internationale Studien bescheinigen immer wieder eine überdurchschnittlich hohe Teilhabe am medizinischen Fortschritt. Für den medizinischen Fortschritt bedarf es verlässlicher Rahmenbedingungen, die Fortschritt durch Innovation ermöglichen. Dazu gehört auch das duale Versicherungssystem mit innovationsfreundlichen Rahmenbedingungen, die insbesondere in der PKV vorherrschen. Denn auch wenn die PKV nicht jede (Schein-)Innovation akzeptiert, wird in der PKV jede medizinisch notwendige Heilbehandlung stets und ohne Genehmigungsvorbehalt und Wartezeit gewährt. So gelangen Innovationen – auch zum Nutzen aller gesetzlich Versicherten – schnell und unbürokratisch in das Gesundheitssystem. Mit der Abschaffung der PKV würde dieses spezifische „Einfallstor“ für Innovationen unwiederbringlich geschlossen.

(g) Weg in die Zwei-Klassen-Medizin

Die Existenz der PKV befördere – so die Wahrnehmung der Fraktion DIE LINKE – eine Zwei-Klassen-Medizin. Die Abschaffung der PKV als Vollversicherung sei daher ein wichtiger Schritt hin zu mehr Versorgungsgerechtigkeit. Eintreten würde aber das Gegenteil. Denn Blicke ins Ausland zeigen, dass sich gerade in (steuerfinanzierten) Versorgungssystemen oder einheitlichen Versicherungssystemen parallele Versorgungsstrukturen bilden, in denen sich die Wohlhabenden besondere Arzt- und Krankenhausleistungen einkaufen. In Deutschland gibt es dagegen zwei Versicherungssysteme, aber nur eine Versorgungsstruktur. Innerhalb dieser einheitlichen Versorgungsstruktur sorgt gerade das Nebeneinander von PKV und GKV dafür, dass es für die gesamte Bevölkerung zu einer sehr guten (zeitnahen) medizinischen Versorgung ohne nennenswerte Wartezeiten kommt.

(h) Verlust von Arbeitsplätzen

Die Abschaffung der PKV würde nach Auffassung der LINKEN keine Arbeitsplätze im Versicherungssystem gefährden. Alle ehemals PKV-Beschäftigten sollen eine neue Anstellung in der GKV erhalten. Ein Versprechen, dass längst widerlegt ist. Ein von der Gewerkschaft ver.di bei der Hans-Böckler-Stiftung in Auftrag gegebenes Gutachten kommt u.a. zu dem Ergebnis, dass – wenn die PKV als Vollversicherung abgeschafft wird – 60.000 Arbeitsplätze bedroht sind, davon mindestens 35.000 sofort. Ersatz-Arbeitsplätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird es - so das Gutachten - u.a. auf Grund unterschiedlicher Qualifikations- und Strukturbedingungen in den Versicherungssystemen nicht geben.

VERBAND DER UNIVERSITÄTSKLINIKA DEUTSCHLANDS

MEDIZINISCHER FAKULTÄTENTAG

GEMEINSAME STELLUNGNAHME*

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

23. März 2015

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(30)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.15_GKV-VSG
23.03.2015

**Diese Stellungnahme gibt auch die Position des Medizinischen Fakultätentags (MFT) wieder. MFT und VUD bilden gemeinsam den Dachverband Deutsche Hochschulmedizin e.V.*

Forschen. Lehren. Heilen.

© Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD)

Kontakt
Verband der Universitätsklinika
Deutschlands e.V. (VUD)
Alt-Moabit 96
10559 Berlin
info@uniklinika.de
www.uniklinika.de

Oliver Stenzel
Politik und Gremienarbeit
F. +49 (0)30 3940517-19
stenzel@uniklinika.de

I. Allgemeiner Teil

1. Bewertung der Neuregelungen für Hochschulambulanzen (§§ 117, 120 SGB V-neu)

Die Deutsche Hochschulmedizin bewertet grundsätzlich positiv, dass der Gesetzentwurf auf bessere rechtliche Rahmenbedingungen für die Finanzierung und Zulassung der Hochschulambulanzen abzielt. Eine Verbesserung sind insbesondere die Regelungen zur Preisfindung, etwa der Wegfall des Investitionsabschlags. Positiv ist auch, dass die Hochschulambulanzen künftig per Gesetz zugelassen sind und dadurch der Umweg über den Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) entfällt. Wichtig ist zudem, dass die Regelungen zur Hochschulambulanz aus der Krankenhausreform herausgelöst und bereits mit dem GKV-VSG umgesetzt wird. Angesichts der schlechten wirtschaftlichen Lage vieler Universitätsklinika ist schnelle Hilfe dringend notwendig.

Trotzdem ist der Gesetzentwurf in seiner jetzigen Form nicht geeignet, die Reformziele umzusetzen. Insbesondere werden sich auf Basis dieses Entwurfes nicht die in den Eckpunkten zur Krankenhausreform in Aussicht gestellten 265 Mio. Euro Budgetsteigerung erzielen lassen. Im Gegenteil droht in einzelnen Bundesländern sogar eine deutliche Verschlechterung der Finanzierungssituation.

Änderungen am Gesetzentwurf sind deshalb dringend erforderlich. Dies betrifft im Wesentlichen den Ermächtigungsumfang und damit die Zahl der Fälle, die in Hochschulambulanzen behandelt werden dürfen.

Die Erweiterung des Ermächtigungsumfangs der Hochschulambulanzen über Zwecke von Forschung und Lehre hinaus auch auf die Bereitstellung von Versorgungsangeboten ist ein wesentliches Reformziel. Jährlich werden mittlerweile in den Hochschulambulanzen großer Uniklinika jeweils rund 200.000 Patienten behandelt. Dabei übersteigt die Nachfrage der Patienten und einweisenden Ärzte regelmäßig die für den Zweck von Forschung und Lehre mit den Krankenkassen vereinbarten Fallzahlobergrenzen.

Oberhalb dieser Limits müssen die Hochschulambulanzen ihre Patienten ohne Vergütung behandeln. Dies und die meist viel zu gering bemessenen Pauschalen je Behandlungsfall führen zu jährlichen Defiziten bis zu zweistelligen Millionen-Beträgen pro Uniklinikum.

Die nun mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Ausweitung der gesetzlichen Ermächtigung auf Personen, die aufgrund Schwere, Art oder Komplexität ihrer

Erkrankung einer Behandlung in einer Hochschulambulanz bedürfen, ist deshalb im Grundsatz richtig. Allerdings soll der Umfang der Öffnung für neue Patientengruppen von GKV-Spitzenverband, Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) festgelegt werden. Die bisherigen Erfahrungen mit dreiseitigen Verhandlungen lassen erwarten, dass hier bestenfalls ein Minimalkatalog für eine Öffnung vereinbar sein wird.

Hilfreich wären daher folgende Änderungen am Gesetzentwurf:

1. Die Ermächtigung für Patienten, die aufgrund von Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung einer Versorgung durch Hochschulambulanzen bedürfen, sollte bereits im Gesetz ausdrücklich um die Seltenen Erkrankungen erweitert werden. Bereits heute findet sich hier der ganz überwiegende Anteil der Versorgungsangebote an den Ambulanzen der Universitätsklinika (**Anlage 1**).
2. Der auf Bundesebene vereinbarte Katalog muss auf Ortsebene um weitere Patientengruppen erweiterbar sein, um regionale Besonderheiten abzubilden. Versorgungssituation und Versorgungsbedarf sind regional unterschiedlich. Daher sollten Krankenkassen und die jeweilige Uniklinik **ohne** die Kassenärztliche Vereinigung (KV) direkt vor Ort darüber verhandeln dürfen, wo es ergänzend zur Bundesvereinbarung einen spezifischen regionalen Versorgungsbedarf gibt.

Die neue Ermächtigung für Zwecke der Patientenversorgung hilft jedoch nicht weiter, wenn im Gegenzug die alte Ermächtigung für Zwecke von Forschung und Lehre massiv eingeschränkt wird. Das Problem nicht finanzierter Fälle bliebe dann bestehen oder würde sogar verschärft.

Deshalb ist es angesichts der Zielsetzung des Gesetzentwurfs absolut kontraproduktiv, dass künftig GKV-Spitzenverband und DKG „Grundsätze zu Begrenzungsregelungen der Behandlungen im für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang“ festlegen sollen. Die Selbstverwaltung im Bund soll also vorgeben, wie die Zahl der ambulanten Patienten zu ermitteln ist, die die Universitätsklinika für Forschung und Lehre brauchen. Die Wahrscheinlichkeit ist hoch, dass eine solche Bundesvorgabe die Deckelung der Ermächtigung auf sehr niedrigem Niveau zur Folge hätte.

Solche Bundesvorgaben gab es bisher nicht. Bisher war es allein dem jeweiligen Universitätsklinikum und den Landesverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich überlassen, in Verhandlungen Fallzahlobergrenzen zu definieren. Das hat zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen geführt (siehe **Anlage 2**), weil der Fallzahlbedarf für Zwecke von Forschung und Lehre regi-

onal sehr unterschiedlich interpretiert wurde. Es gibt Bundesländer mit vergleichsweise hohen Fallzahlobergrenzen. In anderen Bundesländern ist die Deckelung dagegen sehr restriktiv.

Wenn dies nun im Bund einheitlich geregelt werden soll, dann sind Vorgaben zu befürchten, die an vielen Unikliniken zu einer deutlichen Reduktion der heutigen Fallzahlen führen werden. Im Ergebnis würde dort dann das Problem nicht finanzierter Behandlungsfälle sogar deutlich verschärft.

Folgende weitere Änderung am Gesetzentwurf ist daher unbedingt notwendig:

3. Die laut Gesetzentwurf von GKV-Spitzenverband und DKG künftig zu vereinbarenden „Grundsätze zur Begrenzung der Behandlungen“ für Zwecke von Forschung und Lehre müssen ersatzlos gestrichen werden. Die Frage, wie viele Patienten aus Gründen von Forschung und Lehre in der Hochschulambulanz behandelt werden dürfen, muss wie bisher üblich alleinige Angelegenheit der Vertragspartner vor Ort bleiben (einzelnes Universitätsklinikum und Landesverbände der Krankenkassen).

Weitere Änderungsvorschläge betreffen folgende Punkte:

4. Die neue Ermächtigung für Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität der Versorgung durch Hochschulambulanzen bedürfen, muss bei den Fallzahlen entdeckelt sein. Fallzahlbegrenzungen für die von Fachärzten an die Uniklinik zum Zwecke einer spezialisierten Versorgung überwiesenen Patienten sind nicht gerechtfertigt.
5. Die Möglichkeit zur Vereinbarung einer Überweisungserfordernis für Fälle im Bereich Forschung und Lehre muss gestrichen werden. Für Forschung und Lehre brauchen die Universitätsklinika ein möglichst breites, repräsentatives Patientenspektrum. Die infolge eines Überweisungsvorbehalts unausweichliche Selektion der Patienten wäre für Forschung und Lehre kontraproduktiv.

2. Bewertung der Neuregelung zum Verbotsvorbehalt (§ 137c SGB V-neu)

Die Hochschulmedizin bewertet die Klarstellung des Prinzips der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt (§ 137c SGB V-neu) positiv. Die Kostenträger nutzen die aktuelle BSG-Rechtsprechung regelhaft dazu, neue Behandlungsmethoden nur noch dann zu vergüten, wenn diese im Rahmen von Studien erbracht werden. Hierfür gibt es allerdings kein klares, bundeseinheitliches Regelwerk. Stattdessen unterscheidet sich die Handhabungspraxis je nach Bundesland und Krankenkasse teils gravierend. Daher ist die vorgesehene gesetzliche Klarstellung

zu begrüßen, wonach eine Studienteilnahme künftig nur bei Methoden erforderlich ist, die der G-BA per Richtlinie ausgeschlossen hat.

Eine Restunsicherheit bleibt hinsichtlich der künftigen Anforderung an das einzelne Krankenhaus, das Potenzial einer neuen Methode als Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit in der GKV darlegen zu müssen. Hier dürfen keine überzogenen oder gar unerfüllbaren Anforderungen an diese Darlegungspflicht gestellt werden. Dieses Problem hat auch der Bundesrat gesehen und einen entsprechenden Änderungsantrag formuliert (siehe Nr. 67 der Bundesratsstellungnahme vom 06.02.2015). Die Bundesregierung ist dem nicht gefolgt. Sollte an der bisherigen Formulierung im Gesetz festgehalten werden, dann muss sorgfältig beobachtet werden, wie sich die praktische Handhabung der Potenzialdarlegung auf Ortsebene entwickelt. Wird dabei deutlich, dass regelmäßig unterschiedliche Vorstellungen über das Potenzial von einzelnen neuen Behandlungsmethoden bestehen, wären hier Nachbesserungen erforderlich.

3. Bewertung der Neuregelung zu Hochrisiko-Medizinprodukten (§ 137h SGB V-neu)

Die Hochschulmedizin spricht sich grundsätzlich dafür aus, die Einführung innovativer Medizinprodukte stärker mit der verbindlichen Generierung von wissenschaftlicher Evidenz zu koppeln. Hierfür braucht es gesetzliche Grundlagen und Regulierungsinstrumente. Das mit dem § 137h verfolgte Ziel ist dem Grunde nach richtig.

Gleichwohl teilt die Hochschulmedizin die u.a. in der Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft formulierten Befürchtungen zu dieser Neuregelung. Die Gefahr ist groß, dass dieses Bewertungsinstrument in der praktischen Umsetzung im G-BA zweckentfremdet wird. Aus der gewollten Förderung wissenschaftlicher Evidenz kann schnell die Verzögerung oder gar Blockade innovativer Versorgungsverfahren werden. Das darf nicht passieren.

Umso wichtiger ist es, dass für die von § 137h erfassten Innovationen weiterhin von Anfang an ein uneingeschränkter Vergütungsanspruch in Form der NUB-Entgelte besteht. Dieser darf erst dann entfallen, wenn ein Krankenhaus sich mit seinen Daten nicht an Erprobungsstudien beteiligt. Die von § 137h erfassten Innovationen dürfen also zum Zeitpunkt ihrer Einführung vergütungstechnisch nicht schlechter gestellt werden als andere Innovationen.

Wird der Gesetzentwurf in diesem Punkt nicht angepasst, dann wären im Bereich des § 137h im Vergleich zur Situation heute **Verzögerungen bei der Erstattung innovativer Leistungen von mindestens sechs bis sieben Monaten zu befürchten**. In dieser Zeit könnten die Kliniken entsprechende Innovationen den Patienten nicht anbieten.

Laut Regierungsentwurf erhalten die Krankenhäuser im Bereich des § 137h deutlich später als bislang die Möglichkeit, für NUB-Entgelte im Konfliktfall über die Schiedsstelle eine Einigung mit den Krankenkassen herbei zu führen. Demnach soll für den Bereich des § 137h das Ergebnis der schnellen Nutzenbewertung beim G-BA abgewartet werden. Erst wenn drei Monate nach dem G-BA-Beschluss keine Vereinbarung zur Entgelthöhe zu Stande kommt, kann die Schiedsstelle eingeschaltet werden. Das ist eine Verschlechterung gegenüber der heutigen NUB-Regelung, wonach die Schiedsstelle sechs Wochen nach Aufforderung zur Entgeltverhandlung angerufen werden kann.

Unbedingt notwendig sind daher folgende Änderungen:

- Auch für den Bereich des § 137h muss weiterhin die bisher für alle NUB-Entgelte übliche 6-Wochen-Frist zur Anrufung der Schiedsstelle gelten.
- Kritisch zu bewerten ist der mit der Vorschrift nach wie vor in erheblichem Umfang verbundene Verwaltungsaufwand für betroffene Krankenhäuser. Zur Vereinfachung des Verfahrens sollte der G-BA auf seiner Internetseite über bereits bestehende Anfragen nach § 137h informieren.
- Darüber hinaus ist im Bereich der NUB-Entgelte ein weiterer zentraler Aspekt zu ändern, der bislang nicht Gegenstand dieses Gesetzgebungsverfahrens war: Zwischen dem Zeitpunkt der Anwendung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus und dem Zeitpunkt der Vereinbarung von NUB-Entgelten entsteht oftmals eine Lücke. Dadurch entstehen den Krankenhäusern Mindererlöse. Daher sollte zusätzlich sichergestellt werden, dass die vereinbarten NUB-Entgelte auch rückwirkend für bereits erbrachte NUB-Leistungen abgerechnet werden dürfen.

4. Weitere Punkte

Die Verordnung von Medikamenten durch Krankenhäuser ist ein wichtiger Bestandteil des **Entlassmanagements**. Im Gesetzentwurf sind im Sinne einer besseren Patientenversorgung Regelungen zur Verordnung von Medikamenten durch die Krankenhäuser enthalten. Diese bedürfen weiterer Konkretisierungen. Ergänzend dazu sollte auch die Mitgabe von Arzneimitteln erleichtert werden.

Positiv ist, dass mit Einführung eines **Innovationsfonds** die Versorgungsforschung künftig mit Mitteln der GKV gefördert werden soll. Ebenso positiv ist die neu geschaffene Möglichkeit der Finanzierung innovativer Versorgungskonzepte aus GKV-Mitteln. Abzuwarten bleibt aber, ob es mit Hilfe des Inno-

vationsfonds in der praktischen Umsetzung tatsächlich gelingt, die unabhängige wissenschaftliche Evaluation von Versorgungsmodellen voranzutreiben und gute Modellprojekte dann auch in die Flächenversorgung zu bringen. Vor diesem Hintergrund ist es entscheidend, wie Förderprojekte priorisiert werden und die Evaluation der geförderten Versorgungsprojekte organisiert wird.
Ohne grundsätzliche Änderungen ist der **§ 116b SGB V zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung** in seiner jetzigen Form als Rechtsgrundlage für die ambulante Versorgung an Uniklinika ungeeignet. Die Umsetzung produziert ein enormes Ausmaß an Bürokratie und birgt zahlreiche rechtliche Risiken. Die Regelung orientiert sich nicht am Versorgungsbedarf des Patienten und ist unflexibel. Positiv ist deshalb der nun vorgesehene dauerhafte Bestandsschutz für diejenigen Krankenhäuser, die am § 116b in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung teilnehmen. Dieser Bestandsschutz ist bis zu einer grundlegenden Überarbeitung des derzeitigen § 116b unbedingt erforderlich.

In den **Sozialpädiatrischen Zentren** nach § 119 Abs. 1 SGB V zur Behandlung entwicklungsgestörter, chronisch neurologisch kranker bzw. behinderter Kinder spielt die begleitende medizinische Behandlung von Krankheiten wie Asthma bronchiale oder Diabetes mellitus eine immer wichtigere Rolle. Sozialpädiatrische Zentren an Universitätsklinika gewährleisten diese interdisziplinäre Versorgung. Angesichts ihrer besonderen Leistungen und Qualität ist für ihren Betrieb die bisher notwendige Bedarfsprüfung im Zulassungsverfahren entbehrlich.

Uneingeschränkt zu unterstützen ist die Schaffung von **medizinischen Behandlungszentren für Menschen mit Behinderungen** (§ 119c SGB V-neu). Hier ist allerdings die Schnittmenge zu den Hochschulambulanzen zu beachten. Im Unterschied zu nicht-universitären Krankenhäusern haben die Universitätsklinika dank ihrer Hochschulambulanzermächtigung bereits heute zumindest in Teilen die Möglichkeit, diese Patienten in Spezialambulanzen zu versorgen. Die Hochschulambulanzen und Spezialsprechstunden an Uniklinika werden daher bereits heute von Menschen mit Behinderungen aufgesucht, auch weil entsprechende Angebote im vertragsärztlichen Bereich nicht immer vorhanden sind. Hierzu gehören bspw. Mukoviszidose-Ambulanzen oder spezielle barrierefreie Ausstattungen in der Zahnmedizin. In aller Regel sind diese Versorgungsangebote aber im Vergütungsrahmen der Hochschulambulanzen nicht angemessen finanziert. Die Neuregelung eröffnet hier Verbesserungsmöglichkeiten. Wünschenswert wäre allerdings, dass die Universitätsklinika nicht eine neue, zusätzliche Ermächtigung in Anspruch nehmen müssen, um eine bessere Finanzierung der ambulanten Versorgung von Menschen mit Behinderungen zu erreichen. Zusätzlich zur Einführung des neuen § 119c sollte daher für die Universitätsklinika die Regelungen zu den Hochschulambulan-

zen in den §§ 117 und 120 SGB V so ertüchtigt werden, dass über die Hochschulambulanzen die Versorgung von Menschen mit Behinderungen genauso gut abgebildet werden kann wie bei den medizinischen Behandlungszentren.

Die Bundesregierung strebt zudem an, die **Health Technology Assessment (HTA)-Berichterstattung** vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in Teilen auf das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zu übertragen. Das ist nicht sinnvoll, weil damit ein für alle gesellschaftlichen Gruppen offenes, unabhängiges Verfahren für HTA-Projekte verloren ginge. Das DIMDI sollte auch in Zukunft Forschungsanträge zur Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien erteilen und die Ergebnisse dieser Forschungsvorhaben auswerten dürfen. Zur Sicherung eines hohen wissenschaftlichen Standards ist das hierzu berufene Kuratorium künftig mit Vertretern der medizinischen Fachgesellschaften zu besetzen, die mit Fragen der Technologiebewertung in der Medizin befasst sind.

II. Besonderer Teil

Zu Nr. 9 (Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V-neu)

Der Gesetzentwurf zu § 39 Abs. 1a sieht u.a. vor, dass die Krankenhäuser künftig ein eingeschränktes Verordnungsrecht für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie erhalten. Bei der Verordnung von Arzneimitteln können sie die jeweils kleinste Packung nach Packungsgrößenverordnung verordnen. Die übrigen Leistungen dürfen sie in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnen.

Das eingeschränkte Verordnungsrecht stellt insbesondere für Patienten eine Erleichterung dar. Es dient der Sicherstellung einer durchgehenden Versorgung nach der Krankenhausentlassung und ist daher aus Patientensicht sinnvoll.

Für die Krankenhäuser ist diese Regelung allerdings mit einem bürokratischen und finanziellen Mehraufwand verbunden, insbesondere weil Ärzte die Verordnungen ausstellen und somit weitere administrative Tätigkeiten übernehmen müssen. Zugleich müssen für die Verordnungen spezielle Rezeptdrucker auf den Stationen angeschafft werden. Durch die Regelung entsteht den Krankenhäusern somit ein zusätzlicher finanzieller Aufwand, für den es einer Refinanzierung bedarf.

Darüber hinaus besteht bei der geplanten Regelung Klarstellungsbedarf in folgenden Punkten:

<u>Verordnung von Arzneimitteln</u>

Der Begründung ist zu entnehmen, dass Krankenhäuser zur Sicherstellung einer durchgehenden Versorgung mit Arzneimitteln die jeweils kleinste Packung nach Packungsgrößenverordnung und Leistungen wie Krankenpflege und Heilmittelversorgung für die Dauer von maximal sieben Tagen verordnen dürfen. Zwischen Arzneimitteln und den übrigen zu verordnenden Leistungen wird demnach klar unterschieden. Diese Unterscheidung geht aus der Gesetzesformulierung jedoch nicht eindeutig hervor. Somit drohen später einmal unterschiedliche Rechtsauslegungen und damit einhergehende Konflikte zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern in denjenigen Fällen, in denen die kleinste Medikamentenpackung für mehr als sieben Tage reicht. Um solchen Konflikten vorzubeugen, sollte eine gesetzliche Klarstellung erfolgen.

Formulierungsvorschlag 1

- § 39 Abs. 1a Satz 6 wird nach dem Strichpunkt wie folgt geändert: *„die übrigen in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen können für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu 7 Tagen verordnet werden.“*

Packungsgröße

Aufgrund der geplanten Regelung zur Packungsgröße müssen Patienten vermutlich in vielen Fällen eine höhere Zuzahlung zu Arzneimitteln leisten. Müssen sie ein Arzneimittel länger einnehmen als es die kleinste Packungsgröße vorsieht, benötigen sie im Anschluss erneut ein Rezept von einem Vertragsarzt. Da die Patienten pro Rezept die Zuzahlung leisten müssen, werden sie in bestimmten Fällen mehr belastet, als wenn sie nur ein Rezept für eine größere Packungsgröße einlösen.

Die Verordnungsweise der kleinsten Packungsgröße ist für die Krankenkassen ferner in denjenigen Fällen unwirtschaftlich, in denen im Anschluss an die kleinste Packungsgröße weitere Arzneimittelpackungen verordnet werden müssen. Die Krankenkassen müssen pro Packung immer einen fixen Zuschlag von 8,35 Euro zzgl. 16 Cent zahlen, so dass auch unter Berücksichtigung der Anrechnung der Patientenzuzahlung die Ausgaben der Krankenkassen höher sein werden. Allgemein liegen die Tagestherapiekosten kleiner Arzneimittelpackungen über den Tagestherapiekosten größerer Packungen.

Krankenhäuser sollten daher anstelle der kleinsten Packungsgröße diejenige Packungsgröße verordnen dürfen, die der wirtschaftlichsten Verordnungsweise entspricht.

Formulierungsvorschlag 2

- Formulierungsvorschlag zum 1. Halbsatz in Absatz 1a Satz 6: *„Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser diejenige Packung gemäß der Packungsgrößenverordnung, die der wirtschaftlichsten Verordnungsweise entspricht, verordnen;“*

Prüfung der Wirtschaftlichkeit

Sofern es keine genauen Vorgaben gibt, prüfen die Krankenkassen die Verordnungen und beanstanden sie unter Umständen aus für die Krankenhäuser nicht nachvollziehbaren Gründen. Um hier ungerechtfertigte Regresse zu vermeiden, müssen die Regeln für die Verordnungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen zwingend von vornherein für Krankenhäuser und Krankenkassen festgelegt sein. Darüber hinaus muss hier bei formalen Fehlern ein Schutz der

Krankenhäuser vor unsachgemäßen Regressverfahren und wirtschaftlicher Überforderung gelten. Hierzu sollten die Prüfregeln des § 116b auch auf das Entlassmanagement übertragen werden.

Formulierungsvorschlag 3

- In Anlehnung an § 116b Absatz 7 werden in § 39 Absatz 1a nach Satz 8 folgende Sätze ergänzt: *„Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen nach Satz 5 gilt § 113 Absatz 4 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Prüfung durch die Prüfungsstellen entsprechend § 106 Absatz 2 Satz 12 bis 14 und 17, § 106 Absatz 4 und 4a sowie § 106 Absatz 5 bis 5d gegen Kostenersatz durchgeführt wird, soweit die Krankenkasse mit dem Krankenhaus nichts anderes vereinbart hat.“*

Mitgabe von Arzneimitteln

Der Gesetzentwurf bezieht sich bisher nur auf die Verordnung von Arzneimitteln. Zur Sicherung einer kontinuierlichen Arzneimittelversorgung der Patienten bei Entlassung kann aber im Einzelfall auch die Mitgabe von Arzneimitteln angezeigt sein. Beim Übergang von Patienten vom stationären in den ambulanten Bereich hat sich die kontinuierliche Versorgung mit dringend benötigten Arzneimitteln in der Praxis insbesondere in Flächenländern als problematisch erwiesen. Nach den Erfahrungen mit dem Entlassmanagement als Ergebnis eines Pilotprojektes in Rheinland-Pfalz sollte bei der Entlassmedikation zusätzlich auch die Möglichkeit zur Mitgabe dringend benötigter Arzneimittel durch Krankenhausapothekerinnen und Krankenhausapotheker eingeräumt werden. Dies ist derzeit laut Apothekengesetz im begrenzten Zeitrahmen bis zu 3 Tagen nur vor Wochenenden und Feiertagen möglich. Diese Einschränkung sollte entfallen. Durch diese Zusatzoption wären eine unmittelbare und kontinuierliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln nach der Krankenhausbehandlung und die erforderliche Beratung bis zur Möglichkeit der Einlösung der Entlassverordnung gewährleistet. Von einer solchen Regelung würden insbesondere Patientinnen und Patienten im ländlichen Raum profitieren. Dieser Vorschlag wurde auch vom Bundesrat eingebracht (siehe Nr. 95 Bundesratsstellungnahme vom 06.02.2015).

Formulierungsvorschlag 4

- Nach Artikel 11 wird folgender Artikel 11a (neu) eingefügt:
  „11a (neu). Änderung des Apothekengesetzes.
  § 14 des Apothekengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2420) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Absatz 7 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 7 Satz 3 wird das Wort „nur“ durch die Wörter „für längstens drei Tage“ ersetzt, wird das Komma nach dem Wort „werden“ durch einen Punkt ersetzt und werden die Wörter „wenn im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt“ gestrichen.

b) In Absatz 7 wird Satz 4 gestrichen.“ (Folgeregelung zu Buchstabe a zur Vermeidung von Redundanzen).

Zu Nr. 52 (Fortgeltung von Bestimmungen nach § 116b SGB V nach altem Recht)

Die Verlängerung des Bestandsschutzes für Zulassungen nach altem Recht ist uneingeschränkt positiv.

Ergänzend dazu wäre eine Regelung zur Rechnungsprüfung hilfreich. Bezüglich der zu § 116b SGB V eingeleiteten MDK-Prüfungen und der einzuhaltenden Prüfungsfristen gibt es im Gesetz aktuell noch keine klaren Vorgaben. Deshalb sollte im § 116b auf eine analoge Prüffrist zum § 275 Abs. 1c SGB V verwiesen werden. Auch für Prüfungen nach § 116b sollte eine Aufwandspauschale gelten.

Zu Nr. 53 (Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V-neu)

Zu a) (Erweiterung der Ermächtigung um Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen)

Umfang der neuen Ermächtigung

Mit dieser neuen, erweiterten Ermächtigungsgrundlage müssen zwei Ziele erreicht werden. Erstens muss die faktische Versorgungsrolle der Hochschulambulanzen gesetzlich bzw. in der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner tatsächlich abgebildet werden. Zweitens müssen die ermächtigungsbedingten Fallzahlobergrenzen für diesen Teil des ambulanten Leistungsspektrums, der unzweifelhaft der Sicherstellung der Patientenversorgung dient, entfallen. Der Gesetzentwurf greift hier in mehrfacher Hinsicht zu kurz. Insofern besteht an mehreren Stellen Klarstellungsbedarf.

Es besteht Grund zu der Annahme, dass eine dreiseitige Vereinbarung von KBV, DKG und GKV-Spitzenverband den Versorgungsauftrag für die Hochschulambulanz sehr eng auslegt. Die neue Ermächtigungsgrundlage für Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität der Versorgung durch Hochschulambulanzen bedürfen, sollte daher bereits im Gesetz um Patienten mit

Seltenen Erkrankungen erweitert werden. Zahlreiche dieser Patienten werden schon heute in den Hochschulambulanzen behandelt (siehe **Anlage 1**). Für viele Seltene Erkrankungen gibt es nur an den Hochschulambulanzen die entsprechenden Spezialsprechstunden und Versorgungsangebote.

Zudem muss das Verhältnis der neuen Ermächtigungsgrundlage zur bereits heute bestehenden Ermächtigung für Zwecke von Forschung und Lehre eindeutig geregelt sein. Die neue Ermächtigung darf in keiner Weise die bisherige Ermächtigung für Forschung und Lehre einschränken. Diese Ermächtigung umfasste schon in der Vergangenheit das gesamte medizinische Leistungsspektrum. Eine Beschränkung erfolgte lediglich über Fallzahlbegrenzungen, nicht aber medizinisch-inhaltlich. Insoweit bedarf es einer Klarstellung im Gesetz, wonach die neue Ermächtigung die bisherige Ermächtigung nur hinsichtlich der zugelassenen Leistungsmenge ergänzt, nicht in Teilen inhaltlich einschränkt oder ersetzt. Zudem muss die neue, über Forschung und Lehre hinausgehende Ermächtigung auf Fallzahlobergrenzen verzichten. Fallzahlobergrenzen für den Bereich Forschung und Lehre sind nachvollziehbar und bereits heute gängige Vergütungspraxis. Für Patienten, die von niedergelassenen Fachärzten an die Universitätskliniken zum Zwecke einer qualifizierten Versorgung überwiesen werden, ist eine Fallzahlobergrenze dagegen nicht zu rechtfertigen.

<u>Formulierungsvorschläge 1 und 2</u>

- § 117 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 wird wie folgt gefasst: *„für solche Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung <u>oder einer Seltenen Erkrankung</u> einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen.“*
- In § 117 Abs. 1 des Entwurfs wird folgender Satz 2 neu eingefügt: *„Für Fälle nach Nummer 2 sind eine zahlenmäßige Begrenzung sowie eine Anrechnung auf die nach Nummer 1 vereinbarten Fallzahlen ausgeschlossen.“* Dieser Vorschlag entspricht dem vom Bundesrat formulierten Änderungsvorschlag.

Es ist vorgesehen, dass GKV-Spitzenverband, DKG und KBV dreiseitig die Gruppe der Patienten festlegen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung einer Versorgung durch die Hochschulambulanzen bedürfen. Wie oben bereits erläutert legen die Erfahrungen mit den dreiseitigen Verhandlungen im Rahmen von § 115b und § 116b SGB V die Erwartung nahe, dass sich die drei Vertragsparteien auf Bundesebene nur auf einen sehr kleinen von der Ermächtigung erfassten Personenkreis einigen werden. Dazu kommt, dass der Versorgungsbedarf je nach regionalen Besonderheiten (z.B. vertragsärztliches Umfeld, Schwerpunkte und Spezialisierungen des Universitätsklinikums) regional unterschiedlich ausgeprägt ist. Ein bundeseinheitlicher Katalog alleine würde daher in jedem Fall zu kurz greifen.

Im Gesetzentwurf ist deshalb in § 117 Abs. 1 Satz 9 SGB V-neu vorgesehen, dass zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten das jeweilige Universitätsklinikum mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der örtlichen KV dreiseitig Abweichungen von der Bundesvereinbarung vereinbaren kann. Diese regionale Öffnung ist im Grundsatz richtig.

Aufgrund ihres dreiseitigen Charakters wird sie aber mit hoher Wahrscheinlichkeit in der Praxis nicht zur Anwendung kommen. Deshalb sollten abweichende Regelungen bilateral von den Vertragspartnern nach § 120 SGB V (Universitätsklinikum und Landesverbände der Krankenkassen) vereinbart werden dürfen. Hierbei sollte es ggf. genügen, lediglich das Benehmen mit der KV herzustellen. Ohne das Einvernehmen mit der KV wäre es deutlich leichter möglich, dass Kassen und Uniklinika im Rahmen des Hochschulambulanzvertrags punktuelle Versorgungslücken identifizieren und schließen.

Formulierungsvorschlag 3

- In § 117 Abs. 1 Satz 8 und 9 werden jeweils die Wörter „*mit den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen*“ gestrichen.

Überweisungsvorbehalt

Der Gesetzentwurf sieht in § 117 Abs. 1 Satz 4 SGB V-neu vor, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die KBV und die DKG vereinbaren können, für welche Fälle und Personen es „in dem für Forschung und Lehre erforderlichem Umfang“ einer Überweisung bedarf.

Die Möglichkeit, in den Fällen des Satz 1 Nummer 1 ein Überweisungserfordernis vorzusehen, muss gestrichen werden. Laut Bundesmantelvertrag Ärzte bedarf der Zugang zu einer Hochschulambulanz generell keiner Überweisung. Allerdings herrscht auf der Ortsebene Vertragsfreiheit. Schon heute besteht hier die Möglichkeit, abweichend vom Bundesmantelvertrag zusätzliche Überweisungsvorbehalte zu vereinbaren. Dieser Spielraum sollte auf der Ortsebene belassen werden.

Grundsätzlich gilt jedoch, dass für den Bereich Forschung und Lehre der Zugang offen bleiben sollte. Für diese Aufgaben brauchen die Universitätsklinika ein möglichst breites, repräsentatives Patientenspektrum. Die infolge eines Überweisungsvorbehalts unausweichliche Selektion der Patienten wäre für Forschung und Lehre kontraproduktiv.

Die Festlegung durch die genannten Institutionen, welche Patienten im Rahmen von Forschung und Lehre eine Überweisung benötigen, gefährdet zudem die Wissenschaftsfreiheit der betroffenen Wissenschaftlerinnen und Wissen-

schaftler. Die genannten Institutionen sind weder (rechtlich) durch die von ihren Entscheidungen gegebenenfalls betroffenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler legitimiert, noch besitzen sie die notwendige Fachkompetenz, um entscheiden zu können, welche Patienten für Forschung und Lehre notwendig und geeignet sind.

Formulierungsvorschlag 4

- In § 117 Abs. 1 Satz 4 sind die Wörter „*sowie in welchen Fällen des Satzes 1 Nummer 1 es einer Überweisung bedarf*“ zu streichen.

Hinsichtlich der Erforderlichkeit einer Facharztüberweisung sind in jedem Fall abweichende Regelungen für die Zahnmedizin erforderlich. In der zahnärztlichen Versorgung gibt es keine Facharztüberweisung.

Formulierungsvorschlag 5

- In § 117 Abs. 1 Satz 4 wird folgender Satz 5 neu eingefügt: „*Die Besonderheiten zahnmedizinischer Hochschulambulanzen sind dabei zu berücksichtigen.*“

Anwendbarkeit des Bundesmantelvertrags Ärzte

Momentan gilt der Bundesmantelvertrag Ärzte ohne Einschränkungen für die Hochschulambulanzen. An vielen Stellen sind die Regelungen des Bundesmantelvertrags jedoch für die Hochschulambulanzen wegen ihrer strukturellen Unterschiede zu Vertragsarztpraxen nicht sinnvoll umsetzbar (z.B. Qualitätssicherungsverfahren für Vertragsarztpraxen). Hier sollte der Selbstverwaltung dreiseitig die Möglichkeit eingeräumt werden, vom Bundesmantelvertrag abweichende Regelungen zu treffen.

Formulierungsvorschlag 6

- In § 117 Abs. 1 Satz 3 wird nach dem Wort „vereinbaren“ folgende Formulierung eingefügt: *„Konkretisierungen zur Anwendung des Vertrags nach § 82 Abs. 1 und“.*

Zu Nr. 54 (Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 Abs. 1 SGB V)

Traditionell liegt der Schwerpunkt des Aufgabenbereichs der Sozialpädiatrischen Zentren auf der Behandlung entwicklungsgestörter, chronisch neurologisch kranker bzw. behinderter Kinder. Zunehmend spielt jedoch auch die Mitbehandlung von Kindern mit Krankheiten auf anderen Fachgebieten als dem neurologischen Bereich (z.B. Asthma bronchiale, Diabetes mellitus) eine Rolle. Dies ist darin begründet, dass im Kontext mit solchen Erkrankungen

vermehrt Entwicklungsbeeinträchtigungen und insbesondere Verhaltensauffälligkeiten auftreten, die eine Mitbehandlung mit den Möglichkeiten eines multiprofessionellen Teams interdisziplinär erforderlich machen.

Das für diesen Bedarf erforderliche qualitativ-spezielle Leistungsspektrum bieten insbesondere universitätsmedizinische Einrichtungen. Bundesweit betreibt inzwischen etwa die Hälfte der Universitätskliniken ein Sozialpädiatrisches Zentrum.

An zahlreichen Uniklinika scheitert aber die Einrichtung eines solchen Sozialpädiatrischen Zentrums am Widerstand der Kassenärztlichen Vereinigung. Angesichts der besonderen Leistungen und Qualität der universitätsmedizinischen Einrichtungen ist für den Betrieb eines Sozialpädiatrischen Zentrums die bisher notwendige Bedarfsprüfung im Zulassungsverfahren entbehrlich.

Formulierungsvorschläge

- Satz 1 erhält folgende Fassung: *„(1) Sozialpädiatrische Zentren, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten, sind vom Zulassungsausschuss (§ 96) zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern zu ermächtigen.“*
- Satz 2 wird gestrichen.

Zu Nr. 56 (Änderung des § 120 SGB V-neu)

Zu b) Doppelbuchstabe dd (Investitionskostenabschlag)

Es ist nicht nachvollziehbar, warum bei nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz geförderten Krankenhäusern an einem Investitionskostenabschlag für Hochschulambulanzen festgehalten wird. Für die anderen in Absatz 2 aufgeführten Institutsambulanzen gibt es keine entsprechende Regelung. Deshalb sollte darauf auch bei den Hochschulambulanzen verzichtet werden.

Formulierungsvorschlag

- § 120 Abs. 2 Satz 5 wird gestrichen.

Zu c) Doppelbuchstabe cc (Begrenzungsregelungen der Behandlungen im für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Vertragsparteien nach § 301 Abs. 3 SGB V bundeseinheitliche Grundsätze auch „zu Begrenzungsregelungen der Behandlungen im für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang“ vereinbaren sollen.

Eine solche Regelung ist sachwidrig, weil an den Hochschulstandorten ein unterschiedlicher Bedarf an Behandlungsfällen für Forschung und Lehre besteht. Die regional sehr unterschiedliche Auslegung des Tatbestands „Fallzahlbedarf für Zwecke von Forschung und Lehre“ wurde bereits oben im Allgemeinen Teil dieser Stellungnahme dargestellt. Eine Deckelung auf niedrigem Niveau würde in einigen Bundesländern erhebliche Verwerfungen in der Patientenversorgung auslösen.

Zudem würde eine solche Vereinbarung die Wissenschaftsfreiheit der betroffenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler strukturell gefährden. Bei den im Gesetzentwurf genannten Vertragsparteien handelt es sich um den GKV-Spitzenverband sowie die DKG. Keine der Vertragsparteien ist von den betroffenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern legitimiert, über den für Forschung und Lehre notwendigen Bedarf an Behandlungsfällen zu verhandeln oder für die Verhandlungen bundeseinheitliche Grundsätze aufzustellen.

Die vorgesehene Formulierung ist daher verfassungswidrig und zu streichen. Dies hat bereits der Bundesrat gefordert. Die Bundesregierung ist diesem Vorschlag in ihrer Gegenäußerung gefolgt.

<u>Formulierungsvorschlag</u>

- In § 120 Abs. 3 Satz 5 werden die Wörter *„zu Begrenzungsregelungen der Behandlungen im für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang“* gestrichen.

Zu Nr. 66 (Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bei Medizinprodukten hoher Risikoklassen im § 137h SGB V-neu)

Die Neuregelung verbindet für Medizinprodukte der Risikoklassen II b und III mit „besonders invasivem Charakter“ das NUB-Verfahren gemäß § 6 Abs. 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) beim InEK mit der Methodenbewertung beim G-BA. Die Methode muss zudem ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweisen. Nähere Definitionen hierzu sollen vom BMG im Benehmen mit dem BMBF erstmalig zum 31.12.2015 in einer Rechtsverordnung näher bestimmt werden. Hierdurch sollen Auslegungsprobleme bei Anwendung der unbestimmten Rechtsbegriffe vermieden oder abgemildert werden.

Mit der Neuregelung haben Krankenhäuser, die erstmalig einen NUB-Antrag zu einem einzelnen Medizinprodukt der Risikoklasse IIb oder III stellen, dem G-BA zeitgleich Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu dieser Methode sowie zu der Anwendung des Medizinproduktes zu übermitteln. Sowohl die Anfrage beim InEK als auch die Übermittlung der Un-

terlagen an den G-BA hat im Benehmen mit dem Hersteller des Medizinproduktes zu erfolgen. Diese Vorgabe wurde im Gesetzentwurf gegenüber dem vorherigen Referentenentwurf neu aufgenommen, um eine Abstimmung zwischen Krankenhaus und Medizinproduktehersteller sicherzustellen. Der Medizinproduktehersteller erhält dadurch Gelegenheit, seine Vorstellungen in das Verfahren einzubringen.

Das beschriebene Verfahren ist für die betroffenen Krankenhäuser sehr aufwendig. Zudem können die betroffenen Krankenhäuser häufig nicht wissen, ob die von ihnen beim InEK gestellte Anfrage „erstmalig“ im Sinne der Vorschrift ist und der Methode ein „neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept“ zu Grunde liegt. Deshalb sollte dem G-BA aufgegeben werden, auf seiner Internetseite zu informieren, zu welchen neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden unter Einsatz von Medizinprodukten mit hoher Risikoklasse derzeit Anfragen vorliegen und welche dieser Methoden nach Feststellung des G-BA ggf. ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweisen.

<u>Formulierungsvorschlag 1</u>

- Nach § 137h Abs. 1 Satz 2 werden folgende Sätze 3 und 4 eingefügt: *„Der Gemeinsame Bundesausschuss unterrichtet auf seiner Internetseite über die bei ihm bereits anhängigen Verfahren nach dieser Vorschrift. Weist eine angefragte Methode kein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept auf, teilt der Gemeinsame Bundesausschuss dies dem anfragenden Krankenhaus innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der Informationen mit und informiert hierüber auf seiner Internetseite.“*

Aus dem Verfahren nach § 137h SGB V ergeben sich zur derzeitigen Rechtslage abweichende Fristenregelungen für das NUB-Verfahren. Sie dürften im Bereich des neuen § 137h mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer deutlich späteren Erstattung von neu angewandten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden führen.

Für die Festsetzung der Vergütungssätze durch die Schiedsstelle ist es nach dem Wortlaut des Regierungsentwurfs zwar nicht notwendig, den Beginn der Erprobung nach § 137e SGB V abzuwarten. § 137h Abs. 4 Satz 2 SGB V-neu sieht aber vor, dass das Krankenhaus zur Festsetzung der Vergütung die Schiedsstelle erst dann anrufen kann, wenn nicht innerhalb von drei Monaten nach dem G-BA-Beschluss zur schnellen Nutzenbewertung eine Vereinbarung zur Entgelthöhe nach § 6 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG oder nach § 6 Abs. 2 Satz 1 BPflV zu Stande kommt. Zulässigkeitsvoraussetzung bliebe also das Verstreichen einer Frist von drei Monaten nach dem Beschluss des G-BA nach § 137h Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V-neu, mit dem festgestellt wird, dass der

Nutzen der Methode zwar noch nicht hinreichend belegt ist, ihr aber unter Anwendung des Medizinprodukts das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative zukommt.

Eine streitige Regelung der Vergütungssätze durch Einschaltung der Schiedsstelle wäre also nicht schon nach den allgemeinen Vorgaben des Pflegesatzrechts (insbesondere § 13 KHEntgG, § 18 Abs. 4 KHG) statthaft. Dort kann die Schiedsstelle sechs Wochen nach der Aufforderung zur Pflegesatzverhandlung angerufen werden. **Die Einschaltung der Schiedsstelle wäre nun aber für NUB bei Medizinprodukten der Risikoklassen II b und III frühestens ca. 6-7 Monate nach der erstmaligen Anzeige des neuen Verfahrens beim G-BA möglich.**

Es ist sicherzustellen, dass die Höhe der Vergütung im Streitfall durch die Schiedsstelle nach § 6 Abs. 2 KHEntgG (oder § 6 Abs. 2 BPflV) zügig festgesetzt werden kann, ohne dass die Beschlussfassung zur frühen Nutzenbewertung abgewartet werden muss. Ansonsten würde die noch ungeklärte Finanzierungsfrage einer zeitnahen Einführung medizinischer Innovationen entgegenstehen. NUB-Leistungen im Bereich des § 137h wären dann gegenüber anderen NUB-Leistungen vergütungstechnisch stark benachteiligt.

Um einen frühzeitigen Abrechnungsanspruch zu gewährleisten, sollten die Regelungen des Abs. 3 Satz 2 und Abs. 4 Satz 2 für die Anrufung der Schiedsstelle nicht an den Beschluss des G-BA nach Abs. 1 Satz 4 anknüpfen und darüber hinausgehend noch eine zusätzliche 3 Monatsfrist normieren. Daher ist bei diesen Regelungen auf den Zusatz „innerhalb von 3 Monaten nach dem Beschluss nach Abs. 1 Satz 4“ zu verzichten. Zur weiteren Klarstellung sollte auf die 6-Wochenfrist des § 18 Abs. 4 Satz 1 KHG hingewiesen werden.

<u>Formulierungsvorschlag 2</u>

- Im § 137h werden die Abs. 3 und 4 in Satz 2 und 3 jeweils wie folgt gefasst: *„Wenn die Methode mit pauschalierten Pflegesätzen nach § 17 Absatz 1 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes noch nicht sachgerecht vergütet werden kann und eine Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung nicht zustande kommt, ist ihr Inhalt durch die Schiedsstelle nach § 13 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 13 der Bundespflegesatzverordnung festzulegen; es gilt § 18 Abs. 4 Satz 1 KHG. Die Festsetzung durch die Schiedsstelle setzt nicht den Abschluss des Bewertungsverfahrens nach Absatz 1 Satz 3 voraus.“*

Um das Ziel einer möglichst verbindlichen und zeitnahen Vergütung von NUB-Leistungen zu erreichen, sind über die Änderungsvorschläge für den § 137h

SGB V-neu hinaus weitere Änderungen in den § 6 Abs. 2 KHEntG und § 15 Abs. 3 KHEntgG erforderlich.

Klarzustellen wäre zum einen, dass die Schiedsstellen alle NUB-Entgelte – nicht nur für die Medizinprodukte hoher Risikoklassen – festsetzen, soweit eine neue Methode das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet. Hierzu sollte in § 6 Abs. 2 KHEntgG (sowie § 6 Abs. 2 BPflV) eine Einfügung erfolgen. In Anlehnung an einzelne bereits vorliegende Entscheidungen von Schiedsstellen wäre hier zu regeln, dass die Vereinbarung von NUB-Entgelten nur in den Fällen ausgeschlossen ist, in denen Methoden nicht das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass im Rahmen der Schiedsstellenverfahren nach § 18a KHG laut Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (Urteil vom 08.09.2005 – 3C 41.04) der Beibringungsgrundsatz gilt – anders als im sozialgerichtlichen Abrechnungsstreit. Deshalb ist im Krankenhausentgeltgesetz abweichend zu § 137c Abs. 3 SGB V–neu negativ zu formulieren. Durch die Formulierung „es sei denn“ trifft die Krankenkassen im Rahmen des Schiedsstellenverfahrens die Darlegungs- und Beweislast für ihren Einwand, die Methode biete kein Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative.

<u>Formulierungsvorschlag 3</u>

- Einfügung eines neuen Satzes nach § 6 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG (ebenso in § 6 Abs. 2 BPflV): *„Die Entgelte sind zu vereinbaren, es sei denn, die Methode bietet nicht das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative.“*

Zum anderen sollte in § 15 Abs. 3 KHEntgG klargestellt werden, dass Mindererlöse, die aufgrund eines verspäteten und erstmaligen Inkrafttretens der Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entstehen, ausgeglichen werden. So wäre sichergestellt, dass Innovationen den Patienten möglichst früh zur Verfügung stehen, ohne dass das Krankenhaus zunächst die Vereinbarung eines NUB-Entgelts abwarten muss.

<u>Formulierungsvorschlag 4</u>

- Einfügung eines Satzes 2 nach § 15 Abs. 3 Satz 1: *„Bei erstmaliger Vereinbarung von Entgelten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 sind die aufgrund eines erst nach Beginn des Vereinbarungszeitraums erfolgten Inkrafttretens der Entgelte entstandenen Mindererlöse auszugleichen.“*

Zu Art. 18 (Änderung des Gesetzes über ein Informationssystem zur Bewertung medizinischer Technologien)

Die Bundesregierung strebt mit der vorgeschlagenen Gesetzesänderung an, die Aufgabenzuweisung zur Health Technology Assessment (HTA)-Berichterstattung an das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) aufzuheben. In Bezug auf patientenrelevante Fragestellungen soll diese Aufgabe auf das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) übertragen werden. Die Gründe für die Aufgabenübertragung sind nicht nachvollziehbar.

Das DIMDI bzw. die HTA- Datenbank (DAHTA) sind wichtige Ressourcen für die Bearbeitung patientenrelevanter Fragestellungen. Hier wurde in der Vergangenheit in höchst transparenter Weise hervorragende Arbeit geleistet. Der besondere Vorteil von DATHA/DIMDI liegt im partizipativen Charakter des Verfahrens: Jeder Bürger kann Fragestellungen beantragen und hierzu unbefangene HTA-Antworten erhalten. Hierbei arbeiten DAHTA/DIMDI von der Selbstverwaltung unabhängig.

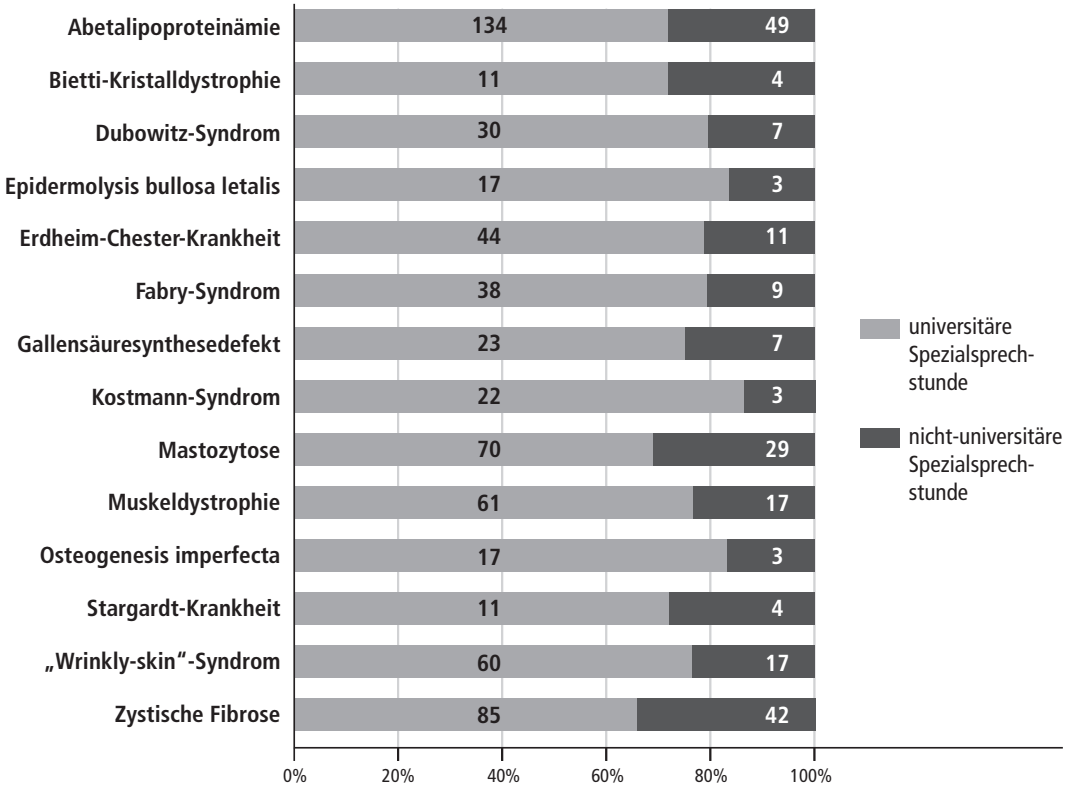
Das DIMDI sollte daher auch in Zukunft Forschungsanträge zur Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien erteilen und die Ergebnisse dieser Forschungsvorhaben für die Aufnahme in das Informationssystem auswerten dürfen. Zur Sicherung eines hohen wissenschaftlichen Standards ist das hierzu berufene Kuratorium künftig mit Vertretern der medizinischen Fachgesellschaften zu besetzen, die mit Fragen der Technologiebewertung in der Medizin befasst sind. Die aktuelle Struktur des HTA-Kuratoriums (Vertreter von Institutionen des Gesundheitswesens, also DKG, KBV, GKV etc.) hat sich mit der Gründung des IQWiG und des G-BA überholt.

<u>Formulierungsvorschläge</u>

- Artikel 18 Nr. 1 wird gestrichen.
- Artikel 18 Nr. 2 wird wie folgt formuliert:
  Absatz 3 wird wie folgt gefasst: „Für den Aufgabenbereich nach Absatz 1 wird beim DIMDI ein Kuratorium gebildet. In das Kuratorium werden vom Bundesministerium für Gesundheit Vertreter medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften berufen, die mit Fragen der Technologiebewertung in der Medizin befasst sind."

Anlage 1

Spezialsprechstunden für seltene Erkrankungen



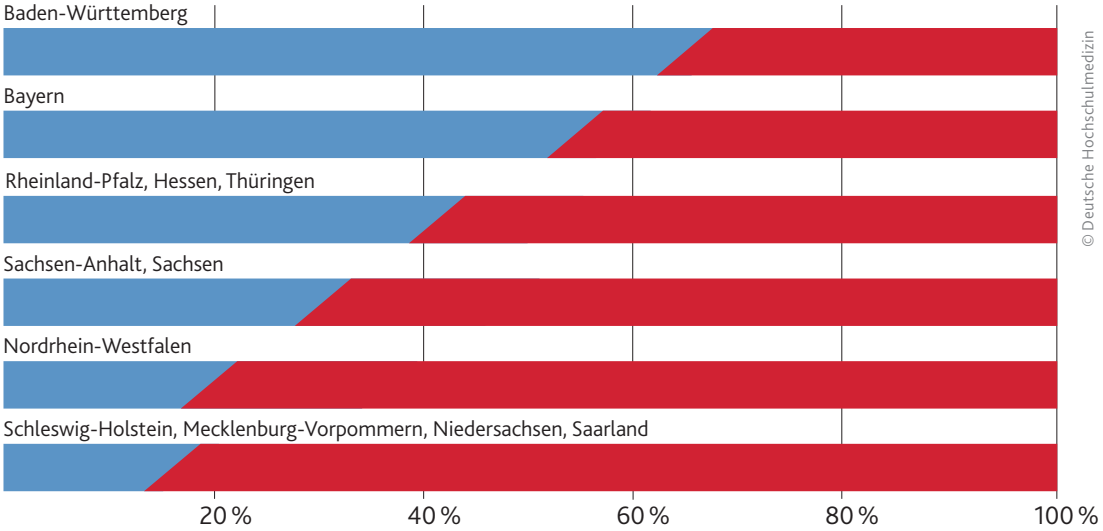
Quelle: orpha.net, 04.08.2014

Krankenhaus-Report 2015 WIdO

Anlage 2

Hochschulambulanzen an Universitätsklinika

Krankenkassen interpretieren den Behandlungsbedarf im Rahmen von Forschung und Lehre regional extrem unterschiedlich



Erlösanteile der Hochschulambulanzen (nach §§ 117 i. V. m. 120 SGB V) **Erlösanteile sonstige Ambulanzen**

Jahr 2012, ohne Uniklinika Bonn, Berlin, Hamburg, Frankfurt a. M.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(21)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.15_GKV-VSG
20.03.2015

verbraucherzentrale
Bundesverband

19.03.2015

Schärfung der Instrumente für mehr Versorgungssicherheit

Weitere Schritte zur Verbesserung des Nutzens für Patienten und Verbraucher notwendig

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbandes

zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

Impressum

Verbraucherzentrale
Bundesverband e.V.

Markgrafenstraße 66

10969 Berlin

1. Allgemeine Einschätzung des Gesetzes

Wie nahezu alle Gesetzgebungsverfahren im Gesundheitsbereich der letzten Jahrzehnte greift auch die vorliegende Initiative eine Vielzahl von Themen und Zielsetzungen auf, die nicht alle unmittelbar die Belange von Patienten und Verbrauchern berühren und deshalb in dieser Stellungnahme nicht dezidierte Erwähnung finden. Dennoch beinhaltet der Entwurf auch eine Vielzahl von Regelungen, die direkte oder indirekte Auswirkungen auf Verbraucher und Patienten haben und die im folgenden Kapitel aufgeführt werden.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband hält die Ausrichtung der vorgeschlagenen Regelungen grundsätzlich für richtig und äußerst wichtig. Er begrüßt auch, dass mit dem vorgelegten Referentenentwurf vor allem die schon lange bestehenden Schnittstellenprobleme zwischen den Versorgungssektoren angegangen werden. Bei verschiedenen vorgeschlagenen Änderungen ist jedoch fraglich, ob diese in der Praxis zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgungssicherheit und -qualität führen werden. Deshalb sollte ein besonderes Augenmerk auf der Umsetzung der Regelungen und deren Kontrolle liegen.

Handlungsbedarf im Interesse von Verbrauchern und Patienten sieht der Verbraucherzentrale Bundesverband insbesondere in drei Regelungsbereichen:

- **Zweitmeinung** (§ 27b): Bei der geplanten Regelung zur Zweitmeinung droht ungewollt eine Einschränkung des allgemeinen Rechts auf Zweitmeinung, ohne dass mit der vorgesehenen Gesetzesänderung das Regelungsziel, eine Eindämmung der nicht indizierten Leistungsausweitung, zu erreichen wäre.
- **Terminservicestellen** (§ 75 Abs. 1a und 1b): Die Terminservicestellen greifen zwar ein wichtiges Problem aus Verbrauchersicht auf, die Vorgaben sind aber so restriktiv und teilweise unklar, dass sie in der Praxis in vielen Fällen kaum hilfreich sein werden.
- **Besondere ambulante Versorgung** (§ 140a): Bei den Selektivverträgen, die im § 140a zusammengefasst werden sollen, wird die Transparenz für Verbraucher hinsichtlich einer qualitätsorientierten Wahlentscheidung unter den gesetzlichen Krankenkassen verschlechtert.

Mit dem Gesetzentwurf werden zahlreiche Regelungen vorgeschlagen, die eine bessere Kooperation zwischen den Sektoren der ambulanten und stationären Versorgung verbindlich vorgeben. Bessere Kooperation und Kommunikation zwischen den verschiedenen Leistungserbringern ist von großer Bedeutung für Patientinnen und Patienten. Das vorgelegte Gesetz bestreitet daneben mit der Schaffung eines Innovationsfonds Neuland, um tragfähige neue Versorgungskonzepte evaluieren zu können. Die vorgesehene Regelung zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung, wie der

verpflichtende Aufkauf von Arztsitzen in überversorgten Regionen unter Berücksichtigung des regionalen Versorgungsbedarfs, wird ausdrücklich begrüßt und als zielführend angesehen.

Auch wenn die Neuregelungen grundsätzlich befürwortet werden, sieht der Verbraucherzentrale Bundesverband dennoch die dringende Notwendigkeit, die Ausgestaltung stärker an den Interessen der Verbraucher und Patienten auszurichten. Hierzu werden im Folgenden Vorschläge gemacht und inhaltlich begründet.

2. Wesentliche Regelungsinhalte aus Patientenperspektive

2.1. Sicherstellung einer flächendeckenden und gut erreichbaren medizinischen Versorgung

Der Verbraucherzentrale Bundesverband betrachtet das Problem der besseren Verteilung von Ärzten zur Linderung der (drohenden) Unterversorgung in ländlichen Regionen bzw. in Gegenden mit geringem Einkommensniveau als eines der gravierendsten im deutschen Gesundheitswesen. Hier muss konstatiert werden, dass es sich hierbei im Grunde um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe hinsichtlich der Förderung der ländlichen Regionen handelt. Im vorliegenden Rahmen sind prinzipiell drei Handlungsstränge zielführend:

1) Verhinderung und Abbau der weiteren Konzentration von Medizinern in überversorgten Fachgebieten/Regionen

Jeder Arzt, der sich in einem tendenziell überversorgten Fachgebiet und/oder Region niederlässt, fällt für die Patientenversorgung in Mangelbereichen (gemeint sind damit nicht nur unterversorgte Regionen im haus- bzw. kinderärztlichen Kontext, sondern auch z.B. der öffentliche Gesundheitsdienst) aus. Deshalb ist aus Sicht des Verbraucherzentrale Bundesverbands die Verhinderung des Aufbaus weiterer Überkapazitäten bzw. idealerweise sogar deren Abbau zentrale Aufgabe der Politik, da hier konsequente Lösungen aus der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen aus Gründen des Bestandsschutzes nicht zu erwarten sind. Vor diesem Hintergrund befürwortet der Verbraucherzentrale Bundesverband nachdrücklich die vorgeschlagene Regelung in **§ 103 Abs. 3a**, nach der Kassenärztliche Vereinigungen Praxissitze in überversorgten Regionen aufkaufen sollen, wenn die Zulassung endet und die Bedarfssituation dies zulässt. Die bisherige „kann“-Regelung hat keine Wirkung gezeigt. Im Interesse der Versorgungssteuerung, aber auch -sicherheit sieht der Verbraucherzentrale Bundesverband hier aber darüber hinausgehenden Ergänzungsbedarf:

- Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten verpflichtet werden, jährlich einen Bericht über die Nachbesetzungen von Arztpraxen zu

erstellen und so ihre Tätigkeiten der Öffentlichkeit und insbesondere den Aufsichtsbehörden zugänglich zu machen.

- Der Aufkauf von psychotherapeutischen Zulassungen darf auch in formal überversorgten Regionen nur stattfinden, wenn eine Analyse der Wartezeiten auf Psychotherapieplätze ergeben hat, dass das Versorgungsangebot auch nach der Reduktion durch den Aufkauf ausreichend ist
- Der GBA sollte verpflichtet werden, die heutigen Regelungen zur Zulassung aufgrund von Sonderbedarf dringend zu überarbeiten, um einerseits das Problem ungedeckten Bedarfs (Beispiele sind etwa Rheumatologie und Schmerztherapie), andererseits das der weiteren Konzentration von Kapazitäten in attraktiven Fachgebieten bzw. Regionen besser zu lösen. Angesichts der tiefgreifenden Defizite der aktuellen Bedarfsplanung erscheint eine generelle Verpflichtung des GBA zur Überarbeitung der Bedarfsplanung unter explizitem Einbezug der Erkenntnisse der Versorgungsforschung dringend angeraten.
- Um zukünftige Spielräume für eine bedarfsgerechte Versorgungssteuerung zu schaffen, sollte normiert werden, dass alle Zulassungen auf bisher nicht existierende Vertragsarztsitze prinzipiell mit Ende der Vertragsärztlichen Tätigkeit erlöschen, um nicht noch weitere möglicherweise verfassungsrechtlich geschützte Besitzrechte zu schaffen. Das Recht auf Fortführung des Vertragsarztsitzes durch Praxisnachfolger sollte weitest möglich begrenzt werden.
- Auch bei sachgerechtester Bedarfsplanung, die aktuell keinesfalls gegeben ist, werden sich teilweise lange Anfahrtswege für Patienten insbesondere zu spezialisierten Versorgungsangeboten ergeben. Vor diesem Hintergrund ist dringend eine Überarbeitung des Anspruchs von Versicherten auf Unterstützung beim Erreichen der Versorgungsangebote notwendig, die auch auf die Ressourcenlage der Betroffenen und nicht nur ihren gesundheitlichen Status einbezieht. Andernfalls besteht die Gefahr, dass Leistungserbringer für bestimmte Patientengruppen nicht mehr erreichbar sind.

2) Ergänzung und Substitution ärztlicher Leistungen durch andere Gesundheitsangebote (weitere Gesundheitsberufe, telemedizinische Anwendungen)

Der Arztvorbehalt für zahlreiche Leistungen und Versorgungsformen im Zusammenhang insbesondere mit chronischen Erkrankungen wird sich nach Einschätzung des Verbraucherzentrale Bundesverbands angesichts der (drohenden) Unterversorgung auf absehbare Zeit nicht aufrecht-

erhalten lassen. Deshalb gilt es, schon frühzeitig intelligente Konzepte unter Einbeziehung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe und der neuen telemedizinischen Möglichkeiten zu entwickeln, die für die betroffenen Patienten eine echte Versorgungsalternative bei mindestens gleichbleibender Versorgungsqualität bieten als das bisherige arztzentrierte Modell. Der Verbraucherzentrale Bundesverband sieht hier die Notwendigkeit, dass die Politik die Blockadehaltung der ärztlichen Standesorganisationen aufbricht sowie ebenso den möglicherweise bestehenden Einsparungswünschen der Kassen eine Abfuhr erteilt, und einen Wettbewerb um gute Versorgungskonzepte unter Einbeziehung der weiteren Gesundheitsberufe und telemedizinischer Anwendungen in die Wege leitet. Der Verbraucherzentrale Bundesverband schätzt hier, dass die **Regelungen in § 87 Satz 4** bei weitem nicht ausreichen werden und regt eine entsprechende Konkretisierung der Vorgaben für den Innovationsfonds **nach § 92a** an.

Im weitesten Sinne unter der Substitution ärztlicher Leistungen steht auch die Frage nach der wirtschaftlichen Darstellbarkeit der Tätigkeit von Hebammen, die durch ein Auseinanderdriften zwischen zurückhaltender Vergütungsentwicklung einerseits und rasch steigenden Kosten für Versicherungsprämien in Frage gestellt ist. Der Verbraucherzentrale Bundesverband sieht die Tätigkeit von Hebammen als wichtigen Baustein in der Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen an und begrüßt deshalb die Regelungen in **§ 134a Abs. 5** zum Ersatzanspruch von Kranken- und Pflegekassen als Schritt in die richtige Richtung, gibt aber zu bedenken, dass damit die Lösung der beschriebenen Diskrepanz noch nicht erreicht ist.

3) Förderung der Ausbildung und Ansiedlung von Medizinern mit versorgenden Tätigkeitsspektren (Hausärzte, Kinderärzte, versorgende Fachärzte wie z.B. konservative Augenärzte oder Gynäkologen) in unterversorgten Regionen

Die zu diesem Punkt im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Regelungen werden überwiegend als zielführend erachtet. Allerdings ist zu konstatieren, dass die verschiedenen Erleichterungen für Ärzte, die sich im hausärztlichen Versorgungsbereich in (drohend) unterversorgten Regionen niederlassen, die bereits in der Vergangenheit gewährt wurden, nicht ausreichend waren, um nennenswert zu einer Verbesserung der Lage zu führen. Auch die gezielte Ausbildung von Allgemeinmedizinern **(§ 75a)** ist nur als eine notwendige, aber nicht hinreichende Maßnahme zur Abwendung des drohenden Versorgungsengpasses zu sehen. So lange auch zukünftig der Weg für junge Mediziner in die Niederlassung in anderen, eher überversorgten Fachgebieten bzw. Regionen weiter so offen steht wie bisher, darf bezweifelt werden, dass die nun wiederum geplante

Attraktivitätssteigerung ausreicht, um genügend Hausärzte aufs Land bzw. in städtische Problemviertel zu bringen.

Positiv beurteilt der Verbraucherzentrale Bundesverband sowohl die Möglichkeit, medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistigen Behinderungen oder schweren Mehrfachbehinderungen einzurichten **(§119c)**, als auch die **Ergänzung in § 103 Absatz 4 Satz 5** für die ambulante Bedarfsplanung**.** Bei der letzten Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie durch den gemeinsamen Bundesausschuss hatte sich der Verbraucherzentrale Bundesverband zusammen mit den weiteren maßgeblichen Organisationen der Patientenvertretung dafür eingesetzt, dass die Belange von Menschen mit Behinderungen wirkungsvoll bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Dies ist derzeit nicht der Fall, was zu erheblichen Problemen für die Betroffenen führt und wofür derzeit auch perspektivisch keine Ansatzpunkte zur zukünftigen Lösung des Problems bestehen. Deshalb begrüßt der Verbraucherzentrale Bundesverband, dass die Politik nun diesen Aspekt stärkt, gibt allerdings zu bedenken, dass die vorgeschlagene Regelung zur Erreichung des Ziels nicht ausreichen wird. Hier wäre der GBA mit Fristsetzung aufzufordern, Lösungen in Form verbindlicher Vorgaben für die Bedarfsplanungsrichtlinie zu entwickeln.

2.2 Erleichterungen für Patienten beim Zugang zur ambulanten Versorgung (Terminvergabe)

Die vorgesehenen Terminservicestellen sind aus Patientensicht prinzipiell zu begrüßen. Die Wartezeiten in Deutschland sind im internationalen Vergleich zwar vergleichsweise kurz, doch gibt es Versorgungsbereiche und -regionen mit erheblichem Handlungsbedarf. Beispielsweise werden während den typischen Wartezeiten auf einen Termin zur Erstvorstellung z. B. bei Rheumatologen, Schmerztherapeuten, konservativen Augenärzten oder Psychotherapeuten kritische Zeitfenster zur Vermeidung von Krankheitsprogression oder -chronifizierung regelmäßig überschritten – zum Teil mit erheblichen Folgekosten, von den vermeidbaren gesundheitlichen Schäden ganz zu schweigen. Bei den Terminservicestellen ist jedoch grundsätzlich nachteilig, dass Patienten auf ihr Wahlrecht bezüglich des behandelnden Arztes verzichten müssen, wenn sie einen von der Servicestelle vermittelten Termin wahrnehmen. Die Regelung wird dennoch als vorteilhaft angesehen, da sie für Patienten in Notlagen und nach Wohnortwechseln nützlich sein kann. Es ist allerdings äußerst fraglich, ob die im Gesetzentwurf vorgesehenen Detailregelungen, insbesondere nach den zwischen Referenten- und Kabinettsentwurf erfolgten Modifikationen, aufgrund der vorgesehenen zahlreichen Einschränkungen Verbraucherinnen und Verbrauchern in der Praxis konkret weiterhelfen werden.

Problematisch wird der Ausschluss der Vermittlung von Routineterminen oder bei „Bagatellerkrankungen“ gesehen. Damit stellt allein die Abklärung, ob eine Behandlung hierunter fällt, bei der Nutzung der Terminservicestellen bereits eine große Hürde dar. Hier stellen sich grundlegende Fragen, wer prüft dies und in welchem Umfang. Hinzu kommt, dass die vorgesehenen Terminservicestellen Versicherten in der Regel nur beim Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln hat. Der vorgesehene Verzicht auf eine Überweisung im Falle von Augen- oder Frauenärzten ist hier zwar ausdrücklich zu begrüßen, nicht nachvollziehbar ist aber, warum gerade Kinderärzte aus der Liste der überweisungsfrei dringlich aufzusuchenden Arztgruppen wieder herausgenommen wurden. Kinder sollten ein recht auf eine spezialisierte Versorgung durch einen Pädiater haben und nicht durch vorherige Überweisung in die nicht auf sie spezialisierte normale hausärztliche Versorgung geleitet werden. Darüber hinaus gibt es jedoch in der Praxis weitere Beispiele von notwendigen Facharztkontakten, die ohne eine Überweisung erfolgen.

Die neuen Anlaufstellen können allerdings in Regionen in denen wenige Fachärzte angesiedelt oder spezielle Arztgruppen, etwa Rheumatologen, nicht vorhanden sind, nicht dazu beitragen, die bestehenden grundsätzlichen Probleme zu lösen. In der konkreten Umsetzung kommt hinzu, dass auch von zugelassenen Krankenhäusern sicherlich nicht immer zeitnah ein Behandlungstermin angeboten werden kann, sollte keine ambulante Versorgung möglich sein. Ebenso ist fraglich, ob der stationäre Sektor ausreichend auf die Versorgung dieser Patienten vorbereitet ist.

Im Übrigen wird aber auch sanktionsbewerter Druck bei Vertragsärzten aufgebaut, ihren Sicherstellungsauftrag ernst zu nehmen. Die ergänzende Klarstellung, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen zu prüfen haben, ob Vertragsärzte den sich aus ihrer Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag erfüllen und die Möglichkeit von Sanktionen, stellen hier eine sinnvolle und notwendige ergänzende Neuregelung dar.

Um eine Umsetzung im Sinne der Verbraucherinnen und Verbraucher sicherzustellen regt der Verbraucherzentrale Bundesverband an, dass auch die Aufsichtsbehörden die Umsetzung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen und ggf. einfordern. Andernfalls ist dieser gesamte Regelungskreis eher als Warnung für die Vertragsärzte zu sehen, dass die Politik handeln wird, wenn sie ihrer gesellschaftlichen Verpflichtung in Zukunft nicht besser nachkommen, denn als konkrete Maßnahme mit Praxisbezug. Auch als solcher Warnschuss wird sie vom Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt.

Studien und Umfragen zeigen, dass im Bereich des Terminmanagements und der Arbeitsorganisation in den Praxen vielfach noch erhebliche Effizienzreserven bestehen, die im Interesse einer besseren Versorgung von Patienten

gehoben werden könnten. Hidden Client Anrufe ergeben zudem mit großer Regelmäßigkeit, dass in etlichen Arztpraxen für Privatpatienten Termine zeitnah zur Verfügung stehen, nachdem das Ansinnen eines gesetzlich Versicherten kurz zuvor abgewiesen worden ist. Die Politik ist deshalb aufgerufen das Problem der ungleichen Honorare je nach Versicherungsart zeitnah anzugehen, da sich vermutlich erst dann bei einer großen Zahl von Ärzten die Bereitschaft einstellen wird, alle ihre Patienten gleich gut und schnell zu behandeln.

2.3 Erweiterung und Konkretisierung von Leistungsansprüchen der Versicherten

a) Zweitmeinung

Eine aktuelle Studie zum Thema Zweitmeinung zeigt auf, dass jeder vierte Deutsche nicht weiß, dass die Kosten für das Einholen einer zweiten Meinung bei einem anderen Facharzt, unabhängig von der Art der Erkrankung, von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen wird. Der Bedarf an ergänzenden Entscheidungshilfen ist hingegen groß: Zwei Drittel der Deutschen haben sich nach einem Arztbesuch über alternative Behandlungsmöglichkeiten informiert. 53 Prozent haben sich dafür an einen anderen Arzt gewandt. 94 Prozent der Befragten gaben an, dass sie im Krankheitsfall eine Zweitmeinung einholen würden. Als Hauptmotive wurde die Unsicherheit bezüglich der empfohlenen Therapie genannt und der Wunsch, eine unnötige Operation zu vermeiden.[1] Die Befragung hat auch ergeben, dass den Befragten eine zweite Meinung bei Krebserkrankungen, Herzproblemen und neurologischen Erkrankungen besonders wichtig ist.

Bei der nun vorgeschlagenen Regelung **in § 27b** sieht der Verbraucherzentrale Bundesverband das Erfordernis einer Klarstellung. Es sollte nicht der Eindruck entstehen, dass das Recht der Patienten auf Zweitmeinung ausschließlich bei den vom GBA festzulegenden planbaren Eingriffen mit Gefahr der Mengenausweitung besteht. Darüber hinaus sollte der Auftrag zur Auswahl der planbaren Eingriffe an den GBA nicht nur auf mengenanfällige Indikationen abzielen, sondern auch solche Erkrankungen einbeziehen, die für Patienten mit großen Ängsten und Unsicherheiten verbunden sind. Die verbindliche Ausgestaltung des Zweitmeinungsverfahrens sollte vorsehen, dass Patienten neben dem allgemeinen Recht, eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen, künftig auch bei bestimmten planbaren Eingriffen einen regelhaften Anspruch auf Zweitmeinung erhalten, über den sie vom erstbehandelnden Arzt ausdrücklich informiert werden müssen. Dies soll vor allem, aber nicht nur bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen geschehen,

[1] Studie „Zweitmeinungsverfahren aus Patientensicht“ August 2014 von den Asklepios Kliniken Hamburg GmbH in Kooperation mit dem IMWF Institut für Management- und Wirtschaftsforschung.

bei denen das Risiko besteht, dass nicht nur medizinische Gründe bei der Indikationsstellung eine Rolle spielen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird beauftragt, festzulegen, bei welchen planbaren Eingriffen der Arzt entsprechend aufklären und informieren muss und welche Anforderungen an ambulante oder stationär tätige Ärzte anzulegen sind, die Zweitmeinungen erbringen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhaus-gesellschaften sollen in abgestimmter Form über die Leistungserbringer informieren, an die Patienten sich mit dem Anliegen auf Zweitmeinung wenden können, denn es ist wichtig, dass die Zweitmeinung qualitativ hochwertig und herausgelöst aus den teilweise ökonomischen Anreizstrukturen der Erstmeinung erbracht wird. In der Praxis stellt häufig die Erlangung der für die Erstellung einer Zweitmeinung erforderlichen Unterlagen eine Hürde dar. Es ist weder den Patienten zumutbar noch finanziell sinnvoll, alle relevanten diagnostischen Maßnahmen (insbesondere teure bildgebende Verfahren) erneut bei einem zweiten Arzt zu durchlaufen. Hier wäre vorzusehen, dass die ursprünglich behandelnden Ärzte verpflichtet werden, alle relevanten Unterlagen auf Wunsch des Patienten an den Ersteller der Zweitmeinung oder den Patienten selbst zu übersenden.

b) Entlassmanagement

Entlassmanagement ist einer der großen Problembereiche, die sich aus der Unterteilung der Versorgungssektoren in Deutschland ergeben. Zahlreiche Patienten berichten von Leistungslücken, z.B. wenn bei einer Entlassung zum Wochenende wichtige Verordnungen von Medikamenten, Hilfsmitteln oder auch Kurzzeitpflege fehlen oder auch die Patienten damit überfordert sind, so kurzfristig wie medizinisch erforderlich die ambulante Anschlussbehandlung z.B. zur Fortführung der Verordnungen und zur Fortsetzung von Heil- und Hilfsmittelnutzungen zu organisieren. Schon bisher regelte § 39 Abs. 1 Satz 4, dass die Krankenhausbehandlung ein Entlassmanagement zur Lösung derartiger Probleme beinhaltet. In der bisherigen Umsetzung hat sich aber gezeigt, dass nicht nur Leistungslücken bestehen, die durch eine stärkere Einbeziehung der Krankenkassen und Möglichkeiten der Krankenhäuser zur Verordnung von Anschlussbehandlungen geschlossen werden sollen, sondern auch, dass die Umsetzung dieses Anspruchs in der Praxis dringend der unabhängigen Überprüfung bedarf, damit die Gesetzesvorschrift in der Praxis nicht ins Leere läuft.

Dieses Problem wird vom vorliegenden Gesetzentwurf in § 39 teilweise aufgegriffen, was der Verbraucherzentrale Bundesverband ausgesprochen begrüßt. In einem Entlassplan sollen Krankenhäuser künftig die medizinisch unmittelbar erforderlichen Anschlussleistungen festlegen. Sie erhalten zuzüglich zum bestehenden Abgaberecht ein eingeschränktes Verordnungsrecht für Arzneimittel, häusliche Krankenpflege und Heilmittelversorgung für eine Dauer von maximal sieben Tagen. Um Leistungslücken zu vermeiden,

kann das Krankenhaus Aufgaben des Entlassmanagements auch auf einen weiterbehandelnden Vertragsarzt übertragen.

Gegenüber seiner Krankenkasse hat der Versicherte zukünftig einen unmittelbaren Rechtsanspruch auf ergänzende Unterstützung des Entlassmanagements. Dies schließt den Kontakt zu weiterbehandelnden Leistungserbringern und die zeitliche Abstimmung von Versorgungsleistungen ein (Vertragsärzte, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste).

Über die bereits vorgeschlagenen Änderungen hinaus sieht der Verbraucherzentrale Bundesverband weiteren dringenden Ergänzungsbedarf der Regelungen zum Entlassmanagement:

- Krankenhäuser sollen verlässlich direkt in die Kurzzeitpflege überleiten können. Es ist Versicherten mit entsprechendem Pflegebedarf nicht zuzumuten, dass sie in die Häuslichkeit ohne hinreichende pflegerische Versorgung entlassen werden müssen. In der Praxis wird davon berichtet, dass es zu vorläufigen Gutachten und Bescheiden der Pflegekassen über die Gewährung von Kurzzeitpflege vor dem Hintergrund kurzfristiger Begutachtungsverpflichtungen des MDK kommt. Es wird nach Aktenlage auf der Grundlage von Arztberichten u.ä. ohne Zuordnung zu einer konkreten Pflegestufe entschieden, immer wieder unter dem Vorbehalt des Widerrufs. Kommt es bei der anschließenden persönlichen Begutachtung zur Feststellung eines Hilfebedarfs unterhalb einer Pflegestufe, steht an dieser Schnittstelle zwischen SGB V und SGB XI die Frage des Widerrufs der Leistungsgewährung im Raum. Unbeschadet der abschließenden rechtlichen Beurteilung der Zulässigkeit des Widerrufs bzw. der Rücknahme begünstigender Leistungszusagen, fehlt es insoweit an einer klarstellenden Regelung, die die Vorschriften zum Entlassmanagement ergänzt.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss muss verpflichtet werden, bis zu einem festen Datum, etwa dem 01.01.2017, eine Qualitätssicherungsmaßnahme nach § 137 Abs. 1 Nr. 1 zu entwickeln und in die Versorgung zu bringen, die die Umsetzung des Entlassmanagements unter Einbeziehung der Erfahrungen von Patientinnen und Patienten in Form von einrichtungsbezogenen, aber standardisiert und unabhängig durchgeführten Patientenbefragungen und mit Hilfe von Routinedaten prüft und öffentlich transparent macht.

c) weitere neue bzw. konkretisierte Leistungsansprüche

Zahngesundheit und ärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen, Menschen mit Behinderung und eingeschränkter Alltagskompetenz:

Nachdem bereits im Versorgungsstrukturgesetz und im Pflege-Neuausrichtungsgesetz Anreize geschaffen worden sind, um die aufsuchende

Versorgung durch Vertragsärzte zu verstärken, wird jetzt mit im **§ 22a** SGB V ein eigener Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen für diesen Personenkreis geschaffen. Dieser besteht unabhängig davon, ob die pflegebedürftigen oder behinderten Menschen zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung betreut werden. Prinzipiell befürwortet der Verbraucherzentrale Bundesverband die Verbesserung der Leistungen für diesen Personenkreis, da eine deutliche Versorgungslücke besteht. Die konkrete Umsetzung wird der Verbraucherzentrale Bundesverband u.a. im Rahmen der Mitwirkung aufmerksam begleiten. Er weist zudem daraufhin, dass entsprechende Regelungsbedarfe auch bezüglich anderer medizinischer Fachrichtungen bestehen. Dazu zählen u.a. die Augenheilkunde, die HNO-Kunde, die Gynäkologie und die Neurologie.

Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen:

Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen können nach **§119c** SGB V künftig in medizinischen Behandlungszentren behandelt werden, die auf ihre besonderen Bedürfnisse eingerichtet sind. Auch diese Regelung wird ausdrücklich befürwortet.

2.4. Rationaler Umgang mit Innovationen

Um die zukünftigen Herausforderungen des Gesundheitswesens (demografischer Wandel, Über-, Unter- und Fehlversorgung, Bezahlbarkeit des Gesundheitswesens bei fortschreitender Technik) bewältigen zu können, ist ein rationaler Umgang mit Innovationen unerlässlich. In diesem Zusammenhang werden durch den vorliegenden Gesetzentwurf drei wichtige Komponenten eines solchen rationalen Umgangs mit Innovationen adressiert:

1. die Suche nach geeigneten Innovationen, wobei diese Suche explizit über die reine Produktinnovation (neues Medikament oder Medizinprodukt) hinausgehen muss,
2. die Prüfung, ob Neuerungen tatsächlich eine Verbesserung der Effizienz, Effektivität oder Qualität der Versorgung darstellen, und
3. die Überführung ausschließlich der vorteilhaften Innovationen in die Regelversorgung, damit sie allen Patienten zu Gute kommen und die Kosten für die Versichertengemeinschaft im Rahmen bleiben.

Prinzipiell werden mit dem Innovationsfonds ebenso wie mit der Nutzenbewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die auf Medizinprodukten basieren **(§ 137h),** Schritte in die richtige Richtung gemacht. Auch die Ausgestaltung der Regelungen wird vom Verbraucherzentrale Bundesverband weitgehend als sachgerecht eingeschätzt. Ergänzungsbedarf wird allerdings beim geplanten **§ 92a** zum Innovationsfonds gesehen. Auch wenn öffentliche Transparenz und Patientenorientierung des Gemeinsamen Bundesausschusses vom Verbraucherzentrale Bundesverband

als verbesserungswürdig eingestuft werden, wird unter dem Strich die Anbindung des Innovationsfonds an den Gemeinsamen Bundesausschuss vor allem im Kontrast zu den Selektivverträgen nach (bisher) § 73 c und 140 a ff SGB V positiv bewertet:

1. Selektivverträge waren und sind Wettbewerbsinstrument der Krankenkassen, was nicht unbedingt eine Orientierung an den dringendsten Versorgungsbedürfnissen gewährleistet. Das bedeutet auch, dass erfolgreiche Konzepte Betriebsgeheimnisse darstellen. So ist Überleitung in die Regelversorgung weder gewährleistet noch wahrscheinlich. Der Gemeinsame Bundesausschuss als zentrales Gremium in der Gestaltung des Kollektivvertrags ist hingegen prädestiniert dafür, erfolgreiche Konzepte auch in die Regelversorgung einführen zu können.
2. Bei den Selektivverträgen kam es nur ausnahmsweise zu einer Beteiligung von Patientenorganisationen. Damit war weder die Orientierung an Patienteninteressen gewährleistet, noch die Transparenz über die für Patienten wesentlichen Leistungsinhalte oder die Qualitätssicherung. Im Gemeinsamen Bundesausschuss sind Antrags- und Mitberatungsrechte der Patientenorganisationen institutionalisiert, wobei der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt, dass diese Rechte **in § 92b Abs. 1** noch einmal ausdrücklich genannt sind, um Rückschritten bei der Patientenbeteiligung vorzubeugen.

Weiterhin begrüßt der Verbraucherzentrale Bundesverband auch weitere Regelungen zum Innovationsfonds, teilweise mit geringem Änderungsbedarf, ausdrücklich:

- Ausrichtung insbesondere auf organisatorische Neuerungen: Zwar sollte diese Fokussierung nicht ausschließlich gelten, da es auch Systemversagen z.B. bei der Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den Leistungskatalog gibt, aber bislang gibt es kein strukturiertes Verfahren, mit dem organisatorische Neuerungen entdeckt, auf ihre Eignung für den Kollektivvertrag überprüft und in die Regelversorgung übernommen werden. Hier wird also eine Lücke im Repertoire der fortlaufenden Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen.
- Antragstellung auch durch Patientenorganisationen möglich.
- Pflicht zur wissenschaftlichen Evaluation der Projekte: Selektivverträge wurden nicht durchgängig evaluiert, und auch die inhaltlichen Kriterien der Evaluationen, die öffentlich bekannt wurden, waren nicht notwendigerweise objektiv am Patientennutzen orientiert. Indem nun das Evaluationskonzept Teil der Bewertungskriterien bei der Auswahl der Projekte durch den Gemeinsamen Bundesausschuss wird, ist eine

wesentliche Qualitätssteigerung und Objektivierung zu erwarten. Diese ist auch notwendig, um nach Abschluss der Projekte ihre Eignung für die Regelversorgung überprüfen zu können.

- Förderung ergänzender Versorgungsforschung.
- Evaluation des Innovationsfonds im Auftrag des BMG.
- Aktive Beteiligung des BMG im Innovationsausschuss, um rasch auf interne Blockaden der stimmberechtigten Organisationen reagieren zu können.

  Änderungsbedarf sieht der Verbraucherzentrale Bundesverband beim Innovationsfonds nach § 92a bzw. bei der Durchführung der Förderung nach § 92b in folgenden Punkten:

- Die Ziele des Innovationsfonds nach **§ 92a Abs. 1 Satz 2** sollten anders gefasst werden:
  - Wichtigster Vorteil des Innovationsfonds war in der ursprünglichen Entwurfsfassung seine klare Ausrichtung an der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Regelversorgung, die durch die Anreize der Selektivverträge gefährdet ist. Dies ist im Kabinettsentwurf zurückgenommen und durch Übertragbarkeit auf andere Regionen oder Indikationen, mithin weitere Selektivverträge, ersetzt worden. Der Verbraucherzentrale Bundesverband rät dringend dazu, hier den Kollektivvertrag als wichtigstes Ziel der Innovationen wieder einzusetzen.
  - Unter den Zielen der zu fördernden Projekte sollte an prominenter Stelle der Patientennutzen aufgenommen werden. Der reine Hinweis auf die Verbesserung der Versorgung reicht hier nicht, da darunter beispielsweise auch eine reine Steigerung der Angebotsmenge gefasst werden kann.
- Geförderte Versorgungsprojekte sollten verpflichtend Maßnahmen zur Qualitätssicherung enthalten, die mindestens denen im Kollektivvertrag entsprechen.
- Bei der Förderung der Forschung sollte dem Gemeinsamen Bundesausschuss auch die Möglichkeit eingeräumt werden, Projekte auszuschreiben und zu fördern, die der gezielten Schaffung von Evidenz für Beratungsthemen dienen, z.B. wenn in Versorgungsbereichen, in denen Anhaltspunkte für schwerwiegende Qualitätsdefizite vorliegen, keine Forschung als Grundlage geeigneter Leitlinien erfolgt.
- Es ist zu konkretisieren, dass zu den geförderten Projekten spätestens mit Abschluss alle relevanten Informationen zu Inhalten und Ergebnissen veröffentlicht werden. Darüber hinaus sollte die Geschäftsstelle nach § 92 b in Ergänzung zu Absatz 4 auch die Aufgabe erhalten,

jederzeit eine aktuelle Liste über die beantragten, die geförderten und die abgeschlossenen Projekte öffentlich bereitzustellen, anhand derer sich Patienten orientieren können, in welchen Regionen von welchen Krankenkassen und Leistungserbringern welche innovativen Versorgungsangebote zur Verfügung stehen.

§139b Bewertung medizinischer Verfahren durch das IQWiG auf Antrag von Versicherten und anderen interessierten Einzelpersonen

Hier sollte noch aufgenommen werden, dass das IQWiG auch über die eingegangenen Anträge berichten muss, bzw. diese im Internet aus Transparenzgründen einsehbar sein sollen.

2.5 Regelungen bei Selektivverträgen von Krankenkassen

Aus Sicht des Verbraucherzentrale Bundesverbands haben die Selektivverträge die an sie gerichteten Hoffnungen überwiegend, von wenigen Ausnahmen abgesehen, nicht erfüllt. Insbesondere haben sie nicht zum erhofften Wettbewerb um Versorgungsqualität geführt, was insbesondere an den lückenhaften Vorgaben zur Transparenz liegt. Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf wird ein Konstruktionsfehler der Selektivverträge, die Aufteilung in sektor- oder arztgruppenübergreifende integrierte Versorgung und die besondere ambulante Versorgung, bereinigt, was der Verbraucherzentrale Bundesverband prinzipiell begrüßt. Auch die Differenzierung der potentiellen Vertragsteilnehmer und der Ausschluss der Kassenärztlichen Vereinigungen von der integrierten Versorgung ließ eine stringente Logik vermissen und war allenfalls historisch-politisch zu begründen. Der Verbraucherzentrale Bundesverband regt an, diese Gelegenheit unbedingt auch zur Verbesserung in weiteren zentralen Punkten zu nutzen:

- Damit sich Versicherte bei der Wahl der Krankenkasse an dem Angebot an Selektivverträgen orientieren können, ist eine verpflichtende zentrale Veröffentlichung für alle Selektivverträge vorzusehen, die mindestens folgende Punkte umfassen muss: teilnehmende Krankenkasse, teilnehmende Leistungserbringer, regionale Verfügbarkeit, erfasste Leistungen und Indikation. Die Veröffentlichung dieser Angaben sollte zentral z.B. durch das Bundesversicherungsamt oder den GKV-Spitzenverband erfolgen. Bisher war in den Regelungen zu den §§ 73c und 140a ff. alt auch zumindest eine Informationspflicht der Krankenkassen gegenüber ihren Mitgliedern enthalten, die im Entwurf des **§ 140a (neu)** mindestens erhalten bleiben sollte, wenn nicht dem Vorschlag einer zentralen Erfassung und Transparenz gefolgt wird.
- Die im Entwurf vorgesehene Information der Patienten im Rahmen der Teilnahmeerklärungen ist weder zur Information der teilnehmenden

Patienten ausreichend, da diese in der Praxis teilweise nicht einmal die unterschriebenen Teilnahmeerklärungen erhalten, noch ermöglicht sie Versicherten eine qualitätsorientierte Auswahl durch Vergleich der Angebote verschiedener Krankenkassen miteinander, da keine Transparenz über den Kreis der eingeschriebenen Patienten hinaus geschaffen wird.

- Die Krankenkassen sollten verpflichtet werden, die Daten zu ihrem Leistungsgeschehen gegebenenfalls an die durchführenden Stellen der Qualitätssicherung nach den §§ 136 und 137 SGB V zu übermitteln, damit die Einbindung in die Qualitätssicherung nach §§ 136 und 137 SGB V gewährleistet wird. Nur so kann sichergestellt werden, dass in den Verträgen mindestens das Qualitätsniveau des Kollektivvertrags erreicht wird. Aktuell sind diese Leistungen nicht in der gesetzlichen Qualitätssicherung erfasst und es gibt auch keine öffentlich transparente Qualitätssicherung innerhalb der Verträge.

Weiterhin wird in **§ 71** die Prüfung der Selektivverträge durch das Bundesversicherungsamt geändert: Während bisher eine Prüfung vor Inkrafttreten der Verträge mit besonderem Fokus auf Wirtschaftlichkeit erfolgte, ist nun eine nachgelagerte Reaktion mit erheblichen finanziellen Folgen und der Möglichkeit, zur unmittelbaren Beendigung der Verträge, auf erhebliche Rechtsverletzungen vorgesehen. Problematisch ist hieran aus Sicht des Verbraucherzentrale Bundesverbands einerseits die Begrenzung der Handlungsmöglichkeiten auf Fälle erheblicher Rechtsverletzungen, da es in der Praxis sehr auf die Definition der Erheblichkeit ankommen wird, andererseits, dass bei einer rein nachgelagerten und anlassbezogenen Reaktion die Frage im Raum steht, wie das Bundesversicherungsamt von derartigen Rechtsverletzungen überhaupt Kenntnis erhält bzw. welche Ermittlungsbefugnisse und -kapazitäten bestehen. Vor allem aus der oben beschriebenen Grundproblematik der völlig unzureichenden Transparenz der Selektivverträge bezüglich Existenz, Inhalten und Versorgungsqualität befürchtet der Verbraucherzentrale Bundesverband, dass leicht Regelungen zu Lasten von Patienten entstehen und unentdeckt bleiben können.

2.6 Weitere verbraucher- und patientenrelevante Regelungen

a) Krankengeldbezug

Ausgesprochen positiv bewertet der Verbraucherzentrale Bundesverband, dass mit dem Kabinettsentwurf ein wesentliches Problem bei längerem Bezug von Krankengeld, nämlich die Lücke von einem Tag zwischen Feststellung und versicherungsrechtlichen Wirksamwerden der Arbeitsunfähigkeit, geschlossen wurde. Im Zusammenhang mit dem Bezug von Krankengeld wird jedoch in **§ 44 Absatz 4** auch eine Regelung getroffen, die der Verbraucherzentrale Bundesverband ausgesprochen kritisch sieht. Zahlreiche Berichte von

Versicherten weisen auf ein teilweise sehr rigoroses Vorgehen von Krankenkassen bei langfristigem Bezug von Krankengeld hin. Versicherte wurden mit unangemessenen Fragen überzogen bzw. zur Rückkehr an den Arbeitsplatz oder zur Frühverrentung gedrängt. Aus Sicht des Verbraucherzentrale Bundesverbands sind die Versicherten vor derartigem Verhalten besser als in der Vergangenheit zu schützen. Die Regelung in § 44 Absatz 4 könnte leicht von Krankenkassen als Vorwand für derartiges unangemessenes Verhalten genutzt werden und sollte deshalb entfallen oder wesentlich umgestaltet werden. Mindestens muss ein jederzeitiges Widerrufsrecht der Patienteneinwilligung in die Beratung zusammen mit Sanktionen bei Zuwiderhandlung normiert werden. Noch problematischer wird die vorgeschlagene Regelung in Kombination mit den vom Bundesrat vorgeschlagenen Änderungen des § 275. Dort wird argumentiert, dass die Krankenkassen, um Versicherten das Angebot einer Beratung bei Krankengeld machen zu können und die Einbindung des MDK zur Prüfung beurteilen zu können, alle Daten erhalten und nutzen dürfen, die dies ermöglicht. Hier wird gegen das datenschutzrechtlich äußerst bedeutsame Prinzip verstoßen, dass Krankenkassen keinen Einblick in medizinische Unterlagen erhalten, sondern dies dem MDK vorbehalten ist. Diesem Vorschlag sollte nach Ansicht des Verbraucherzentrale Bundesverbands keinesfalls gefolgt werden.

b) Mitwirkungsrechte der Patientenvertretung

Die Interessenvertretung der Patienten, in der auch der Verbraucherzentrale Bundesverband mitwirkt, erfüllt wichtige Funktionen: Sie erhöht Transparenz und vor allem Patientenorientierung in den Gremien, in denen sie etabliert ist, allen voran im Gemeinsamen Bundesausschuss. Der vorliegende Gesetzentwurf tangiert drei Bereiche, in denen eine Ausweitung der Mitwirkungsrechte vorgesehen ist oder wünschenswert wäre:

- Prinzipiell wird eine inhaltliche Ausrichtung der medizinischen Dienste der Krankenkassen an den Interessen der Patienten vom Verbraucherzentrale Bundesverband nachdrücklich begrüßt. Die in **§ 279** vorgeschlagene alleinige Mitwirkung der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen in den Verwaltungsräten der medizinischen Dienste auf Landesebene, sieht der Verbraucherzentrale Bundesverband jedoch nicht als ausreichend an, diesen gewünschten Effekt zu erzielen, da kein weitergehender Einblick auf das Versorgungsgesehen ermöglicht wird. Im Übrigen erscheint die alleinige Bezugnahme auf die im SGB XI benannten Interessenverbände ohne gleichzeitige Berücksichtigung der Verbände der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten (§ 140 f SGB V) fragwürdig. Es besteht keine Verbändeidentität. Gleichermaßen betreffen aber die Wirkungskreise der Verwaltungsräte die Interessenwahrnehmung in der Pflege und in der Gesundheit.

- Für den (erweiterten) Bewertungsausschuss wird in **§ 87 Abs. 5b** festgelegt, dass für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nach Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses neu in den Leistungskatalog aufgenommen werden, innerhalb von sechs Monaten eine Regelung zu treffen ist. Zurück geht diese Regelung, die vom Verbraucherzentrale Bundesverband ausdrücklich begrüßt wird, auf Probleme wie bei der Knochendichtemessung, für die die Festlegung von Vergütungsregelungen verzögert wurde und Patienten deshalb nach wie vor auf Eigenleistung in Form von IGeL angewiesen waren. Gerade die Knochendichtemessung zeigt exemplarisch aber auch, dass die jetzt gewählte Fristenlösung bei weitem nicht ausreicht, um die Anliegen von Patienten im Bewertungsausschuss aufzugreifen: Die dort festgesetzte Vergütungshöhe für die Leistung ist nämlich im Vergleich zur Selbstzahler-Vergütung so niedrig (im Schnitt weniger als ein Drittel), dass Betroffene erhebliche Probleme haben, die Leistung ohne Kostenbelastung zu erhalten. Ein anderes Beispiel ist die Schmerztherapie: Die Vergütungsziffern sind so gestaltet, dass Ärzte keinen Anreiz haben, gut eingestellte Patienten in die hausärztliche Versorgung zurück zu leiten und neue anzunehmen, trotz langer Wartezeiten und drohender Chronifizierung. Um gezielt in solchen Fällen im (erweiterten) Bewertungsausschuss wirken zu können, fordert der Verbraucherzentrale Bundesverband folgende Mitwirkungsrechte für die Patientenvertretung nach § 140f SGB V:
    - Antragsrecht,
    - Einsichtsrecht in Tagesordnungen und Sitzungsunterlagen einschließlich Sitzungsprotokollen,
    - Mitberatungsrecht bei allen Beratungsgegenständen, die entweder auf Anträge der Patientenvertretung zurückgehen oder bei denen die Patientenvertretung schriftlich und mit Begründung des Patienteninteresses einen Antrag auf Mitberatung stellt.
- Wirtschaftlichkeitsprüfungen und die darauf basierenden Regresse haben in der Praxis einen weitreichenden Einfluss auf die Versorgung der Patienten mit Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln. Deshalb fordert der Verbraucherzentrale Bundesverband ein Mitwirkungsrecht der Patientenvertretung nach § 140f SGB V bei der Vereinbarung der Richtlinien zur Festlegung der Rahmenbedingungen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach **§ 106 a Abs. 3** auf Bundesebene als auch im Beschwerdeausschuss nach **§ 106c Abs. 1 Satz 2** auf Landesebene.

Für die Patientenorganisationen nach § 140 f SGB V und die Interessenverbände nach § 118 SGB XI sind neben Aufwandsersatz analog zu § 140f Abs. 5 auch prinzipiell geeignete Unterstützungsstrukturen analog zu § 140f Abs. 6 vorzusehen, um die maßgeblichen Organisationen in die Lage

zu versetzen, die verschiedenen bereits im Gesetz vorgesehenen und auch die neuen Aufgaben erfüllen zu können. Sehr positiv bewertet der Verbraucherzentrale Bundesverband die vorgeschlagene Unterstützung der Patientenorganisationen nach § 140f auf der Landesebene.

c) Regelungen zum Datenschutz

§ 299 regelt den Datenschutz bei Maßnahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung nach den §§ 136 und 137 SGB V. Dabei besteht ein wesentlicher methodischer Unterschied in der Herangehensweise: Die Qualitätssicherung nach § 137 beruht darauf, je Leistungserbringer und Leistungsbereich alle relevanten Leistungen zu erfassen und z.B. über den Anteil an unerwünschten Ereignissen an der Gesamtheit Qualitätsaussagen zu generieren. Datenschutzrechtlich wichtig ist hier, dass die personenbezogenen Daten auf jeden Fall pseudonymisiert übermittelt und verarbeitet werden. Die Stichprobenprüfung nach § 136 basiert darauf, dass für einen Leistungserbringer durch eine unabhängige Stelle vorgegeben wird, welche Stichprobe von ca. 10-12 Patienten mit einer entsprechenden Leistung in die Prüfung einbezogen wird. Zu diesen Patienten sind alle relevanten Behandlungsunterlagen an eine Prüfungskommission zu übermitteln, die aus der Überprüfung dieser Fälle auf die gesamte Behandlungsqualität schließt. Ein Aspekt ist auch die Gewährleistung der Patientensicherheit durch entsprechende Beschriftung z.B. von Bildmaterial, um Verwechselungen auszuschließen. Eine Pseudonymisierung durch den Leistungserbringer, wie bisher vorgesehen, würde nicht nur die Prüfung dieser Aspekte der Patientensicherheit unmöglich machen, sondern auch die sichere Identifizierung der von den Leistungserbringern übermittelten Fälle in Übereinstimmung mit den angeforderten verhindern und damit eine valide Qualitätsaussage unmöglich machen. Die nun vorgeschlagene Änderung des § 299 trägt dieser unterschiedlichen methodischen Vorgehensweisen und Zielsetzungen in der Qualitätssicherung prinzipiell Rechnung und wird vom Verbraucherzentrale Bundesverband nachdrücklich begrüßt. Allerdings bittet der Verbraucherzentrale Bundesverband um Klarstellung, dass die Konkretisierungen bezüglich der Fälle, in denen auf die Pseudonymisierung beim Leistungserbringer verzichtet werden kann, nicht mit einem „und“, sondern mit einem „oder“ verknüpft sind, damit die Regelungsabsicht der Ermöglichung aussagekräftiger Stichprobenprüfungen erreicht wird. Methodische Überlegungen zur Validität der abgeleiteten Qualitätsaussagen hängen nicht von technischen Rahmenbedingungen oder dem Aufwand der Pseudonymisierung ab.

d) Langfristige Heilmittelversorgung

Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt die **Klarstellung unter § 106b (4) Nr. 1**, die aus Sicht des Verbraucherzentrale Bundesverbands eine wichtige Erleichterung für die betroffenen Patienten darstellt. Es war ursprünglich die Absicht des Gesetzgebers, Patienten mit langfristigem oder dauer-

haftem Bedarf an Heilmitteln zu einer sicheren Versorgung und den verordnenden Ärzten zu einer Entlastung von Bürokratie zu verhelfen. Die Umsetzung in der Praxis war hier zu zögerlich und hat paradoxerweise zeitweilig sogar zu Verschlechterungen für die betroffenen Patientengruppen geführt. Mit den genannten Formulierungen bekräftigt der Gesetzgeber nochmals die ursprüngliche Absicht. Ob damit die ursprüngliche Regelungsabsicht in der Praxis erreicht wird, wird vom Verbraucherzentrale Bundesverband aufmerksam begleitet werden.

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 Bestimmun gen 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 Verbünden 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 Regressvorderungen 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 wiederspiegeln. 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“ sin d 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 „Morbidität“ 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.