|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG, FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN |
|  Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren  Baden-Württemberg ∙ Postfach 103443 ∙ 70029 Stuttgart |
| Bundesministerium für Gesundheitnur per E-Mail: 221@bmg.bund.de  | Datum | 07.11.2014 |
| Name | Christina Rebmann |
| Durchwahl | 0711 123-3830 |
| Aktenzeichen | 52 – 5220.11-39(Bitte bei Antwort angeben) |

Schellingstraße 15 · 70174 Stuttgart · Telefon 0711 123-0 · Telefax 0711 123-3999 · poststelle@sm.bwl.de · Stadtmitte · Friedrichsbau
Besucheradresse der Abteilung 5 - Gesundheit: Haus der Wirtschaft Baden-Württemberg Willi-Bleicher-Straße 19 70174 Stuttgart
www.sozialministerium-bw.de · www.service-bw.de



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

Sehr geehrte Damen und Herren,

für Ihr Schreiben vom 21.10.2014, mit dem Sie uns Gelegenheit bieten, zu dem vorgelegten Referentenentwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes Stellung zu nehmen, danken wir.

Da es im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens noch zu etlichen Abstimmungen kommen wird, bitten wir, diese Stellungnahme nicht als abschließend anzusehen.

Baden-Württemberg begrüßt die Initiative für dieses Gesetz ausdrücklich. Es greift die Koalitionsvereinbarung der Bundesregierung auf und nimmt die sich immer schwieriger gestaltende flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit ambulanten

(haus-)ärztlichen Leistungen in den Fokus.

Baden-Württemberg begrüßt deshalb ausdrücklich die Vorschläge des Entwurfes, die insbesondere in ländlichen Gebieten zu einer verbesserten Versorgung führen können. Gerade Flexibilisierungen im Zulassungsrecht sind ein geeignetes Mittel, um den Kassenärztlichen Vereinigungen rechtlich mehr Spielräume einzuräumen, um die Versorgung sicherzustellen. Hier seien explizit die Erleichterungen bei der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren allgemein aber auch speziell durch Kommunen genannt. Die mit den bisherigen Regelungen verbundenen Rechtsunsicherheiten haben verhindert, dass einzelne Gemeinden sich stärker im ambulanten ärztlichen Bereich engagieren.

Auch die Regelungen zum Umfang der Sicherstellungsverantwortung für die ambulante ärztliche Versorgung in § 75 SGB V sind grundsätzlich zu begrüßen: Die Stärkung einer Kooperation mit Krankenhäusern im Bereich des ärztlichen Notfalldienstes, aber auch die Einbeziehung der Apothekennotfalldienste in die Planungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, stellt einerseits sicher, dass eine flächendeckende Versorgung auch außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten gewährleistet werden kann. Andererseits kann durch zentrale Notfallpraxen an Krankenhäusern eine Reduzierung der Dienstfrequenz des einzelnen Arztes erreicht werden, so dass eine übermäßige Beanspruchung vermieden wird.

Die darüber hinaus vorgesehene verpflichtende Einrichtung von Terminservicestellen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wird zwar von der ärztlichen Selbstverwaltung besonders kritisch beurteilt. Der vorgelegte Vorschlag bietet jedoch aus unserer Sicht eine sinnvolle Diskussionsgrundlage für die Lösung des immer wieder auftauchenden und bislang ungelösten Problems einer zeitnahen fachärztlichen Versorgung.

In diesem Zusammenhang wird auch begrüßt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen in Zukunft die Wahrnehmung des Versorgungsauftrages durch einzelne Arztpraxen strenger überwachen sollen. Nur so kann erreicht werden, dass alle in der Bedarfsplanung ausgewiesenen Kapazitäten den Patientinnen und Patienten auch zur Verfügung stehen.

Positiv zu bemerken ist darüber hinaus, dass der Gesetzentwurf sich auch mit einer Vielzahl weiterer Probleme aus der Versorgungspraxis befasst und hierfür Lösungsansätze bietet. So werden insbesondere die Regelungen, die Retaxationen durch Krankenkassen bei der Verschreibung von Arznei- und Heilmitteln, aber auch die Regelungen zum Entlassmanagement in Krankenhäusern Probleme lösen, die die Patientinnen und Patienten, aber auch die jeweiligen Leistungserbringer stark belasten können.

Im Folgenden möchte ich auf einige Regelungen eingehen, die aus Sicht von Baden-Württemberg unbedingt überdacht werden sollten:

1. *§ 71 SGB V: Wegfall des präventiven Aufsichtsverfahrens bei den Selektivverträgen*

Grundsätzlich werden die vorgesehenen Regelungen, mit denen die Bereinigung der Vorschriften, die Erweiterung der Vertragsmöglichkeiten und der Abbau von Vertragshindernissen erreicht werden sollen, unterstützt. Allerdings stellt das Selektivvertragsgeschehen – gerade in Baden-Württemberg – mittlerweile eine tatsächliche Konkurrenz zur Regelversorgung dar. Auch im Wettbewerb unter den Krankenkassen untereinander können sich die geschlossenen Verträge erheblich auswirken. Deshalb sollte insbesondere beim Abbau von Vertragshemmnissen darauf geachtet werden, dass die geschlossenen Verträge keine Rechtsverstöße zur Folge haben. Dies ist aus unserer Sicht am effektivsten durch die bisherige präventive Aufsichtsführung mit Vorlagepflicht möglich. Zwar sieht die Neufassung von § 71 Absatz 4 SGB V bei erheblichen Rechtsverstößen die Möglichkeit vor, unmittelbar Maßnahmen zu ergreifen, die für die sofortige Behebung der Rechtsverletzung geeignet sind. Aufgrund der Nachträglichkeit der Prüfung und der Beschränkung auf erhebliche Rechtsverstöße wird eine solche Aufsichtsführung jedoch auf Probleme stoßen. Insbesondere für die Patientinnen und Patienten ist ein ungeprüft wirksamer Vertrag mit Risiken und im Falle eines Rechtsverstoßes mit Unsicherheiten verbunden. Auch Leistungserbringer können ggf. nicht rechtssicher auf den geeinten Vertrag vertrauen und ggf. längerfristig disponieren. Im Gegenzug ist es auch für die Aufsichtsbehörde schwierig zu entscheiden, wann ein Rechtsverstoß so erheblich ist, dass es verhältnismäßig wäre, den Vertrag nachträglich zu beanstanden. Eine präventive Aufsichtsführung erleichtert eine beratende Aufsichtstätigkeit und mindert das Prozessrisiko für die Aufsichtsbehörde und die Vertragsparteien.

1. *§ 92b SGB V n.F.: Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss*

Die Einrichtung eines Innovationsfonds und die Durchführung des Förderverfahrens durch den Gemeinsamen Bundesausschuss werden grundsätzlich begrüßt. Nach § 92b Absatz 1 SGB V n.F. soll ein Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichtet werden, der die Fördergrundsätze festlegt und auch die Förderentscheidungen im Einzelfall trifft. Dem Innovationsausschuss gehören neben Vertretungen des Spitzenverbandes der Krankenkassen u.a. auch Mitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Bundesministeriums für Gesundheit sowie Patientenvertretungen gem. § 140 f SGB V an. Letztere haben ein Mitberatungsrecht.

Aus Sicht Baden-Württembergs ist darüber hinaus eine Beteiligung von Ländervertretungen an dem zu gründenden Innovationsausschuss erforderlich. Die Förderung neuer Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung hängen eng mit dem Thema Bedarfsplanung zusammen, das die Länder unmittelbar berührt. Aus diesem Grund wurde den Ländern im GKV-Versorgungsstrukturgesetz ein Mitberatungsrecht zu den Richtlinien der Bedarfsplanung eingerichtet (§ 92 Abs. 7e SGB V). Eine ähnliche Beteiligung der Länder am Innovationsausschuss wäre daher sicherlich sachdienlich und würde auch dazu beitragen, dass die Länder das Wissen um das Versorgungsgeschehen vor Ort einbringen können.

1. *Nachbesetzungsverfahren gem. § 103 Abs. 3a SGB V*

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die „Kann“-Regelung in § 103 Abs. 3a Satz 3 SGB V zu einer „Soll“-Regelung verschärft wird. Der Zulassungsausschuss wird dadurch in seinem Ermessen, ob er ein Nachbesetzungsverfahren durchführt, stark eingeschränkt. In Kombination mit der bisherigen Regelung in § 103 Abs. 3a Satz 8 SGB V hat die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung sodann dem Vertragsarzt oder seinen Erben ohne weiteres eigenes Ermessen eine Entschädigung in der Höhe des Verkehrswertes der Praxis zu zahlen. Diese Regelung dient dem Eigentumsschutz der Praxisinhaber.

Sicherlich kann die vorgesehene Verschärfung dieses Verfahrens dem Abbau von Überversorgung in einzelnen (fachärztlich) überversorgten Planungsgebieten dienen. Aus diesem Grund fand sie ja auch ihren Niederschlag in der Koalitionsvereinbarung der Bundesregierung.

Das mit der Regelung angestrebte Ziel, die Ärztinnen und Ärzte im Land besser zu verteilen und den hausärztlichen Bereich zu stärken, wird hiermit allerdings nicht stringent bewirkt. Zunächst kann nicht darauf spekuliert werden, dass Ärztinnen oder Ärzte, die sich in einem bestimmten (überversorgten) Bereich niederlassen möchten, sich bei einem Scheitern dieses Planes in einem unterversorgten Gebiet niederlassen werden. Dies zumal bei einer solchen Entscheidung eine Reihe anderer Faktoren, wie z.B. die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Freizeitangebote und die Beschäftigung des Partners ebenfalls eine große Rolle spielen. So kann es sein, dass andere Optionen (Krankenhaus, Pharmaindustrie etc.) genutzt werden und die Ärztin oder der Arzt dem niedergelassenen Bereich ganz verloren geht. Darüber hinaus wird durch den Abbau von Fachärzten in überversorgten Gebieten nur selten der hausärztliche Bereich gestärkt werden, da hierfür eine „Umschulung“ der betroffenen Fachärzte erforderlich wäre.

Die Regelung würde zwar zu einem Abbau von fachärztlicher Versorgung in überversorgten Gebieten führen, zu berücksichtigen ist jedoch, dass gerade in städtischen Gebieten das ggf. unterversorgte Umland häufig mitversorgt wird. Ginge nun diese Mitversorgung verloren, ohne dass im Gegenzug ein Ausgleich in anderen Gebieten erfolgen würde, kann dies zu einer Verschärfung der Versorgungssituation insgesamt führen.

Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die zu zahlenden Entschädigungen letztendlich aus den Mitgliederbeiträgen finanzieren muss. Dies kann bei einer Regelung ohne eigenes Ermessen der Kassenärztlichen Vereinigungen durchaus zu einer erheblichen Mehrbelastung der einzelnen Mitgliedsärzte führen und letztendlich ein zusätzliches nicht unwesentliches Niederlassungshemmnis darstellen.

Letztendlich wird es bei dieser Regelung entscheidend darauf ankommen, ab welchem Grad der Überversorgung sie tatsächlichen greifen soll. Die Grenze bei 110 Prozent anzusetzen, wäre aus unserer Sicht eindeutig zu niedrig. Allein in Baden-Württemberg wären in diesem Fall knapp 3000 Arzt- und Psychotherapeutensitze betroffen.

1. *Ermächtigungsmöglichkeit für Rehakliniken bei den geriatrischen Institutsambulanzen in § 118 a SGB V*

Baden-Württemberg würde es begrüßen, wenn über die Regelungen des Gesetzentwurfes hinaus der bedarfsabhängige Ermächtigungstatbestand nach § 118 a SGB V um geriatrische Rehabilitationskliniken und dort angestellte Ärztinnen und Ärzte mit entsprechender geriatrischer Weiterbildung erweitert würde.

Der durch das Psychiatrieentgeltgesetz eingefügte und am 01.01.2013 in Kraft getretene § 118 a SGB V zielt auf eine qualitative Steigerung der vertragsärztlichen geriatrischen Versorgung. Durch die Nutzung der ärztlich geriatrischen Kompetenz der Krankenhäuser und die Schaffung einer strukturierten und koordinierten ambulanten Versorgung soll eine bessere Behandlung derjenigen Patienten erzielt werden, die aufgrund ihrer geriatrie-typischen Multimorbidität einen dringenden ambulanten Versorgungsbedarf haben, die aber aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe mit den verfügbaren Qualifikationen und Versorgungsstrukturen derzeit nicht ausreichend ambulant ersorgt werden können.

Die hierfür erforderliche ärztlich-geriatrische Kompetenz ist oftmals besonders an spezialisierten krankenhausstationären Einrichtungen vorzufinden. Ebenso haben sich jedoch auch stationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtungen auf diese Patientinnen und Patienten und deren besonderen Bedarfe personell eingerichtet. Die Möglichkeit, auch diese Einrichtungen bzw. die dort angestellten Ärztinnen und Ärzte für die Versorgung nach § 118 a SGB V miteinzubeziehen, soll die weiteren dort vorhandenen ärztlichen Ressourcen auch für die ambulante Versorgung erschließen und somit ggf. bestehende Versorgungslücken beheben.

Mit freundlichen Grüßen

gez.

Dr. Vierheilig

Ministerialdirigentin