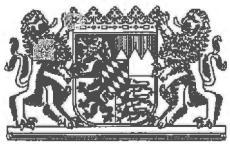
Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege



StMGP - Postfach 80 02 09 - 81602 München

Bundesministerium für Gesundheit
53107 Bonn

Vorab per Email an:
221@bmg.bund.de

Ihre Nachricht	Unser Zeichen	Telefon +49 (89) 540233-355	München
	G35e-K4301-2014/1-51	Florian Winzen	07.11.2014
		Florian.Winzen@stmgp.bayern.de	

Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu dem von Ihnen mit Schreiben vom 21.10.2014 übermittelten Gesetzentwurf nimmt das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege wie folgt Stellung:

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ist nach dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz ein weiterer, wichtiger Schritt für die zukünftige Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Deutschland und gerade für Bayern als Flächenland von besonderer Bedeutung.

Der Referentenentwurf stellt in weiten Teilen eine sachgerechte Umsetzung der im Koalitionsvertrag enthaltenen Vereinbarungen dar. Folgende Punkte sind aus bayerischer Sicht **besonders zu begrüßen**:

- Vor dem Hintergrund kontinuierlich sinkender Weiterbildungsquoten für Facharztgruppen, die eine spätere Tätigkeit als Hausarzt ermöglichen, stellen die

Standort
Haidenauplatz 1
81667 München

Öffentliche Verkehrsmittel
S-Bahn - Ostbahnhof
Tram 19 - Haidenauplatz

Telefon
+49 89 540233 – 0
Telefax
+49 89 54023390 - 999

E-Mail
poststelle@stmgp.bayern.de
Internet
www.stmgp.bayern.de

aufgestockte Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin sowie die im Gesetzentwurf für diesen Bereich enthaltenen Klarstellungen wichtige und erfolgversprechende Maßnahmen dar, um die deutschlandweit erforderliche Nachwuchsgewinnung im hausärztlichen Bereich zu unterstützen. Auf dieser Basis besteht die begründete Hoffnung, dass sich zukünftig wieder mehr angehende Mediziner für eine Weiterbildung zum Allgemeinarzt entscheiden werden.

- Der Referentenentwurf sieht zudem ein ganzes Bündel an **Maßnahmen** vor, die den Selbstverwaltungspartnern und insbesondere den KVen helfen können, **der** mitunter **bestehenden Fehlverteilung von Ärzten** gezielter als bisher **entgegenzuwirken** – seien es die zukünftig flexibleren Förderungsmöglichkeiten aus dem Strukturfonds, zusätzliche Anreize zur Niederlassung in schwächer versorgten Gebieten, etwa durch den Wegfall der Zulassungsgebühren, sowie die Möglichkeit zur flexibleren Anordnung von Zulassungsbeschränkungen zur Niederlassungssteuerung auch schon im Falle drohender Unterversorgung.

- Positiv sind zudem insbesondere die **zahlreichen unmittelbaren Verbesserungen im Leistungsangebot für die Versicherten** zu sehen, sei es durch das vorgesehene effektivere Entlassmanagement der Krankenhäuser, den Ausbau der strukturierten Behandlungsprogramme oder die Schaffung spezieller Medizinischer Behandlungszentren für Menschen mit geistigen Behinderungen oder schweren Mehrfachbehinderungen.

- Gleiches gilt grundsätzlich auch für die **Regelungen zur Verkürzung der Wartezeiten** der Patientinnen und Patienten **auf einen Behandlungstermin**. So stellt neben der Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Weiterentwicklung der Psychotherapierichtlinie auch die Regelung zu den bei den KVen einzurichtenden Terminservicestellen eine grundsätzlich sachgerechte Umsetzung des im Koalitionsvertrag hierzu enthaltenen politischen Kompromisses dar. Es erschiene allerdings **wünschenswert** und – im Hinblick auf die ortsnah zumeist vorhandene höhere Sachkompetenz – sinnvoll, im Rahmen dieser Regelung auch von den Terminservicestellen **regional abweichende Organisationslösungen zuzulassen**, soweit diese ebenfalls in allen medizinisch indizierten Fällen eine fachärztliche Behandlung innerhalb gleicher Frist gewährleisten.

Einige weitere, im Referentenentwurf enthaltene Regelungen sind zwar von ihrer Zielrichtung grundsätzlich ebenfalls zu begrüßen, haben aus bayerischer Sicht **im Detail** einigen **Klarstellungs-, Korrektur- oder Ergänzungsbedarf**:

- Ausdrücklich begrüßen wir die vorgesehene Schaffung des im Koalitionsvertrag vereinbarten **Innovationsfonds** zur Förderung neuer Versorgungsformen und der Versorgungsforschung. Auch auf Grund seines sektorenübergreifenden Ansatzes wird der Fonds sicherlich einen positiven Beitrag zur dauerhaften Verbesserung von Qualität und Effizienz der Patientenversorgung leisten. Trotz dieser zu erwartenden positiven Auswirkungen bedarf die konkrete Ausgestaltung des Innovationsfonds folgender Korrekturen:

  - Die dem Fonds zur Verfügung stehenden Mittel werden im Rahmen der vorgesehenen Finanzierung durch die Krankenkassen sowie aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgebracht. Damit sollte auch eine **regional ausgewogene Verteilung der Förderprojekte und** damit der **Finanzmittel** des Fonds sichergestellt werden. Es muss insoweit gesetzlich sichergestellt werden, dass der Innovationsfonds nicht als ein Umverteilungsmechanismus für eine (verdeckte) Subventionierung bestimmter Regionen zu Lasten anderer Länder und der dortigen Beitragszahler zweckentfremdet werden kann.

  - Das Antrags- und Mitberatungsrecht von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen wird ausdrücklich begrüßt. Zugleich sollte aber auch – entsprechend der Länderbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu Fragen der Bedarfsplanung (§ 92 Abs. 7e SGB V) – ein **Antrags- und Mitberatungsrecht der Länder** vorgesehen werden. Die Entwicklung innovativer, sektorenübergreifender Versorgungsmodelle sowie Erkenntnisse der Versorgungsforschung auf regionaler Ebene weisen eine der Bedarfsplanung vergleichbare Relevanz für Entscheidungsprozesse in den Ländern auf, so dass deren Einbeziehungen in die Entscheidungsfindung auf Bundesebene auch in diesem Bereich konsequent und erforderlich erscheint.

  - Zudem sollte gesetzlich klargestellt werden, dass die **Mitglieder im Innovationsausschuss weisungsunabhängig** entscheiden. Für vergleichbare Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung und insbesondere für den Gemeinsamen Bundesausschuss als solches ist dies an vielen Stellen des Gesetzes bereits festgelegt (z.B. § 90 Abs. 3 S. 2; § 91 Abs. 2 S. 13 HS 2; § 96 Abs. 2 S. 4 SGB V). Eine fehlende Klarstellung könnte vor diesem Hintergrund dahingehend missinterpretiert werden, dass im Rahmen des Innovationsfonds eine Weisungsabhängigkeit der in den Innovationsausschuss entsandten Vertreter gerade gewollt sei.

- Vor dem Hintergrund des Ziels einer verbesserten Förderung von **anerkannten Praxisnetzen** sollte auch klargestellt werden, dass diese **selbstständig antragsberechtigt** sind. Bislang besteht hier eine rechtliche Unklarheit, ob anerkannte Praxisnetze auf Grund der Formulierung in § 92a Abs. 1 Satz 4 neu als Verbund von Vertragsärzten unter den Kreis der in der Vorschrift genannten Antragsberechtigten subsumiert werden können. Anerkannte Praxisnetze erscheinen indes besonders geeignet, auf Grund ihres jeweiligen „Know-Hows" aus der Anwenderpraxis Beiträge zu neuen Versorgungsformen liefern bzw. auf Grund der bei ihnen fachübergreifend vorliegenden Daten gerade im Hinblick auf regionale Morbiditätsfragen Forschungsprojekte selbst durchführen zu können.

- Die durch den Gesetzesentwurf vorgesehene **Neukonzipierung der Wirtschaftlichkeitsprüfung** erscheint ebenfalls grundsätzlich sehr gut geeignet, die in der Ärzteschaft und gerade in den Kreisen des ärztlichen Nachwuchses bestehenden Regressängste mittelfristig zu beseitigen. Die Regelung scheint damit geeignet, die häufig vorgebrachte, von den Wirtschaftlichkeitsprüfungen ausgehende, Abschreckungswirkung im Hinblick auf die Arztniederlassung zu minimieren. Sie setzt im Wesentlichen auch die Vorgaben aus dem Koalitionsvertrag um und stärkt den Handlungsspielraum der Selbstverwaltungspartner auf Landesebene.

  Kritisch anzumerken ist jedoch, dass die im Koalitionsvertrag nicht angelegte, nun vorgesehene **Richtlinienkompetenz der Bundesebene** genau diesen Handlungsspielraum auf Landesebene wieder über Gebühr einschränken könnte – zumal gesetzlich nicht vorgegeben und damit nicht absehbar ist, in welcher Detailtiefe die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene von dieser Richtlinienkompetenz Gebrauch machen werden. Darüber hinaus werfen die Regelungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen aber auch einige **rechtstechnische Fragestellungen** auf. So scheint es, dass die in Folge Art. 18 durch Art. 1 Nr. 12 und Nr. 23 vorgesehene Änderung der §§ 64a Absatz 1 Satz 8 sowie § 84 SGB V bereits am Tag nach Verkündung des GKV-VSG de facto zu einer Aussetzung der Richtgrößenprüfung für die Zeit bis 31.12.2016 führen könnte. Wir regen daher an, zu überprüfen, ob die vorgesehenen Änderungen nicht ggf. in Artikel 2 des GKV-VSG verschoben werden sollten. Zudem blieb der Normverweis in § 106a Absatz 4 Satz 2 SGB V (neu) auf § 106 Absatz 2 Satz 2 SGB V nicht nachvollziehbar.

- Vor dem Hintergrund einer gerade in einem Flächenstaat wie Bayern besonders anspruchsvollen flächendeckenden Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung wird die bereits im Koalitionsvertrag vereinbarte und im Gesetzentwurf umgesetzte

Ausweitung der ambulanten Versorgungsmöglichkeiten durch **Krankenhäuser in (drohend) unterversorgten Gebieten sowie Gebieten mit einem besonderen lokalen Versorgungsbedarf** hin zu einem **Ermächtigungsanspruch** grundsätzlich begrüßt.

Leider wurde die **Koalitionsvereinbarung** an dieser Stelle aber **nicht vollständig umgesetzt**. So sieht der Koalitionsvertrag neben der Umgestaltung der Regelung von einer „Kann"- in eine „Muss"-Vorschrift auch vor, dass eine **jährliche verbindliche Überprüfung** der Ermächtigungsvoraussetzungen erfolgen muss. Diese Vereinbarung im Koalitionsvertrag ist äußerst sinnvoll, da das zeitweise, für den Fall nicht ausreichender niedergelassener Leistungserbringer gedachte, Versorgungsangebot von Krankenhäusern nicht zu einer dauerhaften „Blockade" nicht besetzter Arztsitze führen darf. Dies wäre ohne jährliche Überprüfung der Ermächtigungsvoraussetzungen aber der Fall, weil über die Anrechnung ermächtigter Krankenhäuser in der ambulanten Bedarfsplanung an sich gewollte Neuniederlassungen gerade in Facharztgruppen mit hohen allgemeinen Verhältniszahlen mittel- und langfristig im Ergebnis ausgeschlossen wären.

- Sehr positiv dürften sich auch die im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen auf die Sicherstellung der **vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten** (Notdienst) auswirken. Insbesondere wird neben der Betonung einer verstärkt kooperativen Durchführung des Notdienstes die rechtliche Klarstellung im neu einzufügenden § 75 Abs. 1b SGB V begrüßt, nach der zur Sicherstellung Notdienstversorgung auch Nicht-Vertragsärzte auf Grund einer Kooperationsvereinbarung mit der jeweiligen KVen teilnehmen können. Hierdurch werden bislang bestehende Rechtsunsicherheiten beseitigt und den KVen dadurch die Wahrnehmung des diesbezüglichen Sicherstellungsauftrags erleichtert.

  Diese **Klarstellung sollte** allerdings auch **auf den Notarztdienst ausgeweitet werden**, soweit dieser auf Grund landesrechtlicher Bestimmung nach § 75 Abs. 1 Satz 2 Alt. 3 SGB V (zukünftig § 75 Abs. 1b Satz 1 Alt. 3 SGB V-RE) Teil des Sicherstellungsauftrages der jeweiligen KV ist. Dies ist u.a für die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns besonders relevant, weil in Bayern von dieser bundesgesetzlichen Öffnungsklausel durch das Bayerische Rettungsdienstgesetz Gebrauch gemacht wurde.

- Die **Neuregelungen von integrierten und selektiven Versorgungsformen** sowie deren Zusammenführung als „Besondere Versorgung" im Sinne von § 140a SGB V-RE stellt einen deutlichen Schritt zur Deregulierung und Entbürokratisierung dar; sie

dienen damit der Verfahrensvereinfachung und werden als solche uneingeschränkt unterstützt.

Im Ergebnis unbefriedigend erscheint jedoch, dass in Folge der Wiederabschaffung der präventiven Rechtsmäßigkeitskontrolle gemäß § 71 Abs. 4 und 5 SGB V-RE gerade diejenigen für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder Verträge der Besonderen Versorgung zukünftig nicht mehr übermittelt bekommen, die die Aufsicht über die vertragsschließende Krankenkasse führen. § 71 Abs. 5 SGB V hatte im Zusammenspiel mit § 71 Abs. 4 SGB V bislang gerade den Sinn, allen für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder einen möglichst vollständigen Überblick über das selektive Versorgungsgeschehen in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich zu verschaffen. Dieser Überblick wäre auch weiterhin gerade für die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde eines Landes im Hinblick auf die unter ihrer Aufsicht stehenden Krankenkassen sinnvoll und erforderlich. Um weiterhin die beabsichtigte Abkehr von einer präventiven Rechtmäßigkeitskontrolle erreichen zu können, wird insoweit **angeregt**, eine **Regelung** zu finden, die einerseits **die Information der zuständigen Aufsichtsbehörde über die Existenz eines Vertrages gewährleistet und andererseits keine Verpflichtung zur unmittelbaren Rechtsprüfung auslöst** (z.B. Übermittlung einer „Checkliste zur Versorgungsrelevanz").

- Auch die Einführung eines Anspruchs auf **ärztliche Zweitmeinung bei planbaren Operationen** (§ 27b SGB V-RE) stellt grundsätzlich eine sachgerechte Umsetzung des Koalitionsvertrages dar. Auf diese Weise können sowohl die Versicherten als auch das System der Gesetzlichen Krankenversicherung vor unnötigen Eingriffen bewahrt werden.

  Ein gewisser Widerspruch scheint jedoch zwischen dem Regelungs- und dem Begründungsteil des Referentenentwurfes zu bestehen. Nach § 27b Abs.4 SGB V-RE müssen die KVen und die Landeskrankenhausgesellschaften über die zur Erbringung einer Zweitmeinung **geeigneten und bereiten Leistungserbringer** informieren. Der Begründungsteil (S. 71) hingegen spricht nur von der Information über geeignete Leistungserbringer. Zudem bleibt unklar, ob geeignete Leistungserbringer bei der Wahl durch einen Versicherten **zur Erbringung einer Zweitmeinung verpflichtet** sind. Eine weitere rechtliche Unklarheit besteht im Zusammenhang mit der Regelung des § 87 Abs. 2a Satz 11 SGB V-RE. Danach sollen Versicherte die Leistung nach § 27b SGB V-RE im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 1 SGB V in Anspruch nehmen können, sofern drei Monate nach Inkrafttreten der Bestimmungen des G-BA nach § 27b Abs. 2

SGB V-RE noch keine Regelung im EBM für ärztliche Leistungen getroffen wurde. Offen bleibt, ob damit eine Inanspruchnahme im Wege der **Kostenerstattung nach § 13 Abs. 1 SGB V innerhalb der Dreimonatsfrist** ausgeschlossen werden soll. **Zu den genannten Punkten werden rechtliche Klarstellungen angeregt.**

- Die in § 116 Abs. 8 SGB V-RE vorgesehene **erweiterte Bestandsschutzregelung für Krankenhäuser**, die über eine Bestimmung zur **ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V** in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung verfügen, ist aus Sicht der Patienten auf den ersten Blick positiv zu werten. Denn dadurch wird den Patienten bei den hier in Rede stehenden, schweren und seltenen Erkrankung eine langfristigere Behandlungskontinuität ermöglicht.

  Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass nach der vorgesehenen Regelung Krankenhäuser auf Grund der früheren Richtlinie des G-BA ihr Versorgungsangebot auch dann weiterhin unverändert fortführen und sich auf den erweiterten Bestandsschutz berufen könnten, wenn der G-BA im Rahmen einer neuen Richtlinie für das entsprechende Krankheitsbild neue wissenschaftliche Erkenntnisse als Qualitätsstandard umsetzt. Dies würde u.U. sogar dann noch gelten, wenn auf Grund der neuen Erkenntnisse die früheren Qualitätsstandards ggf. sogar als gefährlich anzusehen wären. Vor allem langfristig gesehen kann es hier zu **Konflikten mit dem berechtigten Interesse von Patientinnen und Patienten an einer** qualitativ hochwertigen und **stets dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik entsprechenden medizinischen Versorgung** kommen. Die Regelung sollte unter diesem Gesichtspunkt daher nochmals überdacht und ggf. nachjustiert werden.

- Im Hinblick auf den nach § 130 Abs. 1 SGB V-RE dauerhaft fixierten gesetzlichen Kassenabschlag sollte nochmals eine **jährliche Überprüfung des Festzuschlags bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln** erwogen werden. Die Berechnung des Festzuschlags sollte dabei in transparenter Form und nicht auf Basis nicht mehr aktueller Daten des Statistischen Bundesamts erfolgen. Auf Grund des § 130 Abs. 1 SGB V-RE ginge die Möglichkeit der Honoraranpassung im Rahmen der Selbstverwaltung verloren, sodass die Überprüfung des Festzuschlags als das einzige Regulativ zur Anpassung des Apothekerhonorars an die laufende Kostenentwicklung erscheint.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass die in § 87a SGB V –RE enthaltene Regelung mit Verwunderung zur Kenntnis genommen wurde. Die in dem Entwurf bereits abschließend vorgesehene Regelung einer Konvergenz der vertragsärztlichen Vergütung scheint weder mit dem Wortlaut noch der Intention des Koalitionsvertrags in Einklang zu stehen. In diesem ist zunächst ein entsprechender Prüfauftrag vereinbart worden. Nach der nun vorgesehenen Regelung würde eine **vorgeschaltete** Prüfung der Ursachen bestehender Honorarunterschiede und deren Rechtfertigung durch unterschiedliche Versorgungsstrukturen jedoch unterbleiben. Die alternativ vorgesehene **nachgelagerte** Prüfung im Rahmen der Honorarverhandlungen durch die regionalen Selbstverwaltungspartner kann dies nicht ausgleichen, da sie intransparent und manipulationsanfällig erscheint. Die in der Gesetzesbegründung genannten Beispiele für die Unbegründetheit von Honorarunterschieden scheinen zudem auf tatsächliche Gegebenheiten in bestimmten KV-Regionen zugeschnitten. Vor diesem Hintergrund besteht die Gefahr, dass die dortigen Prüfungsergebnisse zur Unbegründetheit von Honorarunterschieden bereits vorgezeichnet sind.

Aus bayerischer Sicht sollte daher weiterhin zunächst der im Koalitionsvertrag vereinbarte Prüfauftrag abgearbeitet werden, bevor eine endgültige Regelung getroffen wird. Unabhängig davon muss aber in jedem Fall sichergestellt werden, dass eine wie auch immer geartete Konvergenz nicht zu einer Gefährdung der bestehenden Versorgungsstrukturen in Bayern und anderen KV-Regionen führen darf. Mittelabflüsse zu Lasten der Honorare der dort tätigen Vertragsärzte müssen effektiv ausgeschlossen werden. Der bislang im Entwurf enthaltene bloße Programmsatz, dass Umverteilungen zu Lasten anderer KV-Regionen auszuschließen seien, scheint hierfür vor dem Hintergrund größtenteils bundesweit agierender und mit begrenzten Finanzmitteln ausgestatteter Krankenkassen keine hinreichende Gewähr zu bieten. Mechanismen, die dies tatsächlich gewährleisten könnten, sind derzeit jedenfalls nicht ausreichend klar erkennbar.

Im Hinblick auf die genannten Umstände sollte die in § 87a SGB V-RE enthaltene Regelung zur Konvergenz der vertragsärztlichen Vergütung einer nochmaligen Prüfung und Überarbeitung unterzogen werden.

Mit freundlichen Grüßen

G. Hörl

Hörl
Ministerialdirigentin