

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0188(37)

gel. VB zur öAnhörung am 19.10.

11_VStG

13.10.2011



Gereonshaus
Gereonstraße 18 - 32
50670 Köln

12.10.2011/sue

Telefon +49 221 3771-0
Durchwahl 3771-1 99
Telefax +49 221 3771-7 09

E-Mail

manfred.wienand@
staedtetag.de

Bearbeitet von

Dr. Manfred Wienand

Aktenzeichen

53.05.20

Deutscher Städtetag · Gereonstraße 18 - 32 · 50670 Köln

Frau Vorsitzende
Dr. Carola Reimann, MdB
Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

per E-Mail: katharina.lauer@bundestag.de

Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)
BT-Drucksache 17/6906

Ihr Schreiben vom 6. Oktober 2011; Geschäftszeichen: PA 14 – 5410-53

Sehr geehrte Frau Dr. Reimann,

vielen Dank für Ihr o.g. Schreiben und die Gelegenheit für eine schriftliche Stellungnahme. Innerhalb der gesetzten Frist äußern wir uns zu dem vorgelegten Gesetzentwurf sowie zu den weiteren Änderungsanträgen wie folgt:

I. Zielsetzung und allgemeine Ausrichtung

In der Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung der Bevölkerung sehen wir nicht nur ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen, sondern auch einen Kernbereich umfassender Daseinsvorsorge. Die bestehenden und weiter zu entwickelnden gesundheitlichen Versorgungsstrukturen haben die Qualität eines wichtigen Standortfaktors für die in Städten, Gemeinden und Kreisen lebenden Menschen. Die Entwicklung des gesundheitlichen Versorgungsbedarfs einer alternden Bevölkerung erfordert eine vorausschauende Anpassung der Rahmenbedingungen für die Erbringung notwendiger Gesundheitsdienstleistungen.

Deshalb begrüßen wir die im Gesetzentwurf aufgeführten grundsätzlichen Zielsetzungen, fügen jedoch dem Ziel der „Stärkung wettbewerblicher Instrumente“ hinzu, dass auch für akuten Versorgungsbedarf zum Beispiel bei potentiell tödlichen Infektionskrankheiten oder im Katastrophenfall ausreichend Reserven insbesondere auch von den Krankenhäusern vorgehalten werden müssen, die eine ortsnahe medizinische Versorgung in Notfallsituationen überhaupt erst realisierbar werden lassen.

Als einen Mangel des Gesetzentwurfs sehen wir deshalb an, dass für die bedarfsgerechte Versorgung der Patienten wichtige Themen im Gesetzentwurf nicht berücksichtigt werden, wie die Finanzierung unvorhersehbarer Mehrleistungen bei unabdingbarem Versorgungsbedarf (Beispiel: EHEC/HUS-Infektionskrise) und die Finanzierung spezialisierter Versorgungsangebote bei seltenen Krankheiten. Auch die Finanzierung sich abzeichnender Tarifsteigerungen und die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung harrt einer angemessenen Berücksichtigung.

Für grundsätzlich notwendig halten wir dagegen insbesondere die vorgesehene flexiblere Ausgestaltung des Planungs- und Zulassungssystems in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Dadurch eröffnen sich auch für kommunale Krankenhäuser bei lokalem und qualifikationsbezogenem Versorgungsbedarf zusätzlich Möglichkeiten zur Einbeziehung in die ambulante Versorgung. Dies gilt insbesondere auch für große städtische Kliniken, die ein wesentlicher Garant für die Versorgungssicherheit in der ganzen Region sind und für den ländlichen Raum eine zentrale Versorgungsfunktion auf medizinisch hohem Niveau erfüllen. Ein nicht unbedeutender Teil ihres Leistungsangebots entfällt auf hochspezialisierte und komplexe medizinische Leistungen, deren Vergütung allerdings häufig nicht im notwendigen Umfang durch entsprechende Ermächtigungen gedeckt werden kann.

Ebenso wie die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) begrüßen wir, dass die ambulanten spezialärztlichen Leistungen auf eine qualitätsorientierte, wettbewerbliche Grundlage gestellt werden sollen, mit gleichen Bedingungen für niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser und dass hierbei die Versorgungsperspektive der Patientinnen und Patienten ausschlaggebend sein soll. Damit unvereinbar wären einseitig den Krankenhäusern auferlegte Kooperationsverpflichtungen mit ambulanten Leistungserbringern, z. B. für spezialärztliche onkologische Leistungen. Eine Zulassung zur ambulanten Leistungserbringung wäre den Krankenhäusern danach nur möglich, wenn sie entsprechende Kooperationsvereinbarungen nachweisen könnten.

Grundsätzlich sinnvoll erscheinende Ergänzungen des Leistungsspektrums der gesetzlichen Krankenkassen, wie z. B. im Bereich des Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung (Art. 1 Nr. 8, § 39 Abs. 1 SGB V), sind kaum realitätsadäquat, weil sie nur wirksam sein können, wenn weitere tatsächliche Voraussetzungen erfüllt sind, wie z. B. die zeitnahe Erreichbarkeit, Kooperation und Entscheidungsbereitschaft insbesondere durch die zuständigen Kostenträger für Rehabilitation und Pflege. Aber gerade daran mangelt es in der Praxis.

Soweit nachfolgend nicht ausdrücklich angesprochen, beziehen wir uns bezüglich der Interessenlage der Krankenhäuser durchgängig auf die Aussagen in der Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft, an deren Erarbeitung wir in den Gremien der DKG mitgewirkt haben. Darüber hinaus gehen wir insbesondere auf kommunalrelevante Versorgungsaspekte ein.

II. Zu einzelnen Neuregelungen

- Zu Art. 1 Nr. 8 - § 39 Abs. 1 Sätze 4-6 SGB V (Entlassmanagement)

Die ergänzende Konkretisierung des Leistungsspektrums der Krankenhausbehandlung um das Entlassmanagement wird für grundsätzlich sinnvoll erachtet, muss aber berück-

sichtigen, dass die Klärung der Voraussetzungen für die Nachsorge nach einem Krankenhausaufenthalt z. B. in häuslicher Krankenpflege (§ 37 SGB V), Anschlussrehabilitation oder pflegerischer Betreuung - ambulant oder stationär - in hohem Maße von der Kooperationsbereitschaft, Erreichbarkeit und zügigen Entscheidung der zu beteiligten Leistungsträger abhängt. Damit wird deutlich, dass mögliche Probleme beim Übergang aus der Krankenhausbehandlung nicht den Krankenhäusern angelastet werden dürfen. Das Mitwirkungserfordernis durch die Leistungsträger und durch ambulante Dienste und Einrichtungen sollte im Regelungstext berücksichtigt und ergänzt werden, damit nicht der Anschein entsteht, es handele sich um eine einseitige Verpflichtung zur Leistungserbringung.

- Zu Art. 1 Nr. 14 - § 75 Abs. 1 SGB V

Sachgerecht ist, dass durch den neu eingefügten Satz 2 erreicht werden kann, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen ihren Notdienst auch durch Kooperationen und eine organisatorische Verknüpfung mit Krankenhäusern sicherstellen können. Generell sollte im SGB V angelegt sein, dass Kooperationen des ärztlichen Notdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem kommunal verantworteten Rettungsdienst, die bereits in verschiedener Form bestehen, ermöglicht werden, auch in Kooperation mit den örtlichen Krankenhäusern.

- Zu Art. 1 Nr. 28 - § 90a SGB V

Das in dem neuen § 90a SGB V vorgesehene „Gemeinsame Landesgremium“ halten wir für zielführend. Landesrechtlich muss umgesetzt werden, dass die Städte und Kreise an den Erörterungen dieses Landesgremiums mit Sitz und Stimme mitwirken können. Bundesgesetzlich könnten die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene als Mitglieder des „Gemeinsamen Landesgremiums“ genannt werden, um deren Beteiligung auf Landesebene vorzusehen.

- Zu Art. 1 Nr. 31 - § 95 SGB V (MVZ)

Nicht hinnehmbar wäre, wenn durch die vorliegende Formulierung eine Beschränkung bei der Gründungsform Medizinischer Versorgungszentren stattfindet, die Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft die Option einer Gründung oder die Beteiligung an einer Gründung verwehrt. Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft ist es generell nicht möglich, z. B. eine für die Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums erforderliche Bürgschaftserklärung in unbestimmter Höhe abzugeben. Auch die Möglichkeit, ein Medizinisches Versorgungszentrum als unselbständigen Betriebsteil zu gründen, wird durch die im Entwurf gewählte Formulierung ausgeschlossen.

Diese Benachteiligung von Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft steht im eklatanten Widerspruch zu dem insbesondere von Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft in den Regionen wahrgenommenen Sicherstellungsauftrag, z.B. auch in der ambulanten neurologischen und psychiatrischen Versorgung zur Vermeidung stationärer Aufenthalte. Wir erwarten dringend eine sachgerechte Änderung zur Realisierung der Option zur Gründung Medizinischer Versorgungszentren entsprechend der für gemeinnützige Träger getroffenen Regelung. Die Optionsmöglichkeit für öffentliche Träger steht im Übrigen dem Ausschluss von Aktiengesellschaften als Rechtsform nicht im Wege.

Generell muss die Möglichkeit Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu errichten, zumindest in strukturschwachen Räumen erleichtert werden. Es wird eine große Vielfalt an Möglichkeiten benötigt, um als einzelner Träger oder in verschiedenen Kooperationsformen die Versorgung zu sichern. Mögliche Kooperationsformen könnten Rechtsformen der Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten untereinander, Einrichtungen der KV mit angestellten Ärzten oder der KV gemeinsam mit Krankenhaus und/oder Kommunen sein. Eine Beschränkung auf wenige Modelle mit oft erschwerten Zugangs- oder Rahmenbedingungen, die häufig auch in der zu wählenden Form auf die Situation vor Ort nicht passen oder nicht umsetzbar sind, erschwert die Versorgung unnötig.

Eine besondere Restriktion für kommunale getragene MVZ stellt jedenfalls die aufgrund von kommunalrechtlichen Vorschriften fehlende Möglichkeit einer unbeschränkten Bürgerschaft für ein MVZ dar; diese Beschränkung ist zu korrigieren.

- Zu Art. 1 Nr. 34 - § 99 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V (Bedarfsplan)

Die vorgesehenen Ergänzungen der Regelungen zum Bedarfsplan ermöglichen eine Abweichung von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, soweit dies zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demographie und Morbidität notwendig ist. Die Möglichkeit, zugunsten regionaler Erfordernisse von bundesweit geltenden Vorgaben abzuweichen, wird aus kommunaler Sicht ausdrücklich begrüßt und sollte in der praktischen Handhabung auch tatsächlich zeitnah Berücksichtigung erfahren können.

- Zu Art. 1 Nr. 37 - § 105 SGB V (Eigeneinrichtungen kommunaler Träger)

Aus kommunaler Interessenlage wird ein Betreiben von Eigeneinrichtungen zur ambulanten ärztlichen Versorgung zwar nicht im Sinne eines regelhaften, üblichen Verfahrens verfolgt. In begründeten Ausnahmefällen sollte jedoch die adäquate Versorgung der örtlichen Bevölkerung bei fehlenden Alternativen den Vorrang haben, so dass dann auch von kommunaler Seite Eigeneinrichtungen betrieben werden können.

Allerdings halten wir - wenn die Voraussetzungen, wie beschrieben, vorliegen – es für sachwidrig, dass die Gründung einer solchen Eigeneinrichtung von der Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung abhängig sein soll. In der Regelung des § 105 SGB V soll dem Entwurf zufolge auch ein Vorrang für Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen festgeschrieben werden. Diese Prioritätenfolge bei der möglichen, nur ausnahmsweise zu prüfenden Option, ist abzulehnen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind in erster Linie Abrechnungsstellen und daher gerade nicht für den Betrieb solcher Einrichtungen vorzusehen. Wenn solche Einrichtungen in Ausnahmefällen überhaupt eingerichtet werden sollten, wäre vielmehr den kommunalen Trägern die Möglichkeit für ein entsprechendes Engagement einzuräumen, zumal sie auch die Risiken zu tragen haben. Eine Abhängigkeit von Entscheidungen der KV'en darf dann nicht bestehen.

Wir sprechen uns deshalb nachdrücklich für den Vorrang des Interesses kommunaler Träger aus, soweit kommunale Gebietskörperschaften - als ultima ratio – von der ihnen eingeräumten Option Gebrauch machen wollen.

- Zu Art. 1 Nr. 43 - § 116 a SGB V (Ausweitung der Ermächtigungsmöglichkeiten für Krankenhäuser)

Die hier beabsichtigte Neuregelung wird von uns für sachgerecht gehalten, stellt sie doch eine Verbesserung der Versorgung der Bürger und Versicherten dadurch da, dass nunmehr auch die in den Krankenhäusern tätigen Ärztinnen und Ärzte mit ihren vorhandenen Qualifikationen in die vertragsärztliche Versorgung eingebunden werden können, wenn der Landesausschuss entsprechende Feststellungen getätigt hat. Wir halten diese Neuregelung für geeignet, eine Verbesserung der Versorgung in unterversorgten Gebieten mit zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf zu erreichen.

- Zu Art. 1 Nr. 44 - § 116 b SGB V (Ambulante spezialärztliche Versorgung)

Wir begrüßen besonders, dass Krankenhäuser durch diese Bestimmung grundsätzlich für die Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung zugelassen werden sollen und dass hierfür die Landesbehörden als zuständige Stellen für die Zulassung vorgehen sind. Wir wenden uns jedoch dagegen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen in das Prüfungsgeschehen durch die Prüfungsstellen einbezogen werden sollen. Hier müssten die vorgesehenen Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung durch entsprechende Krankenhausvertreter ersetzt werden, da ansonsten eine Benachteiligung von Krankenhäusern gegenüber den Vertragsärzten, die das originäre Klientel der Kassenärztlichen Vereinigungen darstellen, zu befürchten steht. Auch insoweit verweisen wir auf die ausführliche Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

Ursprünglich wurden im Vorfeld des jetzt vorgelegten Referentenentwurfs Regelungen zur Aus- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten in Richtung einer Verbesserung der Nachwuchsgewinnung und einer Förderung von Medizinstudenten diskutiert, die in dem jetzt vorgelegten Entwurf dann letztlich aus anderen Gründen nicht aufgenommen wurde. Auch wenn Regelungen für diesen Bereich möglicherweise in einer eigenen Regelung auf Gesetzes- oder Verordnungsebene nachgereicht wird, möchten wir die Dringlichkeit derartiger Maßnahmen unterstreichen.

Hinsichtlich des Änderungsantrages 26 der Fraktionen CDU/CSU und FDP wird die schon bislang bei Vorliegen von bestimmten Voraussetzungen vorgesehene Ermächtigung eines Arztes der Pflegeeinrichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten von uns dem Grunde nach begrüßt. Die in diesem Antrag geforderte Neuregelung einer Genehmigung durch den Zulassungsausschuss wäre jedoch wenigstens zumindest darauf zu überprüfen, ob hierdurch nicht neue Hürden bei der Anstellung von Ärzten tatsächlich errichtet werden. Dass in der Begründung zu diesem Antrag ausgeführt wird, dass die Genehmigung zeitnah zu erteilen sei, reicht möglicherweise nicht aus, um die entsprechende Versorgung auch tatsächlich so zügig wie benötigt sicherzustellen.

III. Ärztlicher und pflegerischer Nachwuchs

Ärztlicher und pflegerischer Nachwuchs in genügender Qualität wie auch Quantität wird dabei nicht nur für den Bereich der Krankenhäuser und der niedergelassenen Ärzte dringend benötigt. Die hiermit zusammenhängenden Fragen spielen auch eine große Rolle für den Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, für die die Kommunen eine besondere Verantwortung tragen und in dem die notwendige Nachbesetzung von Stellen immer schwieriger wird und zunehmend Vakanzen auftreten. Auch die Sicherstellung des Öffent-

lichen Gesundheitsdienstes setzt mithin voraus, dass genügend ärztlicher Nachwuchs vorhanden ist.

Für eine angemessene Berücksichtigung der genannten Aspekte kommunaler Gesundheitspolitik in Ihren weiteren Beratungen wären wir dankbar.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'wienand', is written over a light grey rectangular background.

Dr. Manfred Wienand