



- Betr.: a) Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz)
BT-17/6906
- b) Antrag der Fraktion DIE LINKE
Wirksamere Bedarfsplanung zur Sicherung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung
BT-Drucksache 17/3215
- c) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Wirksame Strukturreformen für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung auf den Weg bringen
BT-Drucksache 17/7190

Hier: **Stellungnahme des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK)**

Zu a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz)
BT-17/6906

1. Grundsätzliches

Der VLK begrüßt die übergeordnete Zielstellung des Gesetzentwurfs, die Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung der Bevölkerung auf Dauer zu gewährleisten und die Steuerung der zur gesundheitlichen Versorgung notwendigen Maßnahmen auf den jeweiligen Bedarf der Menschen vor Ort und die demographische Entwicklung abzustellen.

- 1.1 Der Gesetzgeber weicht damit von der in bislang 162 Gesetzen und Verordnungen zum Bereich der stationären Gesundheitsversorgung, die seit 1972 erlassen worden sind, von seiner traditionellen Vorgehensweise ab, diese angestrebte Zielstellung primär durch Regelungen zum Finanzierungsbereich zu erreichen. Vielmehr stellt der Gesetzgeber nunmehr – und in diesem Umfang wohl auch erstmalig – umfangreiche

strukturelle Veränderungen im Gesamtgefüge der Gesundheitsversorgung in den Mittelpunkt seiner Bemühungen. Dies ist positiv hervorzuheben.

- 1.2 In diesem Zusammenhang sind insbesondere die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen im vertragsärztlichen Bereich zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zu erwähnen, die darauf abzielen, dem Ärztemangel entgegenzuwirken. In diesem Zusammenhang muss aber festgestellt werden, dass der Katalog spürbarer Maßnahmen gegen den Ärztemangel – z. B. durch die Einführung entsprechender Curricula für arztnahe Berufe - noch wirksamer erweitert werden könnte.

In diesem Zusammenhang ist kritisch darauf hinzuweisen, dass der vorliegende Gesetzentwurf zwar Maßnahmen gegen den Ärztemangel vor allem in ländlichen Regionen vorsieht, aber nach Einschätzung des VLK keine wirksamen Regelungen enthält, die darauf abzielen, bestehende Überversorgung vor allem in Ballungsgebieten abzubauen. Das führt im Ergebnis zu einem Anstieg der GKV-Ausgaben für diesen Leistungsbereich mit der Konsequenz steigender Belastung der GKV-Versicherten.

Überdies ist darauf hinzuweisen, dass sich die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Sicherstellung einer flächendeckenden ärztlichen Versorgung ausschließlich auf den vertragsärztlichen Bereich beziehen und keinerlei Maßnahmen zur Behebung des Ärztemangels im Bereich der stationären Versorgung vorsehen. Dies muss aber nach Auffassung des VLK dringend vorgenommen werden, da nach den neusten Erhebungen des „Krankenhausbarometers“ deutlich wird, dass im Krankenhausbereich derzeit 3.800 ärztliche Vollkraftstellen unbesetzt sind.

- 1.3 Auch die vorgesehene strukturelle Veränderung innerhalb des Gemeinsamen Bundesausschusses durch die angedachte Rückverlagerung der Entscheidungen in sektoral-orientierte Abstimmungsgremien ist ein Schritt in die richtige Richtung, auch wenn kritisch anzumerken bleibt, dass dadurch die bislang asymmetrische Stimmverteilung zwischen den Gruppierungen der Leistungserbringer und der Kostenträger nicht aufgehoben wird.
- 1.4 Wenn auch die generelle Stoßrichtung des Gesetzentwurfs positiv zu bewerten ist, geben doch einige der vorgesehenen Einzelregelungen des Entwurfs Anlass zu der Sorge, dass in dem Bemühen um Gewährleistung einer wohnortnahen gesundheitlichen Versorgung für die Bevölkerung der vertragsärztliche Bereich in entscheidenden Punkten ganz offensichtlich zu Lasten der Krankenhausversorgung eine bevorzugte Behandlung erfährt. Böswillige Kommentatoren könnten hier – mit Verlaub – anstelle des Versorgungsstrukturgesetzes von einem „vertragsärztlichen Versorgungsgesetz“ sprechen. Dies manifestiert sich nach Einschätzung des VLK insbesondere – wie nachfolgend dargelegt – bei den Bestimmungen über die vorgesehenen Regelungen zu den MVZs und vor allem bei der konkreten Ausgestaltung der Zulassung zur spezialärztlichen ambulanten Versorgung der Krankenhäuser für onkologische Patienten.

2. Zu ausgewählten Einzelbestimmungen des Gesetzentwurfes

2.1. Zu Nr. 29 (Änderung des § 91 SGB V)

- Der neu eingefügte Abs. 2 a des § 91 SGB V sieht eine sektorbezogene Stimmverteilung im Gemeinsamen Bundesausschuss vor. Dies ist zu begrüßen, da hierdurch sichergestellt wird, dass die Stimmabgabe auf die von der Beschlussfassung sachlich betroffene(n) Leistungserbringerseite(n) beschränkt wird.

Diese Regelung heilt jedoch nicht den grundsätzlichen Mangel der asymmetrischen Stimmenverteilung im Gemeinsamen Bundesausschuss: Es bleibt in der Summe bei 5 Stimmen der Leistungserbringerseite insgesamt. Dies reicht – wie sich in der Vergangenheit gezeigt hat – nicht aus, um die allein auf Kostendämpfung ausgerichteten Initiativen der Kostenträgerseite zu modifizieren, geschweige denn zu verhindern.

- Der neu eingefügte Abs. 10 des § 91 SGB V erlegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss auf, die bei seinen Beschlüssen zu erwartenden Bürokratiekosten zu ermitteln und darzustellen.

Dies ist ebenfalls zu begrüßen, aber nur als erster Schritt in die richtige Richtung anzusehen. Notwendig ist nach Einschätzung des VLK, dass der Gemeinsame Bundesausschuss darüber hinausgehend die durch den Beschluss zu erwartenden Gesamtkosten für die Leistungserbringer und die Solidargemeinschaft beziffert, um auch die finanzielle Tragweite seiner Beschlüsse zu dokumentieren.

2.2 Zu Ziffer 31 (Änderung des § 95 SGB V)

Der neu eingefügte Absatz 1 a des § 95 SGB V sieht in Satz 2 den Bestandsschutz von Medizinischen Versorgungszentren, die vor Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes bereits zugelassenen waren, unabhängig von ihrer Trägerschaft und ihren Rechtsformen vor.

Dies wird allerdings konterkariert durch die neu eingefügten Sätze 3 und 4 in Abs. 6 des SGB V. Dort wird klargestellt, dass Medizinischen Versorgungszentren die Zulassung zu entziehen ist, wenn das MVZ nicht innerhalb von 6 Monaten nach Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes seine ärztliche Leitung den Voraussetzungen des § 95 Abs. 1 Satz 3 angepasst hat oder wenn spätestens 6 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes nicht Leistungserbringer Träger eines MVZ sind, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen. Dies gilt ausdrücklich auch für Medizinische Versorgungszentren, die unter den Bestandsschutz fallen.

Im Klartext bedeutet dies, dass Medizinische Versorgungszentren trotz des im Gesetz deklarierten Bestandsschutzes ihre Zulassung zwangsläufig dann verlieren, wenn der ärztliche Leiter dieses MVZ nicht als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig ist oder wenn keine für die medizinische Versorgung der Versicherten zugelassenen Ärzte als Träger des MVZ fungieren.

Nach Einschätzung des VLK führt dies zu einem Ausschluss derjenigen Medizinischen Versorgungszentren aus der Versorgungskette, die vor Inkrafttreten des

Versorgungsstrukturgesetzes in ihrer Leitungsstruktur eine andere als die durch das neue Gesetz etablierte Organisationsform in der ärztlichen Leitung praktizieren. Unter dem Aspekt der bestmöglichen Versorgung für den Patienten ist diese Regelung nicht nachvollziehbar.

2.3 Zu Nr. 36 (Änderung des § 103 SGB V)

Nach Satz 3 ff. des neu eingefügten Abs. 4d in § 103 SGB V wird anderen Bewerbern (gemeint sind Vertragsärzte und Ärzte) ein Vorkaufsrecht für einen Vertragsarztsitz vor dem um diesen Vertragsarztsitz ebenfalls sich bewerbenden Medizinischen Versorgungszentrum eingeräumt, wenn bei diesem MVZ die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte Nichtärzten zusteht.

Dies ist unter dem Aspekt der angestrebten optimalen flächendeckenden Patientenversorgung nicht nachvollziehbar, da für die Qualität der Patientenversorgung nicht die Besitzverhältnisse eines MVZ maßgeblich sein können, sondern allein die Qualität der medizinisch erbrachten Leistung.

Der VLK bewertet diese Vorschrift deshalb als aus Sicht der Patientenversorgung nicht angemessen und als klares Indiz für klientelorientierte Gesundheitspolitik. Auch wenn in der Begründung hierzu dargelegt wird, dass hierdurch die Freiberuflichkeit der ärztlichen Tätigkeit geschützt werden soll, kann dies nicht überzeugen, da Freiberuflichkeit nicht durch den Begriff „Selbständigkeit“ definiert ist, sondern durch die Attribute „Unabhängigkeit“, „Eigenverantwortung“ und „Gemeinwohlverpflichtung“.

2.4 Zu Nr. 44 (Änderung des § 116 b SGB V)

Durch die Neufassung des § 116 SGB V wird der Versuch unternommen, mit der Etablierung eines neuen Behandlungssektors für ambulante spezialärztliche Versorgung ein reibungsloses Ineinandergreifen von stationärer und ambulanter Versorgung zu gewährleisten. Dies soll den Patienten den wohnortnahen Zugang zu einer qualitativ hochstehenden spezialärztlichen ambulanten Versorgung erleichtern. Hierbei sollen vor dem Hintergrund der angestrebten Verlagerung der Versorgung in den ambulanten Bereich gleiche wettbewerbliche Grundlagen für niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser gelten.

Dieser Ansatz ist begrüßenswert, da er der Entwicklung medizinischer Möglichkeiten zum Vorteil der Patienten Rechnung trägt.

Die praktischen Auswirkungen der neugefassten Bestimmungen des § 116 b SGB V werden aber bei näherer Betrachtung zu erheblichen Verwerfungen zu Lasten der Krankenhäuser führen, die nach Einschätzung des VLK eine eindeutige Bevorzugung des vertragsärztlichen Bereiches zur Erbringung dieser ambulanten spezialärztlichen Leistungen festschreibt:

Das Zusammenspiel der in § 116 b, Abs. 3 Satz 1 sowie in § 116 b Abs. 3 Sätze 7 und 8 und § 116 b Abs. 8 Satz 2 vorgesehenen Regelungen führt zu einem automatisierten Tätigkeitsverbot der Krankenhäuser – z. B. für die ambulante spezialärztliche Behandlung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen.

Zur Erläuterung: § 116 b Abs. 3 Satz 1 SGB V erlegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss auf, in einer Richtlinie das Nähere zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung zu regeln. Hierzu gehört u.a. gem. Abs. 3, Satz 7 die Vorgabe von Regelungen für

Kooperationsvereinbarungen zwischen den beteiligten Leistungserbringern für die Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen. Diese Kooperationsvereinbarungen sind gemäß § 116 b, Abs. 3 Satz 8 zwingende Voraussetzung für die Teilnahme der Vertragsärzte und der Krankenhäuser an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung für onkologische Patienten. Zugleich besagt aber § 116 b Abs. 8 Satz 2, dass die derzeit noch nach altem Recht geltenden Bestimmungen der Bundesländer zur Berechtigung von Krankenhäusern für die ambulante Behandlung von Patienten mit hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen spätestens 1 Jahr nach Inkrafttreten dieser G-BA-Richtlinie aufgehoben werden. Wenn also die Krankenhäuser innerhalb dieser Jahresfrist keine Kooperationsvereinbarung mit einem Vertragsarzt vorlegen, scheiden sie demgemäß aus der Versorgungskette für diese Leistungen aus. Hingegen können die Vertragsärzte, zu deren Tätigkeitsspektrum per se die ambulante Behandlung von onkologischen Patienten gehört, diese weiterbehandeln, auch wenn sie keine Kooperationsvereinbarung vorlegen können.

Dies ist aus VLK-Sicht nichts anderes als die Übertragung der Zulassungssteuerung für die Leistungserbringung in diesem Bereich in die Hand der Vertragsärzte. Denn welcher Vertragsarzt wird (freiwillig) eine solche Kooperationsvereinbarung mit den - wirtschaftlich als Konkurrent anzusehenden – Krankenhäusern abschließen, die ihm selbst wirtschaftliche Nachteile in Form von Behandlungsausfällen dieses Patientenkontingents bescheren werden?! Zumal wenn er dieses Patientengut auch weiterhin ohne Kooperationsvereinbarung behandeln darf.

Wenn schon ein solcher neuer Sektor der ambulanten spezialärztlichen Versorgung mit dem Ziel, einen ersten Schritt zur Überwindung der nur in Deutschland vorherrschenden sektoralen Versorgung geschaffen werden soll, dann müssen auch die Zulassungsvoraussetzungen für die potentiellen Leistungserbringer gleich sein, damit allein die Qualität der medizinischen Versorgung und nicht der ökonomisch gesteuerte „Kooperationswille“ eines Leistungserbringers über die Zulassung zur Leistungserbringung entscheidet.

Diese einseitig die Vertragsarztseite bevorzugende Zulassungsvoraussetzung zur Erbringung ambulanter spezialärztlicher Versorgung muss nach VLK-Auffassung ersatzlos gestrichen werden, da diese Regelung in der vorgesehenen Form eher zu einer Betonierung der bestehenden sektoralen Versorgungsgrenzen denn zu ihrer Aufweichung führt.

Letztlich ist darauf hinzuweisen, dass die Einführung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung vor dem Hintergrund der vorstehend aufgezeigten, durch die vorgesehenen Gesetzesregelungen geschaffenen Monopolstellung der Vertragsärzte für die ambulante spezialärztliche Versorgung onkologischer Patienten gerade in Ballungsgebieten zu einer weiteren Verstärkung der dort bereits zu registrierenden Überversorgung führen wird mit entsprechenden ausgabewirksamen Konsequenzen für die GKV.

2.5 Zu Nr. 56 (Neu eingefügter § 137 e SGB V)

Der neu eingefügte § 137 e SGB V beseitigt einen wesentlichen Mangel in der derzeitigen Behandlung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden: Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält nun bei Methoden mit noch unzureichendem Nutzen-Beleg die Möglichkeit, durch zeitlich begrenzte Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Erkenntnisse für die Bewertung des Nutzens der Methode zu gewinnen.

Dies ist aus Sicht des VLK positiv zu bewerten. Gleichwohl entbindet diese Regelung nicht von der Verpflichtung, tragfähige Konzepte zu entwickeln, mit deren Hilfe Erkenntnislücken hinsichtlich des Nutzens neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden identifiziert und systematisch geschlossen werden können. Der VLK ist gerne bereit, bei der Erarbeitung entsprechender Konzepte mitzuwirken.

Zu b) Antrag der Fraktionen DIE LINKE
Wirksamere Bedarfsplanung zur Sicherung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung
BT-Drucksache 17/3215

Der VLK unterstützt die im Antrag der Fraktion DIE LINKE enthaltenen Forderungen nach einer sektorübergreifenden Bedarfsplanung, nach einer Orientierung der Finanzierung der Gesundheitsversorgung am festgestellten Bedarf anstelle der Orientierung an den vorhandenen Versorgungsstrukturen sowie die Forderung, die ärztliche Tätigkeit von Aufgaben zu entlasten, die auf andere Berufe flächendeckend übertragen werden können.

Insbesondere zum letztgenannten Punkt weist der VLK darauf hin, dass bezüglich der Delegation ärztlicher Leistungen an den Pflegebereich bereits funktionierende Modelle existieren, die mit Augenmaß weiterentwickelt werden können. Bezüglich der Substitution ärztlicher Leistungen fordert der VLK, hierbei die ärztlichen Kernkompetenzen nicht anzutasten und das Primat bestehender rechtlicher Grenzen hierbei zu beachten.

Der VLK ist der Auffassung, dass die vorgenannten Punkte in den vorgelegten Entwurf der Bundesregierung integriert werden können und die Vorlage eines eigenen Gesetzes hierfür entbehrlich ist.

Zu c) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Wirksame Strukturreformen für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung auf den Weg bringen
BT-Drucksache 17/7190

Der VLK begrüßt den Vorschlag, die bisherige Bedarfsplanung der Gesundheitsversorgung im Sinne einer Versorgungsplanung zu reformieren, die Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen neu zu gestalten – allerdings unter Beachtung bereits bestehender Konzepte zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten an die Pflegeberufe und der Aufrechterhaltung ärztlicher Kernkompetenzen im Zusammenhang mit einer möglichen Substitution – sowie die wirksame Anreizsetzung zur Vermeidung von Über- und Fehlversorgungen.

Der VLK ist allerdings der Auffassung, dass diese Punkte in den bestehenden Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung integriert werden sollten und hierfür kein eigener Gesetzentwurf notwendig ist.