

Bleibtreustraße 24

10707 Berlin

Telefon 030 88714373-30

Telefax 030 88714373-40

Edmund-Rumpler-Straße 2

51149 Köln

Telefon 02203 5756-0

Telefax 02203 5756-7000

www.hausaerzteverband.de

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0091(42)

gel. VB zur öAnhörung am 25.03.

15_GKV-VSG

24.03.2015

Stellungnahme des Deutschen Hausärzteverbandes e.V.

zum Gesetzentwurf

der Bundesregierung

**für ein Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) – Drucksache 18/4095**

Köln/Berlin, im März 2015

A. Vorbemerkung:

Der Deutsche Hausärzteverband e.V. begrüßt den Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) in seiner Zielsetzung und in weiten Teilen seiner Regelungsinhalte.

Die nachfolgende Stellungnahme beschränkt sich aus Gründen der besseren Übersicht und Lesbarkeit auf die Regelungsbereiche, die aus diesseitiger Sicht überprüft und ggf. geändert werden sollten.

Dabei gliedert sich die Stellungnahme in folgende drei Themenblöcke:

- I. Neuregelungen zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung**
- II. Neuordnung der selektivvertraglichen Versorgung**
- III. Neuregelungen zur Verbesserung der Versorgung und Stärkung der Patientenrechte**

B. Stellungnahme

I. Stärkung der hausärztlichen Versorgung

- a. Art. 1 Nr. 30 – Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (§ 75a SGB V – E)

Die Überführung und Weiterentwicklung der bisher in Art. 8 GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG) enthaltenen Vorgaben zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin sind wichtige und richtige Maßnahmen, damit sich zukünftig mehr junge Ärztinnen und Ärzte für den Beruf des Hausarztes entscheiden.

Dabei greifen die Neuregelungen in § 75a Unzulänglichkeiten und Fehlentwicklungen in der bisherigen Förderpraxis auf. Die Verbindlichkeit der Finanzierung, der Bereitstellung und der Auszahlung der Fördermittel wird ebenso verbessert wie die Durchgängigkeit der Förderung bei Wechsel der Weiterbildungsstätte.

Mit Blick auf die Erhöhung der Attraktivität und Qualität der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin wird angeregt, den Vertragspartnern der Fördervereinbarung im Wege einer Ergänzung des Abs. 7 die Möglichkeit einzuräumen, einen angemessenen Teil der Fördermittel (bis zu 5 %) für die finanzielle Förderung universitär angebundener Weiterbildungseinrichtungen, wie den sogenannten Kompetenzzentren, bereitzustellen. Konkret könnte eine solche gesetzliche Ermächtigung in einer neuen Ziff. 4 des Abs. 7 geregelt werden.

In § 75a Abs. 7 wird nach der Ziff. 3 eine neue Ziff. 4 angefügt:

4. bis zu 5 % der Fördermittel überregional für die Errichtung, Organisation und Bereitstellung von Einrichtungen, die die Qualität und Effizienz der Weiterbildung verbessern können, bereitgestellt werden.“

Begründung: Die Attraktivität und Qualität der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin können durch universitär angebundene Kompetenzzentren, die insbesondere Begleitseminare, Mentorenprogramme, Train the Trainer-Angebote sowie eine kontinuierliche Evaluation und Qualitätssicherung gewährleisten – zusätzlich zu der Förderung nach Abs. 1 – deutlich und nachhaltig verbessert werden. Dies zeigen Erfahrungen aus Baden-Württemberg und Hessen. Mit dieser Regelung wird klargestellt, dass die Vertragspartner nach Abs. 4 vereinbaren können, dass ein angemessener Teil der Fördermittel für den Aufbau und die Bereitstellung solcher Strukturen verwendet wird.

b. Art. 1 Nr.27 – Weiterentwicklung der Hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V – E)

Die vorgesehenen Neureglungen in den Abs. 3, 4, 5, 7 und 9 werden insgesamt befürwortet. Folgende Konkretisierungen zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs (Abs. 7) und – je nach Entscheidung des Bundessozialgerichtes am 25.03.2015; Az.: B 6 KA 9/14 R – zur Rechtsqualität der Schiedsentscheidungen (Abs. 4a Satz 1) erscheinen nach diesseitiger Ansicht dennoch sinnvoll:

- Bereinigung des Behandlungsbedarfs (§ 73b Abs. 7 SGB V – E)

Die Neuordnung der Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 S. 2 SGB V stellt eine Verbesserung für eine schnellere Umsetzung der Verträge nach § 73b dar. Um diesen Ansatz konsequent weiterzuentwickeln, werden die folgenden Ergänzungen vorgeschlagen:

- (a) Die Vertragspartner der Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung sind von Beginn an, an den Verhandlungen und an dem Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs zu beteiligen.
- (b) Die Krankenkassen haben den Gesamtvertragspartnern und den Vertragspartnern der Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung auf Leistungserbringerseite die der Bereinigung des Behandlungsbedarfs zugrundeliegenden Daten zeitnah und zeitgleich zu übermitteln.
- (c) Die Krankenkasse soll (anstatt: kann) zum vertraglich geregelten Zeitpunkt des Beginns der Hausarztzentrierten Versorgung, und falls eine rechtzeitige Bereinigung nicht festgesetzt worden ist, den Behandlungsbedarf nach den Maßgaben des Satz 2 vorläufig bereinigen.

Insbesondere zur effektiven Wahrnehmung der Rechte der Vertragspartner nach Abs. 7 Satz 3 (Recht auf Anrufung des Schiedsamtes) sind die vorstehend unter (a) und (b) aufgeführten Ergänzungen notwendig.

Folgende Neufassung von Abs. 7 wird daher angeregt:

§ 73b Abs. 7 wird wie folgt neu gefasst:

„(7) Die Vertragspartner der Gesamtverträge haben **im Benehmen mit den Vertragspartnern der Verträge über eine Hausarztzentrierte Versorgung** den Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2 zu bereinigen. Die Bereinigung erfolgt rechtzeitig zu dem Kalendervierteljahr, für welches die Gesamtvergütung bereinigt werden soll, entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der für dieses Kalendervierteljahr eingeschriebenen Versicherten sowie dem vertraglich vereinbarten Inhalt der Hausarztzentrierten Versorgung nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7. Dabei können die Bereinigungsbeträge, unter Beachtung von Satz 1, auch pauschaliert ermittelt werden. Kommt eine rechtzeitige Einigung über die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nicht zustande, können auch die Vertragspartner der Verträge über eine Hausarztzentrierte Versorgung das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern **und den Vertragspartnern der Hausarztzentrierten Versorgung auf Leistungserbringerseite** bis spätestens drei Wochen vor dem Kalendervierteljahr, für welches die Gesamtvergütung für die in diesem Kalendervierteljahr eingeschriebenen Versicherten bereinigt werden soll. Die Krankenkasse **soll**, falls eine rechtzeitige Bereinigung nicht festgesetzt worden ist, den Behandlungsbedarf unter Beachtung der Maßgaben nach Satz 2 vorläufig bereinigen. Sie kann auch die Anerkennung und Umsetzung des geltenden Bereinigungsverfahrens für die Bereinigung der Gesamtvergütung für an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmende Versicherte mit Wohnort im Bezirk anderer Kassenärztlichen Vereinigungen von diesen Kassenärztlichen Vereinigungen verlangen. Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach Satz 7 sowie für den Fall der Rückführung von Bereinigungsbeträgen bei Beendigung der Teilnahme eines Versicherten sind die Verfahren gemäß § 87a Absatz 5 Satz 9 anzuwenden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die zur Bereinigung erforderlichen Vorgaben im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben umzusetzen.“

Einschub – Art. 1 Nr. 36 d) – Bundesvorgaben zur Honorarbereinigung (§ 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V – E)

Die sog. Bereinigung des zu erwartenden Honorars stellt in der Praxis ein weiteres Hemmnis bei der Umsetzung der Hausarztzentrierten Versorgung/der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung dar. Dies insbesondere deshalb, weil auf regionaler Ebene häufig von den Bundesvorgaben nach § 87b Abs. 4 Satz 2 zum Nachteil der an den Selektivverträgen teilnehmenden Ärzte abgewichen wird, so z. B. dann, wenn Patienten, deren historischer Leistungsbedarf bereinigt wird, in dem vorausgegangen Referenzzeitraum von Vertragsärzten

behandelt wurden, die in der Folge nicht an den Selektivverträgen teilnehmen. Vor diesem Hintergrund wird die Neuregelung in § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V – E ausdrücklich begrüßt.

- Rechtsqualität der Schiedsentscheidung (§ 73b Abs. 4a Satz 6 SGB V – E)

Eine gesetzliche Klarstellung zur Rechtsqualität der Schiedsentscheidung nach § 73b Abs. 4a Satz 1 SGB V ist dann erforderlich, wenn das Bundessozialgericht in dem Verfahren B 6 KA 9/14 R am 25. März 2015 die Rechtsauffassung vertreten sollte, dass es sich bei der Schiedsentscheidung nach Abs. 4a S. 1 nicht um eine sogenannte Vertragshelferlösung, sondern um einen (behördlichen) Verwaltungsakt handelt.

Folgende Klarstellung wird für diesen Fall vorgeschlagen:

§ 73b Abs. 4a wird wie folgt geändert:

Nach § 73b Abs. 4a Satz 5 wird folgender Satz 6 angefügt:

Bis zur Ersetzung der Festlegung des Vertragsinhaltes durch rechtskräftiges gerichtliches Urteil ist der nach Satz 1 festgesetzte Vertragsinhalt für die Parteien bindend und von diesen umzusetzen.

- c. Art. 1 Nr. 32 – Stärkung der Hausärzte in der ärztlichen Selbstverwaltung (§ 79 Abs. 3a SGB V – E)

Die Neuregelungen in § 79 Abs. 3a zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Hausärzten und Fachärzten in den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erweisen sich als zwingend notwendig und überfällig, damit hausärztliche Belange in den Selbstverwaltungskörperschaften auch tatsächlich im Sinne der hausärztlichen Versorgung – von Hausärzten für Hausärzte – geregelt werden können.

Aufgrund der Erfahrungen in der Vergangenheit werden folgende Ergänzungen im Sinne einer effektiven Umsetzung der gesetzlichen Neuregelungen in § 79 Abs. 3a SGB V – E angeregt:

- Die Belange, die einer rein hausärztlichen oder fachärztlichen Befassung zugänglich sind, sollten – zumindest in Gestalt einer „Insbesondere-Regelung“ – durch den Gesetzgeber bestimmt werden. Hierzu wird nachfolgende Formulierung vorgeschlagen:

Nach § 79 Abs. 3a Satz 1 werden die folgenden Sätze 2 und 3 angefügt; die bisherigen Sätze 2 und 3 werden zu den Sätzen 4 und 5.

Zu den ausschließlichen Belangen nach Satz 1 gehören insbesondere

- a) die Bestimmung der jeweiligen Versorgungsaufträge in den Bundesmantelverträgen nach § 82 Abs. 1 Satz 1,*
- b) die Bestimmung des Inhaltes der jeweils abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes, Verhältnis zueinander nach § 87 Abs. 2 Satz 1,*
- c) die Festlegung und Anpassung des jeweiligen Vergütungsvolumens in den Vorgaben nach § 87b Abs. 4 Satz 1,*
- d) die Beschlussfassung zu Vorgaben nach § 87a Abs. 5 Satz 7 und*
- e) die Richtlinien zur Bedarfsplanung nach § 92 Abs. 1 Nr. 9.*

Über Belange, die die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin betreffen (§ 75a), stimmen ausschließlich die hausärztlichen Vertreter ab.

- Im Sinne der Erhaltung der ärztlichen Kompetenz in den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenärztlichen Vereinigungen wird angeregt, nur die zur Teilnahme an der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung berechtigten Vertragsärzte als stimmberechtigte Vertreter zuzulassen.

II. Weiterentwicklung der selektivvertraglichen Versorgung (ohne § 73b)

- a) Art. 1 Nr. 26, 28 u. 69 – Zusammenführung der Verträge nach §§ 73a, c und 140a ff. SGB V

Die Neuregelungen zu den §§ 73a, 73c und 140a ff. SGB V sind im Sinne einer Verschlinkung und Vereinfachung der gesetzlichen Vorgaben für das Zustandekommen und die Umsetzung von Selektivverträgen zu begrüßen.

- Aus wettbewerbs- und ordnungspolitischen Gründen ist die Aufnahme der Kassenärztlichen Vereinigungen als beauftragte Vertragspartner für die „Besondere Versorgung“ kritisch zu bewerten. Will man die selektivvertragliche Versorgung konsequent als wettbewerbliche Versorgungsform ausgestalten, scheiden Kassenärztliche Vereinigungen als – mittelbare – Vertragspartner dieser Versorgungsformen aus. Eine Institution wie die Kassenärztliche Vereinigung kann nicht gleichzeitig allgemeine Regeln aufstellen, diese Regeln durchsetzen und selbst noch am Geschehen teilnehmen. Entsprechendes gilt für § 73b Abs.4 S.3 Ziff. 4 SGB V.

b. Art. 1 Nr. 24 – Neuordnung der Rechtsaufsicht (§ 71 Abs. 6 SGB V – E)

Diese Regelungen zu aufsichtsrechtlichen Maßnahmen bei Rechtsverletzungen durch Verträge nach §§ 73b und 140a sind dem Grunde nach geeignet, wie auch immer geartete Rechtsverletzungen zu beseitigen. Ob sie auch erforderlich sind, stellt sich bereits als fraglich dar. Verhältnismäßig erscheinen sie nicht. Zudem bestehen erhebliche Bedenken, ob die Regelungen dem verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebot genügen. Wenn der Gesetzgeber derart schwerwiegende Eingriffe in die Rechte der Partner der Selektivverträge regelt, dann muss er nach diesseitiger Auffassung genau bestimmen, an welche Sachverhalte Maßnahmen zur Beseitigung der „Rechtsverletzungen“ anknüpfen. Die pauschale Anknüpfung an eine „erhebliche Rechtsverletzung“ ist in diesem Kontext jedenfalls in keinem Fall hinreichend bestimmt und verletzt folgerichtig die eingangs genannten rechtsstaatlichen Grundsätze. Dies gilt umso mehr, als Rechtsbehelfe gegen die hier vorgesehenen Anordnungen keine aufschiebende Wirkung entfalten. Alles in allem wird dringend angeregt, diese Neuregelung unter rechtsstaatlichen Gesichtspunkten nochmals zu überprüfen.

c. Art. 1 Nr. 40 – Innovationsfonds (§§ 92a und 92b SGB V – E)

Die Einrichtung eines Innovationsfonds zum Zwecke der Förderung neuer Versorgungsformen, die über die bisherige Versorgung hinausgehen, ist insgesamt positiv zu bewerten. Gerade weil es um die Förderung neuer Versorgungsformen – auf der Grundlage des neuen § 140a – geht, sollte der Kreis der Antragsberechtigten nach § 92a Abs. 1 Satz 4 SGB V – E erweitert werden, und zwar um in die § 140a Abs. 3 SGB V – E genannten Vertragspartner. Insbesondere sind auch Gemeinschaften von Vertragsärzten und Managementgesellschaften gem. § 140 a Abs. 3 Ziff. 1 und 2 SGB V - E zuzulassen.

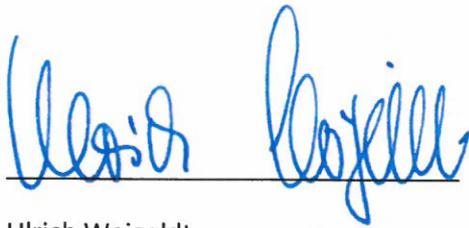
III. Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung und Stärkung der Patientenrechte

Art. 1 Nr. 9 – Entlassmanagement (§§ 39 Abs. 1a SGB V – E)

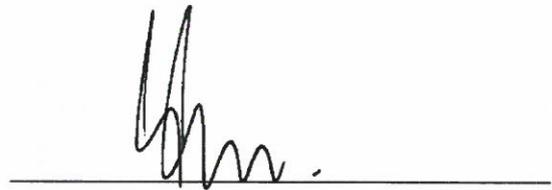
Die beabsichtigten Neuregelungen in § 39 Abs. 1a sind in der Zielsetzung der Verbesserung der Versorgung der Versicherten im Zusammenhang mit der Entlassung aus dem Krankenhaus zu begrüßen. Da die Neuregelungen zur Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Leistungserbringern nach § 95 Abs. 1 S. 1 SGB V überwiegend als „Kann-Regelungen“ ausgestaltet sind, bestehen jedoch Bedenken, dass die angestrebten Maßnahmen für ein Entlassmanagement auch tatsächlich umgesetzt werden. Die unbedingte Einwilligung der Versicherten zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der für die Umsetzung des Entlassmanagements benötigten Daten sollte mit Blick auf den jeweiligen Zustand der Versicherten (z. B. bei dementen oder vorübergehend geistig verwirrten Patienten) zugunsten einer differenzierteren Regelung überprüft werden. Wesentlicher als die abstrakte Beschreibung einzelner Bereiche der Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Ärzten bei der Entlassung von Patienten ist die verbindliche Schaffung einer einheitlichen Datenschnittstelle für die

stationäre und ambulante Versorgung, um einen sektorenübergreifenden Informationsaustausch zu ermöglichen (vgl. hierzu bereits das Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, RN 172 ff.)

Eine Ergänzung der Stellungnahme – insbesondere im Rahmen des Anhörungstermins am 25. März 2015 – bleibt ausdrücklich vorbehalten.



Ulrich Weigeldt
Bundesvorsitzender



Joachim Schütz
Geschäftsführer und Justitiar