

SÄCHSISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ
Albertstraße 10 | 01097 Dresden

Nur per E-Mail

Bundesministerium für Gesundheit
Postfach 221@bmg.bund.de

nachrichtlich:
Ministerien und Senatsverwaltungen der Länder
für Gesundheit und Soziales

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

Ihr Schreiben vom 21. Oktober 2014; Az.: 221 - 20020

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken für die Möglichkeit, zu dem Referentenentwurf Stellung nehmen zu können.

Zu Artikel 1:

Nr. 5 - Zweitmeinung:

Auf Länderebene bestehen bereits verschiedene Modelle zur Einholung einer Zweitmeinung vor bestimmten planbaren Eingriffen. Es sollte den Krankenkassen daher die Möglichkeit eingeräumt werden, ggf. über den gesetzlichen Rahmen hinausgehende (evtl. auch schon bestehende) Modelle zur Zweitmeinung anbieten zu können. Hierzu könnte eine Erweiterung des § 11 Absatz 6 SGB V (als Satzungsregelung) in Betracht kommen.

Der im Gesetzesentwurf vorgegebene Zeitraum für die Aufklärung erscheint zu kurz, um eine fundierte Zweitmeinung einzuholen. Das Zeitfenster von 10 Tagen sollte weiter gefasst werden, zumal die Bezeichnung „in der Regel“ bei Bedarf auch einen kürzeren Zeitraum ermöglicht.

Nr. 6 - Entlassmanagement:

Die geplanten Verbesserungen der Rahmenbedingungen für das Entlassmanagement werden begrüßt. Es wird angeregt, in das Nähere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen (vgl. § 39 Absatz 1a Satz 7-neu-) auch eine Verpflichtung für eine Regelung der Fristen aufzunehmen.

Ihr Ansprechpartner
Heiko Thiemer

Durchwahl
Telefon +49 351 564-5517
Telefax +49 351 564-5538

Heiko.thiemer@
sms.sachsen.de*

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom

Aktenzeichen
(bitte bei Antwort angeben)
31-5225.60/122

Dresden,
07. November 2014



Hausanschrift:
**Sächsisches Staatsministerium
für Soziales und Verbraucher-
schutz**

Abteilung 3 | Sozialversicherung
und Krankenhauswesen
Albertstraße 10
01097 Dresden

www.sms.sachsen.de

Verkehrsbindung:
Zu erreichen mit den Straßen-
bahnlinien 3, 7, 8
Haltestelle Carolaplatz

Für Besucher mit Behinderungen
befinden sich gekennzeichnete
Parkplätze bei
Einfahrt Albertstraße 10 oder Ar-
chivstraße, Innenhof SMS

*Kein Zugang für elektronisch signierte
sowie für verschlüsselte elektronische
Dokumente.

Nr. 13 - Beitragssatzstabilität:

Die Änderungen des § 71 Abs. 5 SGB V erscheinen nicht sachlogisch. So wird z. B. für Verträge nach § 73b SGB V für die obersten Verwaltungsbehörden der Länder (in denen sie wirksam werden) neu eine **Übermittlungspflicht** festgelegt, soweit diese nicht die Aufsicht über die vertragschließende Krankenkasse führen. Gleichzeitig wird in § 73b SGB V (siehe Ziffer 16) die Vorlagepflicht an die zuständige Aufsichtsbehörde ersatzlos gestrichen. Im Ergebnis der geplanten Gesetzesänderungen ist allen obersten Landesbehörden der Vertrag nach § 73b SGB V zu übermitteln, nur der originär zuständigen Aufsichtsbehörde nicht. Wir gehen von einem Versehen aus.

Im Übrigen bestehen erhebliche Zweifel an der Umsetzbarkeit der neuen Regelung des § 71 Abs. 6 SGB V in der jetzigen Fassung. Die Obergrenze für die Zwangsgelderhebung orientiert sich an entsprechenden Vorschriften des Wettbewerbsrechts. Für die einheitliche Anwendung der Zwangsgeldvorschrift wären untersetzte Vorgaben unbedingte Voraussetzung für eine einheitliche Anwendung und Auslegung. Auf die Notwendigkeit eines Kriterienkatalogs, auch in Anbetracht zu erwartender Rechtsstreitigkeiten, wird hingewiesen.

Im Übrigen wird die Aufsichtsbehörde die in der auf Seite 75 Absatz 2 Satz 3 in der Gesetzesbegründung angegebenen Sachverhalte auch nur dann feststellen können, wenn die bisherige Vorlagepflicht für die Verträge nach § 73b SGB V erhalten bleibt.

Nr. 16 - Hausarztzentrierte Versorgung:

Die Änderung des § 73b Absatz 3 Satz 7 SGB V soll der Entbürokratisierung dienen.

Auf die obigen Ausführungen zu Nr. 13 wird verwiesen. Eine Prüfung wesentlicher Vertragsinhalte wäre den Aufsichtsbehörden nur noch eingeschränkt im Rahmen der allgemeinen Rechtsaufsicht möglich, wenn durch die Änderung des § 71 SGB V keine gesetzliche Vorlagepflicht für die Verträge nach § 73b SGB V bei der zuständigen Aufsichtsbehörde mehr besteht.

Nr. 18 - Terminservicestellen:

Die gesetzliche Vorgabe zur Einrichtung von Servicestellen zur Vergabe und Koordinierung von Facharztterminen wird begrüßt. Allerdings bestehen Zweifel, ob allein das skizzierte Modell tatsächlich zu einem Abbau von Wartezeiten führt oder nicht ggf. mehr Bürokratie oder auch eine Priorisierungsdebatte nach sich zieht. In diesem Zusammenhang ist die starre Fristsetzung von 4 Wochen zu überdenken, sie ist medizinisch nicht begründbar. Wir präferieren jedoch die Aufnahme einer Regelung, die zulässt, dass die regionalen Partner der Gesamtverträge, regionale, geeignetere Lösungen treffen können. Diese Regelung wird seit September 2014 in Sachsen erprobt. Sie ist geeignet, um die Wartezeiten im fachärztlichen Bereich, insbesondere in den strukturschwachen Regionen mit zu wenigen Fachärzten zu verkürzen.

Es besteht Klarstellungsbedarf für die Kinderärzte, die gem. § 73 Abs. 1a SGB V der hausärztlichen Versorgung zuzuordnen sind und daher von der Neuregelung aufgrund der Formulierung in Satz 1 nicht erfasst werden.

Im Übrigen müssen die Krankenhäuser, an die die Terminservicestellen vermitteln, auch für die entsprechende Leistungserbringung geeignet sein.

Nr. 19 - Förderung der Weiterbildung:

Die Förderung der Weiterbildung von Allgemeinmedizinerinnen im ambulanten Bereich wird begrüßt, damit wird eine bestehende Regelung der Partner der Gesamtverträge in das Gesetz aufgenommen.

Ob allerdings die Höhe der tariflichen Entgelte angesichts der Tarifvielfalt im Krankenhausbereich ein geeigneter Anhaltspunkt für die Höhe der Vergütung ist, bleibt abzuwarten.

Auch die Verpflichtung des Vertragsarztes, die Vergütung anzuheben, dürfte kontraproduktiv sein, denn die Beschäftigung des Arztes in Weiterbildung darf nicht zur Vergrößerung der „Kassenpraxis“ dienen, so dass das höhere Honorar nicht durch Mehrleistungen erwirtschaftet werden kann. Im Übrigen hat der Vertragsarzt auch bisher den Arbeitgeberanteil an den Lohnnebenkosten zu tragen. Daher könnte diese Regelung eher dazu führen, dass weniger Weiterbildungsstellen statt mehr angeboten werden.

Auch ist die Vereinbarung der Koalitionspartner nicht vollständig umgesetzt (Koalitionsvertrag Bund vgl. Ziffer 2.4, Seite 82). Zu ergänzen ist eine Erweiterung der Förderung auf (grundversorgende), fachärztliche Fachgebiete. Allerdings erscheint uns dies nur für bestimmte Fachgebiete (z. B. Kinder- und Jugendlichenpsychiater, Augenärzte u. a.) und auch nur für die ambulante fachärztliche Versorgung sinnvoll und umsetzbar.

Nr. 23 - Richtgrößen:

Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen Richtgrößen ab 2017 abgeschafft werden und nur für den Fall, dass die Vertragspartner auf Landesebene rechtzeitig keine neue Prüfungsvereinbarung abschließen können, weitergelten (vgl. Artikel 1 Nr. 36: § 106b (neu) Absatz 3 Satz 3; diesbezüglich Gesetzesbegründung auf S. 103). Gemäß Artikel 18 GKV-VSG tritt Artikel 1 Nr. 23 jedoch schon am Tag nach der Verkündung in Kraft. § 84 würde damit sofort geändert und nicht wie beabsichtigt am 01.01.2017. Es wird daher vorgeschlagen, den Artikel 1 Nr. 23 in Artikel 2 zu verschieben oder den Artikel 1 Nr. 23 in Artikel 18 Abs. 4 aufzunehmen.

Nr. 24 Vergütung delegationsfähiger Leistungen:

Der Bewertungsausschuss soll nunmehr verpflichtet werden, flächendeckend eine Versorgungsgerechte Vergütung für delegationsfähige Leistungen zu schaffen, dies wird ausdrücklich begrüßt. Die Regelung entspricht dem Anliegen mehrerer Bundesländer im neuen Bundesgebiet aus dem GKV-VStG, das zum damaligen Zeitpunkt durch die Bundesregierung leider noch nicht berücksichtigt worden ist.

Nr. 25 neue Konvergenzregelung:

Mit § 87a Abs. 4a SGB V soll eine neue Konvergenzregelung für die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung je Versicherten geschaffen werden, indem mit der Bestimmung der Aufsatzwerte 2015 einmalig mögliche unbegründete Unterschiede in den MGW zwischen den KVn festgestellt und ab 2016 basiswirksam abgebaut werden sollen. Der Aufsatzwert 2015 wird in dem Maße angepasst, wie der Aufsatzwert in 2013 unbegründet zu niedrig angesetzt war (d.h. sich unter dem Bundesdurchschnitt befand).

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass bestehende und nicht sachlich begründbare Unterschiede abgebaut werden sollen. Allerdings erscheint die angewandte Methodik, die eben nicht auf den tatsächlichen (sachlich begründbaren) Behandlungsbedarf und die Morbidität der Versicherten, sondern auf einen Durchschnitt abstellt, wenig geeig-

net. Es bleibt zu befürchten, dass auf Grund der Ausgangslagen in verschiedenen Bundesländern, auch diese Regelung die bestehenden Unterschiede nicht abzubauen vermag und stattdessen weitergehende Konvergenzregelungen nach sich ziehen könnte. Der tatsächlichen Behandlungsbedarf und die Morbidität der Versicherten geraten hierbei aus dem Blick.

Die in der Gesetzesbegründung zur Änderung des § 87a Abs. 4a SGB V auf Seite 91 angegebene Möglichkeit des Schiedsverfahrens bei Nichteinigung der Vertragspartner im Verhandlungswege erschließt sich aus dem tatsächlichen Gesetzeswortlaut des § 87a Abs. 4a SGB V nicht. Das BMG wird um Prüfung gebeten.

Nr. 30 Gründungsbefugnis MVZ:

In § 95 Abs. 1 und 1a SGB V wird unter anderem die Gründungsbefugnis für MVZ durch Kommunen neu geregelt. Wir greifen nunmehr unser Anliegen aus dem GKV-VStG erneut auf und fordern, den Begriff „Kommunen“ durch „Gebietskörperschaften“ zu ersetzen, damit auch z. B. in Landsträgerschaft befindliche Krankenhäuser die Gründungsbefugnis für ein entsprechendes MVZ erhalten. Diese Versorgungsform ist für bestimmte Regionen im Freistaat Sachsen von enormer Bedeutung. Auf den seinerzeit gemachten Gesetzgebungsvorschlag zum GKV-VStG und die Begründung wird hingewiesen.

Nr. 34 Strukturfonds:

Der mit der Änderung des § 105 Abs. 1a SGB V verbundene Wegfall der Voraussetzung „drohende Unterversorgung“ für die Einrichtung eines Strukturfonds wird ausdrücklich begrüßt, da nunmehr die Finanzierung von Fördermaßnahmen aus dem Strukturfonds gezielt erfolgen kann. Es wird angeregt, die Obergrenze des Strukturfonds von 0,1 % auf 0,2 % der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung anzuheben, um den Vertragspartnern bzw. den KV'n einen größeren Handlungsspielraum zu geben, die Versorgung nachhaltig zu sichern. In diesem Zusammenhang wird angeregt, die Zwecksetzung des Strukturfonds um den Sachverhalt „Weiterbildung“ zu ergänzen.

Nr. 35 (vgl. auch Art. 2 Ziffer 2-4) Wirtschaftlichkeitsprüfung:

Die Neuregelung der Wirtschaftlichkeitsprüfung in vorgelegter Form wird, obwohl eine Umsetzung aus dem Koalitionsvertrag Bund, kritisch gesehen. Gerade die Krankenkassen tragen die Besorgnis vor, dass über die neuen, dann regionalen Vereinbarungen der Vertragspartner auf Landesebene sowie über den Vereinbarungsinhalt mglw. nicht mehr im Verhandlungswege, sondern regelmäßig im Schiedsverfahren zu entscheiden sein wird. Die geltenden aktuellen Regelungen sehen zwar starre, aber bundesgesetzliche Vorgaben für die Vertragspartner vor. Hierdurch wurde sichergestellt, dass auf Landesebene Blockadesituationen überwunden werden konnten. Die vorliegenden Änderungen sind daher weniger geeignet, um in der gegenwärtigen Interessensituation auf Landesebene die Bildung von erneuten Blockaden zu vermeiden.

Weiterhin muss vor dem Hintergrund der entfallenden Richtgrößenvereinbarungen in § 106b SGB V ein inhaltlicher Rahmen vorgesehen werden, in dem sich der regionale Gestaltungsspielraum entfalten kann, um auf Landesebene dem Entstehen neuer Blockadesituationen entgegenzuwirken.

Nr. 40 Ermächtigungen von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung:

§ 116a SGB V regelt die Ermächtigung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung. Bei Vorliegen entsprechender Beschlüsse des Landesausschusses ist der Zulassungsausschuss dabei zukünftig verpflichtet, das Krankenhaus auf Antrag zur ambulanten Versorgung zu ermächtigen. Dies wird grundsätzlich positiv bewertet.

Ob hierdurch in strukturschwachen Regionen wirklich eine Beitrag zur Verbesserung der Versorgung entsteht, bleibt abzuwarten, da dort Krankenhäuser bestimmte Fachgebiete ggf. nicht vorhalten und keinen Versorgungsauftrag dafür haben.

Nr. 41 ambulante spezialärztliche Versorgung:

Die Klarstellung zur Fristhemmung in § 116b Absatz 2 SGB V zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV) wird begrüßt.

Zusätzlich wird, um eine Diskussion der Aufsichtsbehörden umzusetzen, die Erweiterung des § 116b Absatz 6 Satz 1 SGB V angeregt: In § 116b Absatz 6 Satz 1 2. HS sollte nach dem Wort „vertragsärztliche“ die Wörter „und andere“ eingefügt werden. Damit könnte hinsichtlich der Abrechnung über die Kassenärztlichen Vereinigungen eine Gleichstellung zwischen den vertragsärztlichen und übrigen Leistungserbringern (z. B. Krankenhäusern) die an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilnehmen, hergestellt werden.

Ein wie im § 116b Absatz 8 Satz 2 SGB V geplanter „lebenslanger“ Bestandsschutz für die Krankenhäuser die an der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V a.F. teilnehmen, wäre abzulehnen. Dies mit der Sicherstellung der Versorgungssituation zu begründen, geht unseres Erachtens fehl.

Zudem gehen die Voraussetzungen und Qualitätsanforderungen für die ASV über die bisherigen Regelungen der ambulanten Behandlung am Krankenhaus hinaus. Ein dauerhafter Bestandsschutz für Kliniken mit Alt- Bestimmungen würde diese Ziele und Anforderungen ad absurdum führen. In der Konsequenz können Krankenhäuser parallel nach beiden Regelungen Leistungen erbringen und abrechnen. Es werden somit Doppelstrukturen geschaffen und Ungleichbehandlung zu den Krankenhäusern manifestiert, die sich nun für eine Teilnahme an der ASV den Kriterien des G-BA unterwerfen müssen. Anreize für das Krankenhaus, die Bestimmungen des § 116b SGB V n. F. zu erfüllen, werden so nicht gesetzt.

Zugleich fehlen in der Gesetzesänderung die Vorgaben zu Prüfzeitpunkt und Prüfturnus für die vom Land durchzuführenden Prüfungen hinsichtlich der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 116b SGB V a.F. („geeignet“) für die in Rede stehenden Einrichtungen.

Nr. 45 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen:

Die Neuregelungen zur Verringerung des Investitionskostenabschlages bei Hochschulambulanzen in § 120 Abs. 2 Satz 5 SGB V wird grundsätzlich begrüßt. Der Einschub in Satz 5 „nach den Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ist unter Bezug auf die angegebene Gesetzesbegründung auf Seite 109, in der von „Plankrankenhäuser“ die Rede ist, zu unbestimmt. In verschiedenen Ländern sind die Hochschulkliniken wohl im Krankenhausplan aufgenommen aber nicht nach den Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gefördert. Eine Konkretisierung, auch unter Bezug auf die Regelungen des §120 Absatzes 3 Satz 2 SGB V wird angeregt.

Nr. 50 Hebammenhaftung:

Der Ansatz einer Regelung der allseits bekannten Thematik wird begrüßt. Allerdings stellt die Regelung einen Paradigmenwechsel dar, sie widerspricht dem Prinzip der Verantwortlichkeit des Schadensverursachers und setzt insofern auch ein Präjudiz für weitere gesellschaftlich gewünschte aber schadensgeneigte Tätigkeiten. Es dürfte daher eine Frage der Zeit sein, dass diese Regelung gleichlautende Forderungen von anderen Leistungserbringern nach sich zieht, Haftpflichtrisiken auf die gesetzliche Krankenversicherung zu übertragen.

Nr. 66 Verwaltungsrat MDK:

Seitens der Krankenkassen, die die MDKn errichtet haben, werden die Neuregelungen des § 279 SGB V als Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht bewertet. Es erschließt sich nicht, warum die Krankenkassen in den Verwaltungsrat nur Mitglieder entsenden dürfen, die nicht hauptamtlich beschäftigte Mitarbeitende der Krankenkasse sind, die Vertreter der Pflegeverbände z. B. aber hauptamtliche Mitarbeitende als Mitglied für den Verwaltungsrat bestimmen können.

In Bezug auf die Vertreter der Pflegeverbände kommt erschwerend hinzu, dass diese generell einem Interessenkonflikt unterliegen. Dies hieße, einer Partikulargruppe und ihren berufsständischen Interessen einen einseitigen Vorteil zu gewähren, wenn sie mit Stimm- oder Antragsrechten ausgestattet in den Entscheidungsgremien des MDK Einzug hielten, obwohl sie in der Sache (z. B. bei Fragen der DRG-Begutachtung) häufig nicht betroffen sind.

Es erschließt sich nicht, wie diese Regelung zur Verbesserung der Unabhängigkeit der Entscheidungen der MDKn beitragen soll.

Es ist davon auszugehen, dass alsbald auch Vertreter anderer Verbände von Leistungserbringern Stimme und Sitz im Verwaltungsrat der MDK'n verlangen könnten.

Zu Artikel 5:

Nr. 3 Beitragszahlung:

Die Änderung betrifft die Vorschrift zur Beitragszahlung in § 60 SGB XI. Dort wird ein Verweis auf § 49 **Satz 2** des Zweiten Gesetzes zur Krankenversicherung der Landwirte eingefügt. Laut Begründung handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung. Durch Ergänzung des Verweises in § 60 SGB XI würde klargestellt, dass für nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versicherungspflichtige Beziehende von Arbeitslosengeld II die Beitragszahlungsvorschrift des § 49 Satz 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zur Anwendung komme.

Es gibt in § 49 des Zweiten Gesetzes zur Krankenversicherung der Landwirte in der aktuellen Fassung keinen **Satz 2**. Auch im vorliegenden Gesetzentwurf zum GKV-VSG wird ein solcher in das Gesetz zur Krankenversicherung der Landwirte nicht eingefügt. Im Gesetzentwurf zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf (BR-Drs. 463/14) soll in § 49 nur ein **Absatz 2** angefügt werden, der aber das Pflegeunterstützungsgeld betrifft. Daher würde die im GKV-VSG vorgesehene Änderung mit Verweis auf § 49 **Satz 2** leerlaufen. Das BMG wird um Prüfung gebeten.

Zu Artikel 9:

Nr. 1 Ausbildung Krankenpflegegesetz:

Die Änderung (Ergänzung und Erweiterung von § 4 Absatz 7 KrPflG) sollte um Regelungen für die Altenpflegeausbildung ergänzt werden. Die „Richtlinie des G-BA über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung der Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c SGB V“ vom Oktober 2011 bezieht sich sowohl auf die Alten- als auch Krankenpflege. Zumal sich sonst auch nicht erschließt, warum das BMFSFJ in den Genehmigungsprozess einbezogen werden soll; es ist derzeit nur für die Altenpflegeausbildung verantwortlich.

— Für Personen, die während der regulären Ausbildung Modelle mit weiterführenden Inhalten absolvieren, ist klargestellt, dass die staatliche Prüfung sich auch auf die mit der zusätzlichen Ausbildung erworbenen erweiterten Kompetenzen zu erstrecken hat. (vgl. § 4 Abs. 7 Satz 7) Die Entwicklung standardisierter Module durch den G-BA, die der einmaligen Genehmigung durch BMG und BMFSFJ unterliegen, soll die Etablierung von Modellvorhaben erleichtern. Unklar bleibt, wie die Vermittlung zusätzlicher Inhalte überprüft werden soll und kann, wenn die Module von Personen absolviert werden, die die staatliche Abschlussprüfung bereits bestanden haben und zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigt sind. Dieser Weg der „Nachqualifizierung“ wird durch den neuen § 4 Absatz 8 KrPflG ausdrücklich vorgesehen, ohne eine einer staatlichen Prüfung angemessene Vorgehensweise (z.B. Ergänzungsprüfung) festzulegen. Hier bleibt unklar, wer die erfolgreiche Vermittlung zusätzlicher Inhalte an der Hochschule oder anderen Ausbildungsstätten bestätigen soll.

— An der Länderanhörung werden Herr Heiko Thiemer und d. U. teilnehmen.

Mit freundlichen Grüßen

Andrea Keßler
Referatsleiterin