

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft
und Gleichstellung | Postfach 70 61 | 24170 Kiel

Koordinierungsstelle für
EU-, Bundesrats- und
Parlamentsangelegenheiten

Bundesministerium für Gesundheit

Herrn Till-Christian Hiddemann

221@bmg.bund.de
(ausschließlich per E-Mail)

Thorsten Wilke
VIII KSt
Leiter der Koordinierungsstelle
thorsten.wilke@sozmi.landsh.de
Telefon: 0431 988-5451
Telefax: 0431 988-5668

7. November 2014

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)
hier: Stellungnahme Schleswig-Holstein zum Referentenentwurf**

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wurden erste Maßnahmen zur Verbesserung der Strukturen unter Berücksichtigung des regionalen Versorgungsgeschehens verabschiedet. Der jetzt vorgelegte Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) soll die bereits vorhandenen Strukturveränderungen weiter unterstützen, um eine flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung sicherzustellen. Dieser Ansatz wird von Seiten Schleswig-Holsteins grundsätzlich begrüßt und unterstützt.

Hinsichtlich des vorgelegten Referentenentwurfes in der Fassung des 21.10.2014 wird von Seiten Schleswig-Holsteins wie aus den unten stehenden Punkten 1. bis 15 Stellung genommen. Darüber hinaus behalten wir uns im weiteren Verfahren vor, weitere konkrete Änderungsvorschläge zu unterbreiten, insb. zum § 117.

1. Rolle der Praxisnetze im Versorgungsgeschehen muss verbessert werden

Praxisnetzen sollten als eigenständige Leistungserbringer explizit in § 95 SGB V gesetzlich verankert werden und eine gleichberechtigte Stellung zu anderen Leistungserbringern, wie bspw. zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ), erhalten. Sie sollten ebenfalls Vertragspartner im Rahmen besonderer Versorgungsverträge nach § 140a SGB V werden und für innovative Ansätze Förderungen aus dem Innovationsfonds erhalten dürfen.

Nach dem Entwurf findet eine zusätzliche Förderung der Praxisnetze nicht statt. Die Netze werden weiterhin allein aus der Gesamtvergütung finanziert. Der Entwurf sieht die Zuteilung eines Honorarvolumens im Rahmen der Honorarverteilung vor. Das

verlagert allenfalls das Morbiditätsrisiko von der Praxis auf das Netz. Eine zusätzliche finanzielle Förderung von Ärztenetzen aus dem Innovationsfonds ist nicht möglich – bei MVZ hingegen schon. Aus Sicht des Landes Schleswig-Holstein, das mit der größten Praxisnetzichte und den bundesweit als sehr innovativ bekannten Netzen einen Vorsprung gegenüber anderen Bundesländern hat, ist den Praxisnetzen sowohl eine Fördermöglichkeit aus dem Innovationsfonds zuzugestehen als auch die Rolle der Praxisnetze als eigenständige Leistungserbringer noch deutlicher zu betonen.

Dazu gehört beispielsweise die Aufnahme der Praxisnetze in die Regelung des neu einzufügenden § 39 Abs. 1a Satz 3 SGB V-E (Entlassmanagement), der lediglich auf die Leistungserbringer nach § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V verweist, um eine umfassende Behandlungskette durch das Netz bereits gesetzlich zu ermöglichen.

Es wird deshalb angeregt, die Stellung der Praxisnetze insgesamt im Versorgungsgeschehen als gleichberechtigte Leistungserbringer zu berücksichtigen.

2. Entlassmanagement

Die Erweiterung des Ordnungsrechts für Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements wird ausdrücklich begrüßt. Mit den vorgesehenen ambulanten Verordnungsmöglichkeiten der Krankenhausärzte bei Krankenhausentlassungen haben die Kliniken bessere Instrumente beim Entlassmanagement, denn dadurch wird der Übergang von der stationären Versorgung in den ambulanten Bereich für Patienten erleichtert. Der Entwurf sieht vor, dass GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung und DKG bis Ende 2015 Genaueres zur konkreten Ausgestaltung regeln sollen.

Inwieweit die stärkere Einbeziehung der Krankenkassen in den Prozess des Entlassmanagements Auswirkungen auf die ärztliche Therapiefreiheit und die Qualität der Versorgung haben wird, wird von Seiten Schleswig-Holsteins kritisch weiterverfolgt.

3. Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen

Es wird begrüßt, dass sich der Sicherstellungsauftrag hinsichtlich der zeitnahen Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung insbesondere auf die medizinische Erforderlichkeit bezieht und hierbei regionale Lösungen möglich sein sollen.

Gesundheitspolitisch für ein Flächenland wie Schleswig-Holstein problematisch und in Teilen widersprüchlich ist die Terminvergabe für Facharzttermine allerdings unter folgender Prämisse: Bei gedeckelter Vergütung sollen einerseits Facharztsitze stillgelegt und gleichzeitig Wartezeiten abgebaut werden. Darüber hinaus wird ein größerer Durchlauf von Patienten in den Facharztpraxen gefordert und bei Nichterfüllung sanktioniert.

Aus der Sicht Schleswig-Holsteins bedarf es darüber hinaus einer konkretisierenden Vorgabe einzelner Rechtsbegriffe im Gesetz. Eine Regelung im Bundesmantelvertrag ist hierbei nicht zielführend, zumal aufgrund relativ vager Vorgaben ein rechtssicherer Rahmen auch im Bundesmantelvertrag nicht geschaffen werden kann. Hier

werden Selbstverwaltung – und in Konsequenz die Aufsichten der Länder – mit der Problemstellung zu sehr alleine gelassen.

Beispiel: „Zumutbare Entfernung“

Die Regelung hinsichtlich einer „zumutbaren Entfernung“ unterscheidet sich gravierend zwischen Flächenstaaten und Stadtstaaten. Sie ist auch dann problematisch, wenn es in einem Planungsbereich keine/wenige Augenärzte gibt, wie es beispielsweise in Nordfriesland der Fall ist. Eine Überweisung der Patientinnen und Patienten an (naheliegende) Krankenhäuser liefe dabei ins Leere, da an diesen oftmals keine augenärztliche Behandlung durchgeführt bzw. mangels Kapazitäten nicht erbracht werden können.

Ist dann eine Fahrzeit von zwei Stunden oder mehr für Patientinnen und Patienten „zumutbar“?

Beispiel: „medizinische Notwendigkeit“

Terminservicestellen werden mit großer Sicherheit zentral organisiert werden. Wie können Mitarbeiter – die im Regelfall nicht medizinisch ausgebildet sind – bei einem telefonischen Kontakt feststellen, dass eine medizinische Notwendigkeit (insbesondere bei fehlender Überweisung bzw. einem Terminwunsch bei einem Augenarzt, Frauenarzt oder einem Kinderarzt) vorliegt? Wer entscheidet letztlich darüber? Umfasst diese medizinische Notwendigkeit auch präventive Maßnahmen (bspw. Vorsorgeuntersuchungen)?

Beispiel: Angebot eines Behandlungstermins in einem zugelassenen Krankenhaus

Offen ist, ob das Krankenhaus den vermittelten Termin überhaupt annehmen muss und falls ja, auf welcher Rechtsgrundlage dies geschehen sollte.

4. Errichtung von Portalpraxen durch Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhäuser als neues Steuerungsinstrument

Schleswig-Holstein begrüßt die im Entwurf vorgesehene Betonung der Kooperation im Notdienst zu sprechstundenfreien Zeiten zwischen Ambulant und Stationär. Allerdings bildet die im Entwurf verankerte Regelung lediglich die bereits in Schleswig-Holstein bestehende Struktur der sog. „Anlaufpraxen“ der Kassenärztlichen Vereinigung (KVSH) an den Krankenhausstandorten in Schleswig-Holstein ab. Diese Struktur hat sich in Schleswig-Holstein bewährt (siehe auch Gutachten des Sachverständigenrates 2014, „Bedarfsgerechte Versorgung“, Ziff. 549, S. 444) – sie könnte aber noch verbessert werden.

Anknüpfend an die bereits im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst vorhandenen Strukturen und Erfahrungen sollten rechtliche Grundlagen geschaffen werden, die es erlauben, an Krankenhäusern angesiedelte und von den Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam mit dem Krankenhaus auf vertraglicher Basis rund-um-die-Uhr an 7-Tagen die Woche betriebene „Portalpraxen“ als Anlaufstelle für ansonsten in der Notaufnahme (Zentrale Aufnahmestation) behandelte Patienten zu gründen. Aufgabe der Ärzte in den Portalpraxen wäre es, eine medizinisch fundierte Zuordnung des Patienten zur jeweils medizinisch sinnvollen Versorgungsebene vorzunehmen (ambulante oder stationäre Behandlung) und so der „Fehlnutzung“ von finanziellen und personellen Ressourcen entgegenzuwirken.

Da insbesondere die Inanspruchnahme der Notaufnahme (Zentrale Aufnahmestati-

on) durch nicht akut Behandlungsbedürftige zu üblichen Öffnungszeiten der Arztpraxen in der ambulanten Versorgung ein zunehmendes Problem darstellt, ist es unverzichtbar, dass die Portalpraxen unabhängig von Praxisöffnungszeiten der Niedergelassenen arbeiten können, also nicht beschränkt sind auf die klassischen Bereitschaftsdienstzeiten. Die Portalpraxen sollten, um ihre Aufgabe erfüllen zu können, in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme (Zentrale Aufnahmestation) des Krankenhauses untergebracht sein.

Portalpraxen an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Notfallversorgung würden ein Steuerungsinstrument darstellen, das es ermöglicht, die vorhandenen Ressourcen wirtschaftlich zu nutzen und zugleich eine adäquate Versorgung der Patienten sicherzustellen.

Die Einrichtung gemeinsamer Portalpraxen von Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhaus würde einen qualitativ neuen Schritt der Kooperation zwischen den Sektoren darstellen. Dies wäre ein Beitrag, die Strukturen an die zu erwartende Entwicklung der vor uns liegenden Jahre anzupassen, die geprägt sein wird durch eine steigende Inanspruchnahme sowohl der ambulanten als auch der stationären Versorgung als Folge der Alterung der Gesellschaft.

Grundsätzlich sollen alle gesetzlich Krankenversicherten, die eigenständig und aus eigenem Entschluss (ohne Einweisungsschein) als Patient die Notaufnahme (Zentrale Aufnahmestation) eines Krankenhauses aufsuchen, zunächst den Ärzten der Portalpraxis vorgestellt werden. Die Krankenhäuser stellen sicher, dass die Patienten an die Portalpraxis verwiesen werden.

Die Verweisung an die Portalpraxis erfolgt nicht in den Fällen, in denen die Zuordnung des Patienten zur stationären Behandlung unstrittig ist, z.B. wenn diese vom Rettungsdienst eingeliefert werden oder eine Einweisung zur stationären Aufnahme vorliegt sowie generell in Fällen, in denen akut bedrohliche Erkrankung oder Verletzung vorliegt.

Die durch die Ärzte der Portalpraxis durchgeführte Behandlung hat den Umfang einer ambulanten Notfallbehandlung und sollte nicht darüber hinausgehen. Das Ziel der Portalpraxis sollte sein, die Notaufnahmen von Krankenhäusern bei Erkrankungen zu entlasten, die üblicherweise in den Praxen der ambulanten Versorgung behandelt werden könnten. Ziel ist es nicht, ein ambulantes Behandlungsangebot zu schaffen, das den Patienten alternativ zu den Praxen zur Verfügung steht.

Grundidee des Modells „Portalpraxis“ ist es, dass in der gemeinsamen Einrichtung niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte gemeinsam tätig werden, um die spezifischen Kenntnisse und Erfahrungen der Ärzte in der ambulanten und stationären Versorgung zu bündeln und zugleich auch personell die sektorenübergreifende Ausrichtung der Portalpraxen zu verstärken.

Als vertragsärztliche Behandlung zu sprechstundenfreien Zeiten bezieht sich der Notdienst auf die ambulante ärztliche Behandlung. Nicht umfasst ist damit die stationäre Notfallversorgung eines Krankenhauses.

Mit Blick auf das Vorhaben einer gemeinsam von Kassenärztlicher Vereinigung und Klinik betriebenen Portalpraxis bietet derzeit § 115 SGB V einen Ansatzpunkt.

§ 115 SGB V erlaubt zwar, vertraglich eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu regeln - ist aber aus Sicht der Akteure nicht ausreichend. Die nach § 115 Abs. 2 Ziffer 3 SGB V im Rahmen dreiseitiger Verträge mögliche Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes bezieht sich ebenso wie die allgemeine Kooperationsregelung in § 75 Abs. 1 Satz 3 SGB V tatsächlich nur auf die Notdienstzeiten gemäß § 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V und damit ausschließlich auf die Sprechstundenfreien Zeiten.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen würden zu den Sprechstundenzeiten aus Sicht der im Umkreis niedergelassenen Vertragsärzte gemeinsam mit Krankenhäusern eine Konkurrenzpraxis betreiben bzw. organisieren und dies ohne rechtlich abgesicherten Zulassungsstatus.

Um die Kooperation zu fördern, ist daher ein verlässlicher rechtlicher Rahmen zu schaffen, der es den Verantwortlichen auf beiden Seiten ermöglicht, im Bereich der Notfallversorgung auch zu Sprechstundenzeiten abgestimmt auf die jeweiligen regionalen Gegebenheiten zu kooperieren. Hierfür bedarf es einer gesetzgeberischen Klarstellung beispielsweise dahingehend, dass die Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes sich nicht auf Sprechstundenfreie Zeiten beschränkt. Keine Alternative ist eine Institutsermächtigung der Krankenhäuser zur Erbringung der Leistungen, da dann die Vertragsärzte nicht eingebunden wären.

Gerade in einem Flächenland, wie Schleswig-Holstein, könnte durch eine rechtssichere Aufnahme eines solchen Notdienstkonzeptes (jenseits des rechtlich unsicheren Vertragskonstruktes nach § 115 Abs. 2 Nr. 3 SGB V) zum einen durch Nutzung gemeinsamer Arztkapazitäten die Notdienstversorgung im ländlichen Raum verbessert und damit gleichzeitig die Niederlassung in der Fläche attraktiver gestaltet werden.

Es wird deshalb angeregt, eine solche Regelung als eine zusätzliche Option der Kassenärztlichen Vereinigung (in § 75 Abs. 1b SGB V-E) aufzunehmen.

5. Informationsaustausch über die Organisation des Notdienstes (KVen – Apothekenkammern)

Um Versicherten die Besorgung erforderlicher Arzneimittel zu erleichtern, sollen nach § 75 (1b) SGB V des Entwurfes Kassenärztliche Vereinigungen in einen Informationsaustausch mit den für die Einteilung zum Notdienst zuständigen Stellen der Apotheker treten.

Der Informationsaustausch über Notdienste ist aus Sicht des Landes Schleswig-Holstein ausreichend und garantiert allein nicht eine Verbesserung der Versorgung. Maßgeblich wäre eine bessere Verknüpfung von ärztlichen Notdiensten mit Apothekennotdiensten. Diese ist aber gerade in den ländlichen Regionen aufgrund der vorhandenen Infrastruktur nicht umsetzbar.

6. Stimmgewichtung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Neuregelung zur Vertreterversammlung in den Kassenärztlichen Vereinigungen

und deren Gewichtung zwischen Haus- und Fachärzten wird als verbandspolitische Funktionärsdebatte empfunden, die an der Realität in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen vorbeigeht und die Gefahr von Verwerfungen innerhalb der Selbstverwaltung erst hervorruft.

Es ist zu befürchten, dass es eine verfassungskonforme Satzungsregelung einer demokratisch legitimierten Vertreterversammlung nicht geben kann und die jeweilige Rechtsaufsicht im Rahmen der Satzungsprüfung diese beanstanden muss. Es besteht darüber hinaus Unsicherheit über den Umfang der „Belange“, die ausschließlich die hausärztliche bzw. fachärztliche Versorgung betreffen – zumal mit der Trennung der Gesamtvergütungen von Haus- und Fachärzten eine honorarpolitische Befriedungsinstrument innerhalb der Selbstverwaltung bereits vorhanden ist. Beide Seiten – Haus- und Fachärzte – sind zu eng miteinander verflochten (etwa über den Bundesmantelvertrag, bei der Bereinigung oder bei Überweisungen).

Die vorgegebene Umsetzungsfrist von drei Monaten ist darüber hinaus viel zu kurz bemessen, um eine entsprechende Verabschiedung der Satzung durch die Vertreterversammlung und anschließender Prüfung durch die Rechtsaufsicht vornehmen zu können.

Es wird deshalb angeregt, von der beabsichtigten Regelung Abstand zu nehmen. Eine Aufspaltung der Vertreterversammlung würde die Kassenärztlichen Vereinigungen insgesamt schwächen – vor dem Hintergrund der Sicherstellung des Versorgungsauftrages wird dies als kontraproduktiv empfunden.

7. Beratender Fachausschuss für angestellte Ärztinnen und Ärzte

Es ist zwar richtig, dass eine steigende Zahl angestellter Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und –therapeuten im Angestelltenverhältnis tätig sind. Gleichwohl besteht an dieser Stelle Rechtsunsicherheit darüber, ob der Status des „Angestellten“ unabhängig von der haus- bzw. fachärztlichen oder psychotherapeutischen Tätigkeit gelten soll.

Diese Widersprüchlichkeit ist insbesondere dann auffällig, wenn im vorgelegten Entwurf mit der Einfügung des § 79 Abs. 3a eine Trennung der Belange nach Haus- und Fachärzten erfolgen soll.

8. Ausgleich bestehender unbegründeter Unterschiede in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Aufnahme des § 87a Abs. 4a SGB V-E wird ausdrücklich begrüßt.

9. Innovationsausschuss

Aus Sicht Schleswig-Holsteins ist eine unmittelbare Länderbeteiligung am Innovationsausschuss unabdingbar. Mit dem GKV-VStG wurde gerade die Regionalität der medizinischen Versorgung in den Vordergrund gerückt. Aufgrund der vielfältigen und regional unterschiedlichen Versorgungs- und Forschungslandschaften ist es notwendig, den Ländern ein Mitsprache- und Mitwirkungsrecht bei Entscheidungen des Innovationsausschusses einzuräumen. Andernfalls laufen gerade die Vorhaben ins Leere, die regional einen sektorenübergreifenden Ansatz verfolgen. Gerade bei In-

novationen ist es kontraproduktiv, einem zentral gesteuerten Gremium die alleinige Entscheidung zu überlassen – ohne einen regionalen Bezug durch die Länder herzustellen. Schleswig-Holstein fordert deshalb ein, die Entscheidungen über Innovationen dezentral und insbesondere unter Einbindung der Länderkompetenzen vornehmen zu lassen.

10. Ablehnung des Zulassungsausschusses im Nachbesetzungsverfahren

Die beabsichtigte Neuregelung des § 103 Abs. 3a SGB V-E könnte in Schleswig-Holstein unter Zugrundelegung der rechnerischen Überversorgung in Ballungsräumen zum Wegfall von bis zu 770 Arztsitzen und bis zu 150 Psychotherapeutesitzen führen.

Es ist zwar anzuerkennen, dass mit der beabsichtigten „soll“-Regelung dem Zulassungsausschuss ein gewisser Entscheidungsspielraum verbleibt, gleichwohl ist zu befürchten, dass dieser aufgrund mangelnder inhaltlicher Ausgestaltung der in § 103 Abs. 3a Satz 3, 1. Halbsatz SGB V genannten „Versorgungsgründen“ im Gesetz auch künftig von dieser Regelung kaum Gebrauch machen wird.

Es wird von Seiten Schleswig-Holsteins angeregt, beispielsweise durch den G-BA, Kriterien für eine rechtssichere Auslegung von „Versorgungsgründen“ entwickeln zu lassen.

Aus Sicht des Landes Schleswig-Holstein müssen bei der Entscheidung des Zulassungsausschusses und der Auslegung des Aspektes der „Versorgungsgründe“ insbesondere die regionalen Patientenströme und Mitversorgeraspekte zwingend berücksichtigt werden.

So hat eine Erhebung der Kassenärztlichen Vereinigung in Schleswig-Holstein im Rahmen der Bedarfsplanung ergeben, dass eine nicht unerhebliche Zahl von Patientinnen und Patienten im ländlichen Raum wohnen – ihre Ärztin/ihren Arzt aber am Arbeitsplatz (und somit in einem Ballungsraum) aufsuchen. Besonders auffällig war in diesem Zusammenhang, dass Bewohnerinnen und Bewohner der Metropolregion ihre Ärztin/ihren Arzt in Hamburg konsultieren und nicht in unmittelbarer Nähe zum Wohnort.

11. § 116b SGB V – Weitergeltung der bestehenden Genehmigungen (§ 116b – alte Fassung)

Schleswig-Holstein begrüßt es ausdrücklich, dass mit der Neuregelung des § 116b Abs. 8 SGB V bestehende Versorgungsstrukturen nach § 116b SGB V (alte Fassung) nicht zerschlagen werden.

Aus der Sicht Schleswig-Holsteins sollten aber gleichzeitig Anreize geschaffen werden, um die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) auch in einem Flächenland mit bestehenden Versorgungsstrukturen nach § 116b SGB V (alte Fassung) zu fördern und zu implementieren. Bisher werden ASV-Verträge als unattraktiv empfunden, da diese „nur“ für den Fall der „schweren Verlaufsformen“ gelten und beispielsweise sog. „Verdachtsfälle“ oder eine stationäre Abklärungsuntersuchung nicht abdecken. Ob dies dauerhaft sinnvoll für einen innovativen Gesundheitsstandort im Hinblick auf eine stärkere Zusammenarbeit der Sektoren sein kann, ist anzuzweifeln.

Es wird deshalb angeregt, die Unterscheidung zwischen „leichten“ und „schweren“ Verlaufsformen in der ASV aufzuheben.

12. Ambulante Notfallversorgung und Hochschulambulanzen

Es ist sehr zu begrüßen, dass zum ersten Mal in einem Gesetz und dessen Begründung die Realität der 24/7-Versorgung durch die Krankenhäuser anerkannt wird und die Rolle der Krankenhäuser in der ambulanten Versorgung weitgehend sachgerecht geregelt wird. Nach wie vor herrscht aber Unsicherheit darüber, wie groß der „erforderliche Umfang“ der ambulanten Behandlung der Versicherten im Rahmen von „Forschung und Lehre“ sein kann. Schleswig-Holstein kritisiert die weiterhin nicht kostendeckende Vergütung, insb. der Hochschulambulanzen. Es wird angeregt, im weiteren Gesetzgebungsverfahren diesbezüglich eine entsprechende Klarstellung vorzunehmen.

Aus Sicht Schleswig-Holsteins ist auch die Regelung des § 117 deutlich zu bürokratisch. Hinzu kommt, dass die Behandlungsmöglichkeit nach Satz 1 Nummer 2 durch einen sehr komplizierten Prozess durch ein Gremium erfolgen soll, in dem die Hochschulmedizin überhaupt nicht vertreten ist. Dies sollte überdacht werden.

13. Nullretaxation

Aus der Sicht Schleswig-Holsteins wird zum Thema Nullretaxation eine Regelung geschaffen, die für die Apothekerschaft zwar eine gewisse Klarstellung bewirkt, aber absehbar nicht zu mehr Rechtsfrieden führen dürfte: Nach dem Entwurf soll gem. § 129 SGB V zukünftig im Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Deutschen Apothekerverband (DAV) geregelt werden, „*in welchen Fällen einer Beanstandung der Abrechnung durch Krankenkassen, insbesondere bei Formfehlern, eine Retaxation vollständig oder teilweise unterbleibt.*“ Mit dem Auftrag, den zulässigen Umfang von Retaxationen vertraglich zu regeln, würde gesetzlich festgeschrieben, dass es Nullretaxationen unter bestimmten Umständen geben darf. Ebenso problematisch erscheint die Gesetzesbegründung. Dort wird einerseits erklärt, Apotheker sollten vor unsachgemäßen Retaxationen und Überforderung geschützt werden, andererseits solle dies bei Rabattverträgen nicht gelten, weil zu diesen bereits gerichtlich entschieden wurde. Wenn die Apotheker aber geschützt werden müssen, gibt es keinen Grund, warum dieses Schutzbedürfnis bei Rabattverträgen nicht bestehen soll.

Eine konstruktive Lösung wäre eine gesetzliche Vorschrift, die Retaxationen auf die Handelsspanne der Apotheke beschränkt, sofern der Versorgungsauftrag erfüllt wurde. Wenn eine Verordnung nach den arzneimittelrechtlichen Regeln korrekt beliefert wird, muss der Apotheker einen gesetzlichen Anspruch auf den Herstellerabgabepreis haben. Anderes kann nur bei schuldhaften Verfehlungen wie bewusstem Betrug oder grober Fahrlässigkeit wie dem Übersehen einer offensichtlichen Fälschung gelten, weil in diesen Fällen gar keine ordnungsgemäße Verordnung vorliegt. Bis zu diesem Punkt sind klare gesetzliche Regeln nötig. Für alle anderen Fälle kann über Retaxationen im Rahmen der Apothekenspanne verhandelt werden. Das wäre dann auch ein Verhandlungsauftrag an die Selbstverwaltung, den der Gesetzgeber offenbar in dem neuen Gesetz unterbringen möchte.

14. Haftungsfreistellung Hebammen

Es ist grundsätzlich ist zu begrüßen, dass durch die Befreiung der freiberuflich tätigen Hebammen von der Regresspflicht (bis auf die Fälle von grober Fahrlässigkeit und Vorsatz) mittelfristig den Versicherern eine für die Hebammen günstigere Kalkulation ermöglicht werden könnte.

Es wird aus Schleswig-Holsteinischer Sicht allerdings befürchtet, dass eine solche Regelung für eine gesonderte Berufsgruppe unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten insbesondere bezüglich der Geburtshilfe leistenden Ärztinnen und Ärzten angreifbar sein wird. Die Begründung des Gesetzentwurfes: *„Bei anderen Berufsgruppen im Gesundheitsbereich ist weder eine akute Bedrohung des Versicherungsmarktes zu beobachten, noch nimmt die Prämienhöhe einen vergleichbaren Anteil an der Gesamtvergütung ein“* (Seite 114) ist kein ausreichender Rechtsgrund für eine solche Sonderregelung. Darüber hinaus ist es problematisch, das Kostenrisiko allein den Kranken- und Pflegekassen aufzuerlegen, ohne die privaten Krankenversicherer daran zu beteiligen.

15. Fortbestehen der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

Vor dem Hintergrund, dass im Entwurf eine Ergänzung des § 192 bereits vorgesehen ist, wird angeregt, § 192 SGB V einen weiteren Absatz 3 mit folgendem Wortlaut anzufügen:

„(3) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger bleibt auch erhalten, wenn nach dem Ende der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit deren Fortdauer wegen derselben Krankheit am nächsten Werktag ärztlich festgestellt wird. Samstage gelten insoweit nicht als Werktag.“

Mit freundlichen Grüßen

Thorsten Wilke