



## **Stellungnahme des Marburger Bund-Bundesverbandes**

**zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz  
zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der  
gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) –  
(Bundestagsdrucksache 17/6906)**

Reinhardtstraße 36  
10117 Berlin  
Telefon 030 746846-0  
Telefax 030 746846-16  
[bundesverband@marburger-bund.de](mailto:bundesverband@marburger-bund.de)  
[www.marburger-bund.de](http://www.marburger-bund.de)

Berlin, 18. Oktober 2011

### 1. Vorbemerkungen

Der vom Bundesminister für Gesundheit vorgelegte Gesetzentwurf für ein Versorgungsstrukturgesetz enthält verschiedene Schwerpunktsetzungen, von denen aus Sicht des Marburger Bundes insbesondere die Sicherung einer wohnortnahen medizinischen Versorgung und eine bessere Verzahnung der Sektoren als wichtigste Weichenstellungen zu nennen sind.

Der Marburger Bund begrüßt die geplanten Maßnahmen, mit denen die Niederlassung von Ärzten in unterversorgten Gebieten gefördert und dem Ärztemangel entgegengewirkt werden soll.

In die flexiblere Bedarfsplanung müssen in diesem Bereich auch Instrumente zur Berücksichtigung der Morbiditätsentwicklung eingebaut werden, um den jeweiligen Versorgungssituationen Rechnung tragen zu können. Kritisch wird angemerkt, dass der Gesetzentwurf keine konsequente und systematische Weiterentwicklung zu einer wirklich sektorübergreifenden Versorgungsplanung beinhaltet.

Aus Sicht der Krankenhausärzte ist zu betonen, dass der Ärztemangel auch in den Krankenhäusern bereits deutlich erkennbar ist. Entsprechende Maßnahmen sind auch hier erforderlich.

Positiv zu bewerten ist die Festlegung, dass im Bereich innovativer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auch bei der spezialisierten fachärztlichen Versorgung analog zum stationären Sektor der Grundsatz der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt gelten soll. Eine sinnvolle Neuerung ist auch, dass der G-BA hier künftig die Möglichkeit erhält, Studien zum Nutznachweis zu veranlassen. Der Marburger Bund behält sich jedoch eine weitere Stellungnahme zur konkreten Ausgestaltung der „strukturierten Bedingungen“, unter denen die Erprobung der Methoden durch den G-BA stattfinden soll, ausdrücklich vor.

Der Marburger Bund begrüßt nachdrücklich die von ihm immer wieder eingeforderte Berücksichtigung von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die wie im ambulanten Bereich vorgesehen, ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung sind.

Unabhängig von den Regelungen des Versorgungsgesetzentwurfs besteht politischer Handlungsbedarf in Form von Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität des Medizinstudiums und zur Stärkung der Allgemeinmedizin (z. B. Auswahlkriterien/Zahl der Studienplätze). Im Krankenhaussektor fehlen angemessene Regelungen zur Verbesserung der Finanzierung und Personalausstattung der Häuser. Der Marburger Bund fordert den Gesetzgeber auf, hier ebenfalls aktiv zu werden, und wird sich mit entsprechenden Vorschlägen einbringen.

## **2. Stellungnahme zu den einzelnen Vorschriften**

### **Artikel 1 Nr. 1 § 2 Abs. 1a SGB V – Nikolausbeschluss des Bundesverfassungsgerichts**

Der Marburger Bund begrüßt die Absicht der Bundesregierung, eine gesetzliche Klarstellung zum so genannten Nikolausbeschluss des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahre 2009 herbeizuführen.

Demnach können Versicherte mit lebensbedrohlicher oder i. d. R. tödlicher Erkrankung in den Fällen, in denen eine allgemein anerkannte medizinische Leistung nicht zur Verfügung steht, auch von medizinischem Standard abweichende Leistungen in Anspruch nehmen, sofern eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Wirkung auf dem Krankheitsverlauf besteht. Abzuwarten bleibt, ob die gewählten Formulierungen in praxi zur gewünschten Rechtssicherheit im Sinne dieser Patientengruppe führen werden.

### **Artikel 1 Nr. 4 § 28 Abs. 1 SGB V – Ärztliche und zahnärztliche Behandlung (Delegation)**

Das Vorhaben, ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte durch Delegation zu entlasten, ist grundsätzlich sinnvoll und zu begrüßen. Allerdings greift die Formulierung einer rein beispielhaften Liste delegierbarer Leistungen zu kurz. Im Sinne einer rechtssicheren Handhabung ohne Haftungsrisiken hätte nur eine abschließende Aufzählung, die kontinuierlich an den Stand der Medizin anzupassen ist, Sinn.

### **Artikel 1 Nr. 8 § 39 – Krankenhausbehandlung (Entlassungsmanagement)**

Der Anspruch des Patienten auf eine sachgerechte Anschlussversorgung durch die Leistungserbringer bestand bereits seit der Einführung von § 11 Abs. 4 SGB V und muss selbstverständlich durchsetzbar sein. Diese Notwendigkeit ergibt sich bereits aus den immer weiter sinkenden stationären Verweildauern. Aus der nunmehr formulierten Vorschrift ergibt sich erstmals das Krankenhaus als konkreter Ansprechpartner und Federführer für das Entlassungsmanagement. Der Marburger Bund teilt die Hoffnung des Gesetzgebers, dass die Kliniken das nötige Durchsetzungsvermögen gegenüber den anderen Leistungserbringern aufbringen, um die sektoralen Schnittstellen aktiv im Sinne der Patienten überwinden zu können.

### **Artikel 1 Nr. 14 § 75 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung**

Der Marburger Bund begrüßt grundsätzlich die Neuregelung zur Notfallversorgung in Form der Sicherstellung durch Kooperationen und eine organisatorische Verknüpfung mit den Krankenhäusern. Dies ist geeignet, die Attraktivität der Niederlassung in ländlichen Gebieten zu steigern. Der Marburger Bund mahnt jedoch an, bei der Ausgestaltung der jeweiligen Kooperationen die Beteiligung der betroffenen angestellten Krankenhausärzte sicherzustellen.

### **Artikel 1 Nr. 27 § 90 – Landesausschüsse**

Die Stärkung der Beteiligungsrechte der Länder in den Landesausschüssen bewerten wir positiv.

### **Artikel 1 Nr. 28 § 90a – Gemeinsames Landesgremium**

Zur Förderung sektorübergreifender Versorgung sollen die Länder zukünftig die Möglichkeit erhalten, ein gemeinsames Gremium auf Landesebene einzurichten.

Dies wird grundsätzlich begrüßt.

Der MB regt jedoch dringend an, bei der Besetzung dieser Gremien auf Landesebene eine Vertretung auch der stationär tätigen Ärzteschaft, entweder eigenständig über den Marburger Bund oder in integrierender Form über die Landesärztekammern, sicherzustellen.

Die Landesärztekammern müssen zwingend direktes und unmittelbares Mitglied der Landesgremien sein.

### **Artikel 1 Nr. 29a § 91 SGB V – Gemeinsamer Bundesausschuss**

Die Bemühungen des Gesetzgebers, die Neutralität der unparteiischen Mitglieder sicherzustellen bzw. zu stärken sind anzuerkennen.

Die beabsichtigte Regelung, dass als unparteiische Mitglieder und ihre Stellvertreter nur Personen benannt werden können, die in den vorausgehenden drei Jahren für keine Trägerorganisation und nicht im Krankenhaus, als Arzt, Psychotherapeut oder Zahnarzt tätig waren, sehen wir jedoch kritisch. Unzweifelhaft müssen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses über langjährige Erfahrung und qualifizierten Sachverstand verfügen. Außerhalb der Trägerorganisationen und genannten Kreise werden derartige Kenntnisse im Wesentlichen nur innerhalb der Ministerial- und nachgeordneten Verwaltung zu finden sein. Dies schränkt den Kreis der zu Wählenden über das notwendige Maß hinaus ein. Die Überprüfung der Vorschläge durch den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages reicht zur Stärkung der Unabhängigkeit und Neutralität der unparteiischen Mitglieder aus.

Auf unsere ausdrückliche Zustimmung trifft daher die vorgeschlagene Regelung, wonach der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages zukünftig das Recht erhält, die durch die Trägerorganisationen vorgeschlagenen Personen anzuhören sowie ihrer Berufung mit Zweidrittelmehrheit zu widersprechen, sofern die Unabhängigkeit oder Unparteilichkeit als nicht gewährleistet angesehen wird.

Da die bisherige gesetzliche Vorgabe, alle Richtlinienbeschlüsse ausschließlich in einem sektorübergreifenden Plenum treffen zu müssen, sich aus Sicht aller Beteiligten nicht bewährt hat, begrüßen wir die Bemühungen des Gesetzgebers, hier zu Verbesserungen zu kommen.

In ihrem gemeinsamen Positionspapier zur Weiterentwicklung des GBA haben KBV, KZBV und DKG deshalb vorgeschlagen, das sektorübergreifende Beschlussgremium in gleichberechtigte sektorspezifische und sektorübergreifende Beschlussgremien zu überführen.

Diesem Vorschlag ist der Gesetzgeber nicht gefolgt. Insoweit bleibt abzuwarten, inwieweit die nun vorgesehenen Regelungen, wonach bei Beschlüssen, von denen nicht jede der drei Leistungserbringerorganisationen wesentlich betroffen ist, die Stimmen der nicht betroffenen Leistungserbringerorganisationen jeweils zu gleichen Teilen auf die Mitglieder der betroffenen Leistungserbringerorganisationen übertragen werden, zu der erwünschten Verbesserung beitragen.

Ausdrücklich unterstützt der Marburger Bund zudem das Anliegen der Bundesärztekammer, zukünftig mit Sitz und Stimme im Gemeinsamen Bundesausschuss vertreten zu sein.

**Artikel 1 Nr. 31 § 95 – Gründungsvoraussetzungen eines MVZ sowie Umwandlung von Angestelltenstellen in Vertragsarztsitze**

Der MB begrüßt die weitere Flexibilisierung in Form der Umwandlung angestellter ärztlicher Beschäftigungsverhältnisse in Arztsitze, durch die angestellte Ärzte künftig auch in gesperrten Gebieten eine Zulassung erhalten können.

**Artikel 1 Nr. 36 § 103 – Zulassungsbeschränkungen**

Der MB begrüßt die geplanten Regelungen, wonach bei der Weitergabe einer Praxis zum einen Lebenspartner den Ehegatten gleichgestellt werden und zum anderen auf das Auswahlkriterium „Dauer der ärztlichen Tätigkeit“ Ausfallzeiten wegen Kindererziehung und der Pflege von Angehörigen angerechnet werden. Dies entspricht den langjährigen Forderungen des MB zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Ebenso wird positiv bewertet, dass nach entsprechenden Hinweisen aus dem Marburger Bund eine Regelung vorgesehen ist, wonach im Rahmen von Nachbesetzungsverfahren die Ausübung des Vorkaufsrechts durch die KV dann ausgeschlossen sein soll, wenn der ausgewählte Nachfolger ein angestellter Arzt oder eine angestellte Ärztin des bisherigen Vertragsarztes ist. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass auch die angestellten Ärzte oftmals in ihrer Existenz an die jeweilige Praxis gebunden sind.

**Artikel 1 Nr. 42 § 116 und Nr. 43 § 116a – Ambulante Behandlung durch Nichtvertragsärzte und durch Krankenhäuser bei Unterversorgung**

Der MB bewertet die Möglichkeit, dass nicht nur Krankenhausärztinnen und –ärzte sondern zukünftig auch in Vorsorge- und Reha- sowie stationären Pflegeeinrichtungen tätige Ärztinnen und Ärzte zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden können, als positiv. Die entsprechende Regelung für die Ermächtigung von zugelassenen Krankenhäusern in unterversorgten Gebieten sollte als subsidiäre Lösung zur Ermächtigung des einzelnen Arztes ausgestaltet werden, um einen individuelleren Ansatz zu gewährleisten.

**Artikel 1 Nr. 44 § 116b – Ambulante spezialärztliche Versorgung**

Der Marburger Bund stimmt der Einschätzung im Gesetzentwurf zu, dass die qualitativ hochwertige Diagnostik und Behandlung komplexer, oftmals schwer behandelbarer Krankheitsbilder die Expertise hochqualifizierter Spezialisten, spezielles medizinisches Wissen, interdisziplinäre Kooperation und damit verbunden auch eine spezialisierte Infrastruktur erfordern. Die tradierte, sektorale Trennung der verschiedenen Versorgungsbereiche wird dieser Entwicklung nicht gerecht.

Insoweit begrüßen wir grundsätzlich die Bestrebungen, in diesem Bereich eine bessere, auch sektorenübergreifende Verzahnung der fachärztlichen Leistungen anzustreben. Der Marburger Bund spricht sich dafür aus, im Blick auf die geforderte fachärztliche Kompetenz schon in der Überschrift des Paragraphen von ambulanter spezialisierter fachärztlicher Versorgung zu sprechen. Leitprinzip für die konkrete Ausgestaltung der gesetzlichen Regelungen muss die Optimierung der Patientenversorgung bei freiem Arztwahlrecht sein. Dabei darf nicht eine Konkurrenz zwischen den verschiedenen Organisationsformen die Versorgungswirklichkeit prägen,

sondern notwendig sind vor allem Integration und Kooperation. Diesem Ziel muss auch die Gestaltung der Überweisungswege folgen.

Von daher sind die im Gesetzentwurf vorgesehenen Überweisungsmöglichkeiten durch die behandelnden Vertragsärzte und Krankenhausärzte auch im Fall hausinterner Überweisung sinnvoll und notwendig. Ein darüber hinausgehender, vom GBA indikationsspezifisch festgelegter Überweisungsvorbehalt ist aus Sicht des Marburger Bundes dagegen entbehrlich.

Grundsätzlich zu begrüßen sind die vom GBA zu erarbeitenden Regelungen über Vereinbarungen, die eine Abstimmung der Versorgung zwischen den teilnehmenden Leistungserbringern fördern bzw. bei Patienten mit onkologischen Erkrankungen zwingend vorsehen (Kooperationsvereinbarungen).

Darin sehen wir eine wesentliche Chance, die bisherigen Konflikte um den § 116b SGB V und um bestimmte ambulante Operationen nach § 115b SGB V zu entschärfen.

Inwieweit diese Regelungen die erhofften Wirkungen entfalten, lässt sich allerdings erst nach Kenntnis der konkreten Ausgestaltung beurteilen.

In diesem Zusammenhang wiederholt der Marburger Bund seine langjährige Forderung, qualifizierte Krankenhausärztinnen und –ärzte soweit wie möglich durch persönliche Ermächtigung in die ambulante Versorgung zu integrieren.

Angesichts der hohen Bedeutung, die dieser neuen ambulanten spezialisierten fachärztlichen Versorgung zukommt und im Hinblick auf den erkennbaren Koordinierungsbedarf hält der Marburger Bund die Einbeziehung ärztlichen Sachverständes, ausdrücklich auch krankenhausesärztlichen Sachverständes für zwingend erforderlich. Die Ärztekammern als neutrales Bindeglied zwischen den einzelnen Versorgungsebenen müssen daher in entsprechende Entscheidungsprozesse stärker als bisher regelhaft einbezogen werden.

Darüber hinaus spricht sich der Marburger Bund dafür aus, den § 116b – Katalog hinsichtlich seiner Leistungsstruktur und Sinnhaftigkeit einer gründlichen Analyse und Neuordnung zu unterziehen.

### **Artikel 8 Nr. 6 § 20 – Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte – Zeitlicher Umfang Nebenbeschäftigung**

Die Regelung setzt die bisherige Rechtsprechung zum zulässigen zeitlichen Umfang einer Nebenbeschäftigung bei Voll- bzw. Teilzulassung außer Kraft und soll eine Lockerung der starren zeitlichen Grenzen im Sinne einer Flexibilisierung für den Einzelnen bewirken. Dabei sollte es nach dem Willen des Gesetzgebers maßgeblich darauf ankommen, dass der Vertragsarzt „in einem dem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang zur Versorgung zur Verfügung steht und Sprechstunden in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeit anbietet“. Diese Intention ist grundsätzlich zu begrüßen, bedeutet für den einzelnen Arzt aber infolge der unbestimmten Rechtsbegriffe der neuen Vorschrift zunächst Rechtsunsicherheit.

**Artikel 8 Nr. 9 § 31 Abs. 1 und Nr. 10 § 31a – Änderung der ZV für Ärzte – Ermächtigungen von zugelassenen Krankenhäusern und in Reha- und Pflegeeinrichtungen tätigen Ärztinnen und Ärzten**

Vgl. Anmerkungen zu § 116 und § 116a SGB V

**Artikel 8 Nr. 11 § 32 und Nr. 12 § 32 b – Vertretungszeiten**

Entsprechend seines Bekenntnisses zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf begrüßt der MB die Möglichkeit für Vertragsärztinnen, sich im zeitlichen Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes nicht mehr nur 6, sondern 12 Monate vertreten lassen zu können. Der Marburger Bund regt an, diese Regelung nicht nur auf Vertragsärztinnen zu begrenzen, sondern auf Wunsch auch auf Vertragsärzte, die sich als Väter mehr in die Erziehung ihrer Kinder einbringen möchten, anzuwenden. Sinnvoll ist auch die geplante Regelung zur Möglichkeit der Beschäftigung eines Entlassassistenten wegen Kindererziehung bis zu 36 Monaten, wobei dieser Zeitraum auch unterbrochen werden kann.

**Weiterer im Gesetzentwurf noch nicht berücksichtigter Änderungsbedarf**

Ein Gesetzentwurf zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen muss nach Ansicht des Marburger Bundes auch die Sicherung der stationären Versorgung im Blick behalten.

Neben dem immer deutlicher werdenden Ärztemangel im Krankenhaus droht auch der Finanzrahmen für die Krankenhäuser zu einer schwerwiegenden Belastung für die stationäre Versorgung zu werden.

Der Marburger Bund unterstützt deshalb die Forderung des Bundesrates, die Regeln für die Ermittlung des Basisfallwertes so zu ändern, dass die allgemeine Sach- und Personalkostenentwicklung im Krankenhausbereich mit dem Landesbasisfallwert finanziert werden kann.

Außerdem muss der bereits durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz im Jahr 2009 eingeführte Orientierungswert, der die Veränderungsrate als Obergrenze für die Anpassung der Landesbasisfallwerte ablösen soll, endlich in Kraft gesetzt werden. Dieser muss zwingend einen Ausgleich tarifvertraglich bedingter Personalkostensteigerungen vorsehen.

Um befürchtete Finanzierungslücken des Gesundheitsfonds zu verhindern, wurde im GKV-Finanzierungsgesetz u. a. sowohl für 2011 als auch für 2012 eine Minderung der Veränderungsrate vorgesehen. Für 2012 beträgt diese 0,5%. Zudem kam es zu erheblichen Kürzungen für Mehrleistungen.

Angesichts der deutlich verbesserten Finanzlage des Gesundheitsfonds appelliert der Marburger Bund eindringlich an den Gesetzgeber, die für das Jahr 2012 zu Lasten der Krankenhäuser vorgesehenen Kürzungen wieder aufzuheben.