

Gegenäußerung der Bundesregierung
zur der Stellungnahme des Bundesrates
vom 23. September 2011

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen
in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)
BR-Drucksache 456/11 (Beschluss)

1. Zu Artikel 1 Nummer 1a – neu (§ 9 Absatz 2a – neu SGB V)

Der Vorschlag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

2. Zu Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe b (§ 11 Absatz 6 Satz 1 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Durch die vorgesehene Regelung des § 11 Absatz 6 SGB V sollen die bisherigen Angebotsmöglichkeiten der Krankenkassen für Satzungsleistungen ausgeweitet und damit die wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen auf der Leistungsseite der GKV gestärkt werden. Dafür soll den Krankenkassen ein weiterer Gestaltungsspielraum eingeräumt werden, der ausdrücklich auch Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern umfasst. Die Vorschrift sieht ausdrücklich vor, dass diese Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Die Bundesregierung wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen, inwieweit dies gesetzlich präzisiert werden kann.

3. Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 19 Absatz 1a Satz 1a – neu – SGB V)

Der Vorschlag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

4. Zu Artikel 1 Nummer 3a – neu und

3b – neu (§ 21 Absatz 1 Satz 1a – neu -,

(§ 22 Absatz 1 Satz 2 – neu -,

Absatz 2 Satz 2 – neu -, Satz 3 – neu – und

Absatz 3 Satz 2 – neu – SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Eine gute zahnmedizinische Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen ist der Bundesregierung ein wichtiges Anliegen. Die Vorgabe im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), wonach den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen ist, gilt auch für die vertragszahnärztliche Versorgung sowie für alle daran Mitwirkenden und Beteiligten.

Die Sicherstellung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse liegt bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Viele Krankenkassen nutzen die geltenden Vorschriften u.a. zur integrierten Versorgung bzw. zur besonderen ambulanten zahnärztlichen Versorgung und haben entsprechende Verträge zur Verbesserung der Mundgesundheit unter anderem von pflegebedürftigen und behinderten Versicherten mit Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Trägern von Einrichtungen oder mit Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgeschlossen.

Ob bzw. inwieweit ein Handlungsbedarf im Hinblick auf eine Änderung der gesetzlichen Vorgaben besteht, wird zur Zeit auch vor dem Hintergrund des Vorschlags des Bundesrates sowie des Konzepts u.a. der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ unter Einbeziehung damit verbundener finanzieller Auswirkungen geprüft.

Aussagen über gesetzgeberische Konsequenzen lassen sich derzeit noch nicht treffen.

5. Zu Artikel 1 Nummer 3c – neu – (§ 24b Absatz 4 Satz 3 und Satz 4 – neu – SGB V)

Der Vorschlag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

6. Zu Artikel 1 Nummer 3d – neu (§ 27a Absatz 3 Satz 3, Satz 4 – neu – SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Der Gesetzentwurf sieht mit § 11 Absatz 6 – neu – SGB V bereits vor, dass die bisherigen Angebotsmöglichkeiten der Krankenkassen für Satzungsleistungen auch im Bereich der künstlichen Befruchtung ausgeweitet werden können.

7. Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 28 Absatz 1 Satz 5 – neu - und Satz 6 – neu – SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Der Gesetzgeber hat in § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V keine Einschränkung hinsichtlich der Einsatzes der Praxisassistentin in Versorgungsregionen vorgenommen. Über die Anpassung der Regelungen entscheidet die gemeinsame Selbstverwaltung in eigener Zuständigkeit. Bis Ende 2011 ist eine Überprüfung der Regelungen, die die gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundesebene auf Grundlage von § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V vereinbart hat, vorgesehen. Das Bundesministerium für Gesundheit wird das weitere Vorgehen der Selbstverwaltung auf Bundesebene beobachten.

8. Zu Artikel 1 Nummer 6a – neu (§ 35a Absatz 7 Satz 3

Satz 3a – neu – SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Eine regelmäßige Beteiligung der Zulassungsbehörden wird nicht für sinnvoll erachtet. Es ist im Einzelfall zu beurteilen, ob eine Beteiligung sinnvoll und erforderlich ist. Eine regelmäßige Beteiligung der Zulassungsbehörden im Sinne der vom Bundesrat vorgeschlagenen "Soll-Vorschrift" ist sowohl im Hinblick auf den bei den Zulassungsbehörden sowie beim Gemeinsamen Bundesausschuss entstehenden zusätzlichen Aufwand als auch unter dem Gesichtspunkt der Verfahrensbeschleunigung nicht zu befürworten.

9. Zu Artikel 1 Nummer 7a – neu (§ 38 Absatz 1a – neu -,

Absatz 2 Satz 1 und

Satz 2 SGB V)

In § 11 Absatz 6 SGB V – neu – ist vorgesehen, dass die Krankenkassen zukünftig auch im Bereich der Haushaltshilfe in ihren Satzungen Mehrleistungen anbieten können. Darüber hinaus wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft, ob weitergehende Regelungen notwendig sind.

10. Zu Artikel 1 Nummer 13 Buchstabe a – neu – Doppelbuchstabe aa – neu –

(§ 73b Absatz 4 Satz 6 SGB V),

Doppelbuchstabe bb

(§ 73b Absatz 4 Satz 7 SGB V),

Buchstabe b – neu – Doppelbuchstabe aa

(§ 73b Absatz 4a Satz 4 SGB V),

Doppelbuchstabe bb

(§ 73b Absatz 4a Satz 5 SGB V),

Nummer 13a – neu – (§ 73c Absatz 3 Satz 4 und 5 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Einen inhaltsgleichen Vorschlag hatte der Bundesrat bereits zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften vorgelegt (BT-Drucks. 17/1297, S. 25). An der dazu in der Gegenäußerung der Bundesregierung (a.a.O., S. 39) vertretenen Auffassung, wird nach erneuter Prüfung festgehalten.

11. Zu Artikel 1 Nummer 13 Buchstabe b (§ 73b Absatz 4a Satz 5 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Mit der im Regierungsentwurf vorgesehenen Änderung des § 73b SGB V wird klargestellt, dass es sich bei dem Schiedsspruch der Schiedsperson nicht um einen Verwaltungsakt handelt, sondern dass die Schiedsperson als Vertragshelfer analog § 317 BGB tätig wird. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 25. November 2010 – B 3 KR 1/10 R) zu der insoweit vergleichbaren Regelung in § 132a Abs. 2 SGB V wird der Vertragsinhalt durch die Festlegung der Schiedsperson rechtsgestaltend ergänzt. Die dagegen gerichtete Ersetzungsklage als Sonderform der Leistungsklage hat keine aufschiebende Wirkung, sodass es der vorgeschlagenen Regelung nicht bedarf.

12. Zu Artikel 1 Nummer 14 (§ 75 Absatz 1 Satz 2a und

Absatz 2 Satz 3 – neu – bis Satz 7 – neu – SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben bereits heute die Aufgabe zu prüfen, inwieweit der übernommene Versorgungsauftrag auch erfüllt wird. Die Länder haben

im Rahmen ihrer Aufsicht die Möglichkeit darauf hinzuwirken, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen ihre vorgesehenen Aufgaben auch wahrnehmen.

13. Zu Artikel 1 Nummer 15 Buchstabe b (§ 77 Absatz 2 SGB V) und Nummer 15a – neu – (§ 78 Absatz 2 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Die Möglichkeit für Kassenärztliche Vereinigungen, sich länderübergreifend zusammenzuschließen, stellt eine sachgerechte Weiterentwicklung des Systems der Kassenärztlichen Vereinigungen dar. Sie ermöglicht die Herstellung ausgeglichener Größenverhältnisse zwischen den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen und ist geeignet, Verhandlungsungleichgewichte im Verhältnis zur Kassenseite zu verhindern. Dagegen führt die vorgesehene Regelung nicht zu einer Aushöhlung der Aufsichtskompetenzen der Länder, da auch die aus Zusammenschlüssen hervorgegangenen Kassenärztlichen Vereinigungen der Landesaufsicht unterliegen. Außerdem müssen die Zusammenschlüsse von den jeweils betroffenen Ländern genehmigt werden, die hierdurch maßgeblich am Zustandekommen von Zusammenschlüssen mitwirken.

14. Zu Artikel 1 Nummer 20 Buchstabe f (§ 85 Absatz 4 Satz 2 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Vertragliche Vereinbarungen zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen haben in der Praxis der letzten Jahren keine erkennbaren positiven Auswirkungen auf die effiziente Verteilung des Honorars zwischen den Zahnärzten gezeigt. Sie sind jedoch verwaltungsaufwändig, zeitintensiv und weniger flexibel. Daher wird mit der Neuregelung des § 85 Absatz 4 Satz 2 im Entwurf des Versorgungsstrukturgesetzes der vor dem 1. Juli 2004 bestehende Rechtszustand wieder hergestellt, dass die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen den Honorarverteilungsmaßstab in eigener Verantwortung als Satzung zu beschließen und das Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen herzustellen haben.

15. Zu Artikel 1 Nummer 22 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa,

Doppelbuchstabe bb – neu –

(§ 87 Absatz 2b Satz 1, Satz 6 – neu – bis 8 – neu – SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Der Gesetzgeber hat in § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V keine Einschränkung hinsichtlich des Einsatzes der Praxisassistentin in Versorgungsregionen vorgenommen. Über die Anpassung der Regelungen entscheidet die gemeinsame Selbstverwaltung in eigener Zuständigkeit. Bis Ende 2011 ist eine Überprüfung der Regelungen, die die gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundesebene auf Grundlage von § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V vereinbart hat, vorgesehen. Das Bundesministerium für Gesundheit wird das weitere Vorgehen der Selbstverwaltung auf Bundesebene beobachten.

16. Zu Artikel 1 Nummer 23 Buchstabe b Doppelbuchstabe dd

(§ 87a Absatz 2 bisheriger Satz 4

(jetzt Satz 3) SGB V) und

Buchstabe e (§ 87a Absatz 4 Satz 1 Nummer 5 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Es ist sachgerecht, dass der Bewertungsausschuss Kriterien als Rahmen für die Vereinbarungen von Zuschlägen auf den Orientierungswert beschließt. Die Kriterien können so ausgestaltet werden, dass die Gesamtvertragspartner regionale Besonderheiten bzw. Gegebenheiten berücksichtigen können. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind gefordert, geeignete Vorschläge in die ärztlichen Gremien zur Berücksichtigung durch den Bewertungsausschuss einzubringen.

17. Zu Artikel 1 Nummer 23 Buchstabe b Doppelbuchstabe dd1 - neu –

§ 87a Absatz 2 Satz 3a - neu - SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Die gesetzliche Festlegung von Zuschlägen auf den Orientierungswert für die Substitutionsbehandlung von Drogenabhängigen ist nicht vereinbar mit der Flexibilisierung und Regionalisierung des Vergütungssystems. Im Übrigen werden zurzeit die Bewertungen der Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab überprüft.

18. Zu Artikel 1 Nummer 24 (§ 87b Absatz 1 Satz 2 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Die Vorgabe, dass die Honorarverteilung im Einvernehmen mit den Krankenkassen erfolgt, ist nicht vereinbar mit der von der Bundesregierung vorgesehenen Kompetenzzuweisung der Honorarverteilung an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Deren Flexibilisierungs- und Gestaltungsmöglichkeiten würden dadurch in nicht sachgerechter Weise eingeschränkt.

19. Zu Artikel 1 Nummer 24 (§ 87b Absatz 4 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Die seit dem Jahr 2010 geltende bundesweite Vorgabe zur Trennung der Gesamtvergütungen in einen haus- und einen fachärztlichen Anteil hat Stabilität und eine getrennte Weiterentwicklung der beiden Vergütungsbereiche bewirkt. Damit wird auch Forderungen aus der Ärzteschaft entsprochen.

20. Zu Artikel 1 Nummer 26 (§ 87d Absatz 2 Satz 4 SGB V)

Der Vorschlag wird geprüft.

21. Zu Artikel 1 Nummer 27 Buchstabe 0a - neu - (§ 90 Absatz 2 Satz 1 SGB V)

Der Vorschlag wird geprüft.

22. Zu Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe a (§ 91 Absatz 2 Satz 2 bis 7, Satz 15 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Mit der Neuregelung soll die Neutralität und Unabhängigkeit der Unparteiischen und deren Stellvertreter und damit deren Akzeptanz gestärkt werden. Hierfür wird insbesondere als wichtig angesehen, dass die in Betracht kommenden Personen nicht bereits aus ihrer beruflichen Position heraus einer der Trägerorganisationen und deren Interessen nahestehen. Ebenso dient das Verfahren mit Anhörungs- und Widerspruchsmöglichkeit des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages der Gewährleistung der erforderlichen Neutralität und ergänzt die im

Selbstverwaltungsprinzip begründete Legitimation des G-BA hinsichtlich der unparteiischen Mitglieder durch eine vom Parlament abgeleitete Legitimation.

23. Zu Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe f Doppelbuchstabe aa (§ 91 Absatz 7 Satz 2a SGB V),
Nummer 54 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (§ 137c Absatz 1 Satz 2 SGB V),
Nummer 56 (§ 137e Absatz 1 Satz 1a - neu -, _____
Absatz 2 Satz 3, _____
Absatz 6 Satz 1 und _____
Absatz 7 und 8 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Er zielt auf eine Verengung des Zugangs zu Innovationen und wird dem Ziel, dass alle GKV-Versicherten gleichermaßen und zeitnah vom medizinischen Fortschritt profitieren sollen, nicht gerecht. Dem wichtigen Anliegen, dass neue Methoden ihren patientenrelevanten Nutzen belegen, entspricht bereits das in dem Regierungsentwurf vorgelegte ausgewogene Gesamtkonzept zur Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Potential. Es fokussiert auf den Nutzenbeleg, ermöglicht aber gleichzeitig den schwer kranken Patientinnen und Patienten im Krankenhaus weiterhin den Zugang zu vielversprechenden innovativen Methoden und damit die Teilhabe am Fortschritt.

24. Zu Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe g (§ 91 Absatz 9 Satz 2 und Satz 3 – neu – SGB V

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Die Beteiligungsrechte der stellungnahmeberechtigten Organisationen an den Entscheidungen des G-BA werden durch die im Regierungsentwurf enthaltene Regelung in § 91 Absatz 9 SGB V bereits wesentlich gestärkt., denn sie erhalten zusätzlich zu dem bisherigen schriftlichen Stellungnahmerecht nun regelmäßig auch die Gelegenheit zur mündlichen Anhörung. Im Interesse der Funktionsfähigkeit des G-BA ist eine ausgewogene Balance zwischen der Anzahl mitberatender Personen und der Gewährleistung einer effektiven Entscheidungsfindungspraxis erforderlich. Ein generelles Teilnahmerecht an allen Unterausschuss-Sitzungen ist zudem nicht

erforderlich, denn der G-BA kann – in Fällen wo eine unmittelbare Teilnahme einer stellungnahmeberechtigten Institution im Unterausschuss sinnvoll erscheint – aufgrund der vorgesehenen Neuregelung zukünftig die Sitzungsteilnahme ermöglichen. Im Übrigen ist der G-BA zu der gebotenen Transparenz seiner Entscheidungen verpflichtet.

25. Zu Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (§ 95 Absatz 1 Satz 6 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Die Einführung medizinischer Versorgungszentren ist damit begründet worden, dass Einrichtungen zugelassen werden sollen, die sich durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit insbesondere von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen auszeichnen und den Patienten eine Versorgung aus einer Hand bzw. "unter einem Dach" anbieten können. Mit der vorgeschlagenen Regelung würde dieses für medizinischen Versorgungszentren wesentliche Charakteristikum für den Bereich der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte aufgegeben. Wenn sich mehrere an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit zusammenschließen möchten, haben sie bereits nach geltendem Recht die Möglichkeit, dies in der Form einer Berufsausübungsgemeinschaft umzusetzen. An dem für medizinische Versorgungszentren geltenden Erfordernis einer fachübergreifenden Tätigkeit soll daher festgehalten werden.

26. Zu Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe b, c Doppelbuchstabe aa und bb, d und e
(§ 95 Absatz 1a,
Absatz 2 Satz 6,
Absatz 6 Satz 3 und 4 und
Absatz 7 Satz 1 und 2 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Auf die Gründe für die Neufassung der Voraussetzungen zur Gründung medizinischer Versorgungszentren im Regierungsentwurf wird Bezug genommen. Für Medizinische Versorgungszentren, die in der Vergangenheit in anderen als den künftig

zugelassenen Rechtsformen gegründet wurden, gelten die Regelungen zum Bestandschutz. Zugelassene Krankenhäuser sollen im Übrigen auch künftig zur Gründung medizinischer Versorgungszentren berechtigt bleiben.

27. Zu Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe c1 - neu -
(§ 95 Absatz 3 Satz 1, Satz 4 - neu - SGB V)
Buchstabe c2 - neu -
(§ 95 Absatz 5 Satz 2 SGB V)
Buchstabe d Doppelbuchstabe 0aa - neu -
Doppelbuchstabe 1aa - neu -
(§ 95 Absatz 6 Satz 1, Satz 2 SGB V)
Artikel 9 Nummer 5a - neu - (§ 19a Absatz 2 und 3 Ärzte-ZV) und
Artikel 10 Nummer 5a - neu - (§ 19a Absatz 2 und 3 Zahnärzte-ZV)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Mit einer weiteren Unterteilung möglicher Versorgungsaufträge wäre eine kaum mehr zu kontrollierende Aufsplitterung und Vervielfältigung von Vertragsarztsitzen verbunden. Es ist fraglich, ob derart differenzierte Versorgungsaufträge tatsächlich überprüft bzw. umgesetzt werden könnten. Darüber hinaus dürfte eine weitergehende Differenzierung des Versorgungsauftrags einen erhöhten bürokratischen Aufwand bedeuten.

28. Zu Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe c1 - neu - (§ 95 Absatz 3 Satz 4 - neu - SGB V)
Buchstabe c2 - neu - (§ 95 Absatz 4 Satz 4 - neu - SGB V)

Dem Vorschlag kann derzeit nicht entsprochen werden.

Die Schaffung einer Behandlungspflicht für Vertragsärzte gegenüber bestimmten Gruppen von PKV-Versicherten (Basis- und Standardtarifversicherten) erscheint angesichts der bisher bekannt gewordenen Einzelfälle und bestehenden Handlungsmöglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen derzeit im Hinblick auf die verfassungsrechtlich gebotene Verhältnismäßigkeit nicht sachgerecht. Die Bundesregierung wird die

Situation sorgfältig beobachten und bei einer Verschärfung der Problematik über Einzelfälle hinaus den Vorschlag der Länder prüfen.

29. Zu Artikel 1 Nummer 34 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (§ 99 Absatz 1 Satz 2a0 - neu - SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Für Arztgruppen, für die bundesweit weniger als 1 000 Vertragsärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, werden Allgemeine Verhältniszahlen nicht bestimmt. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft in Abständen von zwei Jahren, welche weiteren Arztgruppen entsprechend ihrer zahlenmäßigen Entwicklung oder aufgrund der Änderung der fachlichen Ordnung in die Planung einbezogen werden. Dies ermöglicht eine sachgerechte, hinreichend genaue und bundesweit einheitliche Bedarfsplanung.

30. Zu Artikel 1 Nummer 34a - neu - (§ 100 Absatz 3 Satz 2 - neu - SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Die Vorgaben in der Bedarfsplanungsrichtlinie zur Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen sehen bereits eine Berücksichtigung regionaler Besonderheiten vor. So sind bei der Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs insbesondere folgende Kriterien zu berücksichtigen: Altersstruktur der Ärzte, ergänzendes Angebot ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser in der Bezugsregion, Berücksichtigung ambulanter Leistungen von Ärzten und Krankenhäusern, Zahl der Wohnbevölkerung, ihre Altersstruktur, ihre Nachfrage nach ärztlichen Leistungen sowie der Ort der tatsächlichen Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen. Vor diesem Hintergrund wird ein Bedarf für eine Abweichungsmöglichkeit des Landesausschusses um "regionale Besonderheiten" berücksichtigen zu können nicht gesehen.

31. Zu Artikel 1 Nummer 35 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe bbb (§ 101 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Satz 1a - neu -, Satz 1b - neu - und Satz 1c - neu - SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Alle an der vertragsärztlichen Bedarfsplanung Beteiligten können zukünftig über die Daten nach § 303a SGB V verfügen. Diese Daten sind jedoch für eine verpflichtende Nutzung im Rahmen der Bedarfsplanung allein nicht geeignet. Aus diesen Daten können für die Bedarfsplanung ergänzende Informationen über die Morbidität der Versicherten entnommen werden. Diese Daten stellen nur einen Teil der bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen als Hauptakteure der Bedarfsplanung vorliegenden und auch in verschiedenster Weise bereits nutzbaren Daten dar. Epidemiologische Daten können bereits heute durch die Teilnehmer an der Bedarfsplanung genutzt werden.

32. Zu Artikel 1 Nummer 35 Buchstabe b1 - neu - (§ 101 Absatz 4 Satz 2 bis 5 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Der Gesetzentwurf verfolgt insbesondere das Ziel eine präzisere Bedarfsplanung für alle Arztgruppen zu ermöglichen. Dies schließt die psychotherapeutische Versorgung ein. Die Neubestimmung der Verhältniszahlen ist Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschuss. Im Gesetzentwurf ist u.a. vorgesehen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Anpassung der Verhältniszahlen für alle Arztgruppen künftig allein nach sachgerechten Kriterien und nicht mehr stichtagsbezogen vorzunehmen hat. Als sachgerechte Kriterien für die Anpassung der Verhältniszahlen kommen über die gesetzlich ausdrücklich vorgegebene Demografie hinaus auch solche Faktoren in Betracht, die Auswirkungen auf den tatsächlichen Versorgungsbedarf haben.

33. Zu Artikel 1 Nummer 36 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa (§ 103 Absatz 4 Satz 1 SGB V) und Doppelbuchstabe dd (§ 103 Absatz 4 Satz 7a - neu - und Satz 7b - neu - SGB V)

Der Vorschlag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

34. Zu Artikel 1 Nummer 36 Buchstabe b Doppelbuchstabe 0aa - neu -

(§ 103 Absatz 4a Satz 1 SGB V)

Buchstabe c Doppelbuchstabe aa - neu -

Doppelbuchstabe bb - neu -

Doppelbuchstabe cc

(§ 103 Absatz 4b Satz 1, Satz 1a - neu -und

Satz 3 - neu - SGB V)

Der Vorschlag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

35. Zu Artikel 1 Nummer 37 Buchstabe b (§ 105 Absatz 1a Satz 1,

Satz 3a - neu -,

Satz 3b - neu - und

Satz 3c - neu -SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Der Strukturfonds ist ein neues und flexibles Instrument der ärztlichen Selbstverwaltung zur eigenverantwortlichen Erfüllung der ihr durch den Gesetzgeber originär zugewiesenen Aufgaben zur Gewährleistung, Verbesserung und Förderung der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen des Sicherstellungsauftrags. Die Entscheidungen über die konkrete Mittelverwendung des Strukturfonds zielen insbesondere ab auf die Nachwuchsförderung (z.B. durch die Vergabe von Stipendien an Medizinstudentinnen und -studenten) oder die Förderung von Neuniederlassungen oder die Gründung von Zweigpraxen (z.B. durch Investitionshilfen). Eine Mitsprache der Krankenkassen ist auch deshalb nicht sachgerecht, weil damit eine zügige Mittelverwendung erschwert werden könnte.

36. Zu Artikel 1 Nummer 37 Buchstabe e (§ 105 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V)

Der Vorschlag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

37. Zu Artikel 1 Nummer 38 Buchstabe a1 - neu - (§ 106 Absatz 2c Satz 1a - neu –
SGB V)

Der Vorschlag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

38. Zu Artikel 1 Nummer 38 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa1 – neu –
(§ 106 Absatz 5a Satz 11 SGB V) und
Doppelbuchstabe bb
(§ 106 Absatz 5a Satz 11 und 12 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Nach geltendem Recht führt bereits die Anrufung des Beschwerdeausschusses gegen Entscheidungen der Prüfungsstelle zur aufschiebenden Wirkung. Hierdurch ist den Belangen der betroffenen Vertragsärzte ausreichend Rechnung getragen. Eine Herstellung der aufschiebenden Wirkung bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung der Sozialgerichtsbarkeit über Klagen kann langjährigen Verfahrensdauern führen und die Vollziehbarkeit von Regressen um viele Jahre verzögern. Lange Verfahrensdauern schwächen die Wirksamkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und sind für die betroffenen Vertragsärzte nicht zumutbar.

39. Zu Artikel 1 Nummer 39 Buchstabe c - neu - (§ 111b Absatz 4 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Die Rechtsaufsicht der zuständigen Landesbehörde sollte sich nicht nur auf die Geschäftsführung der Landesschiedsstelle erstrecken. Auch wenn es in § 111 Abs. 5 SGB V keine spezifischen Vorgaben für ein Preissystem bei den Einzelverträgen gibt, sind doch allgemeine Rechtsvorschriften (z.B. allgemeine Wettbewerbsvorschriften oder auch z.B. der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs.1 SGB V) bei den Entscheidungen der Landesschiedsstelle zu berücksichtigen.

40. Zu Artikel 1 Nummer 44 (§ 116b SGB V)

Der Vorschlag wird mit dem Ziel, in diesem Gesetzgebungsverfahren zu sachgerechten Lösungen zu kommen, geprüft.

41. Zu Artikel 1 Nummer 44a – neu – (§ 118a – neu – SGB V)

Der Vorschlag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

42. Zu Artikel 1 Nummer 48a - neu - (§ 132a Absatz 2 Satz 7a - neu - und Satz 7b - neu - SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

In der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 25. November 2010 – B 3 KR 1/10 R) ist geklärt, dass die Schiedsperson nach § 132a Abs. 2 SGB V als Vertragshelfer analog § 317 BGB tätig wird. Bei der Festlegung des Vertragsinhalts durch die Schiedsperson handelt es sich danach nicht um einen Verwaltungsakt. Vielmehr wird der Vertragsinhalt durch die Festlegung der Schiedsperson rechtsgestaltend ergänzt. Die dagegen gerichteten Ersetzungsklage als Sonderform der Leistungsklage hat keine aufschiebende Wirkung, sodass es der vorgeschlagenen Regelung, nach der der Vertragsinhalt bis zu einer gerichtlichen Entscheidung als verbindlich gilt und umzusetzen ist, nicht bedarf. Mit der ebenfalls vorgeschlagenen Regelung, nach der Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson keine aufschiebende Wirkung haben, würde zudem die mit der genannten Entscheidung des Bundessozialgerichts erreichte Klärung des Rechtscharakters der Festlegung des Vertragsinhalts durch die Schiedsperson wieder in Frage gestellt, da eine Regelung zum Ausschluss der aufschiebenden Wirkung der Klage den Eindruck entstehen lassen kann, dass es sich bei der Entscheidung der Schiedsperson um einen Verwaltungsakt handele (vgl. die Begründung zu der im Regierungsentwurf vorgesehenen Änderung des § 73b Abs. 4a Satz 4 SGB V).

43. Zu Artikel 1 Nummer 60 Buchstabe a – neu - (§ 155 Absatz 2 Satz 5 SGB V), Buchstabe b - neu - (§ 155 Absatz 4 Satz 9 SGB V) und Nummer 60a - neu - (§ 171 Satz 1 SGB V)

Der Vorschlag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

44. Zu Artikel 1 Nummer 64 Buchstabe b (§ 175 Absatz 2a SGB V)

Der Vorschlag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

45. Zu Artikel 1 Nummer 64 Buchstabe c - neu - (§ 175 Absatz 3a - neu - SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Der Vorschlag würde zu einem erheblichen bürokratischen Mehraufwand führen. Obwohl die Anzahl der Betroffenen relativ gering sein dürfte, müsste für diesen Personenkreis ein gesondertes Verfahren geschaffen werden. Hinzu kommt, dass eine Verpflichtung der Grundsicherungsträger, Leistungsbeziehende nach dem SGB II bei einer Krankenkasse anzumelden, die einen über dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag liegenden Zusatzbeitrag erhebt, mit der Verpflichtung der Leistungsbeziehenden verbunden ist, den Differenz-Zusatzbeitrag selbst aus der Regelleistung oder dem Schonvermögen zu erbringen, was einen unzulässigen Eingriff in das Grundrecht auf Gewährleistung des soziokulturellen Existenzminimums darstellen würde.

46. Zu Artikel 1 Nummer 67 Buchstabe b (§ 221b Absatz 2 Satz 2 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass die Kosten und Einsparungen, die sich durch die in dem Evaluierungsauftrag erfassten Maßnahmen ergeben, nur schwer abzuschätzen sind. Um gegebenenfalls eine Belastung des Bundeshaushalts zu vermeiden, ist die Regelung nach § 221b Absatz 2 Satz 2 SGB V erforderlich. Zudem betont sie, dass die Regelung des § 221b Absatz 2 Satz 2 SGB V den Anspruch des Mitglieds auf Sozialausgleich unberührt lässt.

47. Zu Artikel 1 Nummer 75a - neu - (§ 268 Absatz 3 Satz 14 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Vorgaben zu den Datengrundlagen der Datentransparenz sind kein Gegenstand der in § 268 SGB V geregelten Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs.

48. Zu Artikel 1 Nummer 77 (§ 271 Absatz 2a Satz 4 - neu - SGB V)

Der Vorschlag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren zusammen mit den bereits im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen zur Schließung von Krankenkassen einer Prüfung unterzogen.

49. Zu Artikel 1 Nummer 77a - neu - (§ 275 Absatz 1c Satz 4 - neu - SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Bei der zur Begründung angeführten Verfahrensweise „verschiedener“ Krankenkassen in Ostdeutschland handelt es sich um kein flächendeckendes und kassenartenübergreifendes Prüfungs- und Abrechnungsverhalten von Krankenkassen in den ostdeutschen Ländern. Zudem entfällt die angeführte Minderung der Benutzerentgelte nach Artikel 14 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) mit Ablauf des Krankenhausinvestitionsprogramms in den ostdeutschen Ländern im Jahr 2014.

50. Zu Artikel 1 Nummer 79 (§ 285 Absatz 3 Satz 9 - neu - SGB V)

Die Bundesregierung wird prüfen, ob und ggf. wie das Anliegen dieses Vorschlages in einem späteren Gesetzgebungsverfahren umgesetzt werden kann.

51. Zu Artikel 1 Nummer 80 Buchstabe d (§ 295 Absatz 3 Satz 2 SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Die Selbstverwaltung kann im erforderlichen Umfang Ärztinnen und Ärzten durch Empfehlungen und Anleitungen beim Kodieren unterstützen. Im Übrigen veröffentlicht das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit die amtliche Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten. Diese enthält ergänzende Informationen zur Angabe von Diagnosen, insbesondere im Abschnitt Zusatzinformationen, Anleitung zur Verschlüsselung.

52. Zu Artikel 1 Nummer 80 (§ 295 SGB V)

Das Anliegen der Entschließung wird grundsätzlich unterstützt. Interoperable und kompatible Praxisverwaltungssysteme (PVS-Systeme) tragen zur Verbesserung des Datenaustauschs unter Leistungserbringern bei. Sie unterstützen das mit der gesetzlich geregelten Telematikinfrastruktur und der elektronischen Gesundheitskarte verfolgte Ziel, die Qualität der Behandlung durch eine bessere Information und Kommunikation der Leistungserbringer zu steigern. Gesetzlich geregelte sektorübergreifende Dokumentationspflichten (z.B. in der hausarztzentrierten Versorgung - § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V) sind mit interoperablen PVS-Systemen besser umsetzbar. Zu dem Anliegen des Bundesrates besteht jedoch noch erheblicher Klärungsbedarf. Dazu gehört die Frage, ob eine gesetzliche Regelung zwingend erforderlich ist und welche Alternativen hierzu bestehen. Im Falle einer Regelung wäre

zudem die Frage zu klären, wie ein sektorübergreifender Ansatz – auch unter Berücksichtigung wettbewerbsrechtlicher Aspekte - gestaltet und organisatorisch umgesetzt werden kann. Vor diesem Hintergrund ist das Anliegen nicht geeignet, jetzt im Versorgungsstrukturgesetz gesetzlich geregelt zu werden.

53. Zu Artikel 1 Nummer 83 (§ 303a Absatz 1 Satz 3 - neu -, § 303b Satz 1, § 303c Absatz 2 Satz 2, § 303d Absatz 1 Satz 1 und 2, Absatz 2 Satz 3 - neu - und § 303e Absatz 2 Satz 1 Nummer 2a - neu - SGB V)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Es besteht keine Notwendigkeit die Aufgaben der Datenaufbereitungsstelle für einzelne Nutzungszwecke auf eine weitere Stelle zu übertragen. Die vorgeschlagene Erweiterung der Nutzungszwecke um "Untersuchungen zur Arzneimittelsicherheit" ist nicht erforderlich, weil dieser Aspekt unter den bereits vorgesehenen Nutzungszweck "Verbesserung der Qualität der Versorgung" subsumiert werden kann.

54. Zu Artikel 3 Nummer 1 (§ 66 Absatz 3 Satz 3 SGB X)

Dem Vorschlag kann unter der Voraussetzung, dass sich die zuständige Vollstreckungsbehörde weiterhin nach den jeweiligen landesrechtlichen Vorschriften bestimmt, also die Gesetzesbegründung der Bundesregierung sich nicht ändert, entsprochen werden.

55. Zu Artikel 7 Nummer 1a – neu – (§ 4 Absatz 2a KHEntgG) und Nummer 1b – neu – (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 bis 6 und Satz 2 bis 4 KHEntgG)

Den Vorschlägen kann nicht entsprochen werden.

Die korrespondierenden Vorschläge zu § 4 Abs. 2a und § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 bis 6 KHEntgG (Modifikation Mehrleistungsabschlag und Streichung von absenkend zu berücksichtigenden Faktoren bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts) bergen

die Gefahr erheblicher Mehrausgaben für die Kostenträger. Es ist nicht sichergestellt, dass die Einsparungen durch die modifizierten Mehrleistungsabschläge die Mehrausgaben kompensieren, die infolge der vorgeschlagenen Streichung von Faktoren, die sich mindernd auf die Basisfallwerte auswirken, entstehen. Darüber hinaus beinhaltet die vorgeschlagene Ausgestaltung der Mehrleistungsabschläge fragwürdige Anreizwirkungen und lässt die Problematik entstehen, dass dauerhaft krankenhausespezifische Basisfallwerte entstehen könnten. Aus diesen Gründen werden die Vorschläge abgelehnt.

Im Hinblick auf den Vorschlag zu § 10 Abs. 3 Satz 2 bis 4 KHEntgG wird darauf hingewiesen, dass die Bundesregierung die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser und deren Entwicklung aufmerksam beobachtet. Die Bundesregierung hat zudem auch die Ausgabenentwicklung der Kostenträger im Blick. Die Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen weist für das erste Halbjahr 2011 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum einen Anstieg der Ausgaben für Krankenhausbehandlung in Höhe von 4,6% aus. Dies entspricht einem Zuwachs von 1,23 Milliarden Euro. Die vorgeschlagene Aufhebung der Minderung der Grundlohnrate für das Jahr 2012 würde zu Mehrausgaben für die gesetzlichen Krankenkassen und die übrigen Kostenträger führen.

56. Zu Artikel 7 Nummer 1c - neu - (§ 10 Absatz 4 Satz 4 KHEntgG)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

Der Vorschlag zielt wie der zweite Teil des vorstehend bewerteten Vorschlags auf die Aufhebung der Grundlohnratenminderung von 0,5 Prozentpunkten für das Jahr 2012 im akutstationären Krankenhausbereich ab. Daher wird auf die Gegenäußerung zu Ziffer 55 (letzter Absatz) verwiesen.

57. Zu Artikel 7 Nummer 2 Buchstabe a - neu - (§ 21 Absatz 2 Nummer 2

Buchstabe a KHEntgG),

Buchstabe b - neu - (§ 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3

KHEntgG)

Der Vorschlag wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft.

58. Zu Artikel 9 Nummer 5 (§ 19 Absatz 4 Ärzte-ZV)

Dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden.

In überversorgten Planungsbereichen gelten bereits Zulassungsbeschränkungen, sodass Arztsitze – soweit nicht ausnahmsweise die Voraussetzungen einer Sonderbedarfszulassung vorliegen – nur noch im Wege der Praxisnachfolge besetzt werden können. Mit der Einführung eines Vorkaufsrechts der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 103 Abs. 4c SGB V (neu) kann auch die Praxisnachfolge vielfach ausgeschlossen werden. Damit steht für überversorgte Planungsbereiche künftig ein wirksames Instrument zum Abbau der Überversorgung zur Verfügung. Eine generelle Befristung der Zulassung in überversorgten Planungsbereichen ist daher nach Auffassung der Bundesregierung nicht erforderlich und würde die Berufsausübung der niedergelassenen Ärzte zudem übermäßig beschränken.

59. Zum Gesetzentwurf insgesamt

Die Bundesregierung stellt fest, dass die im Vorfeld des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes erfolgten Gespräche mit den Ländern in konstruktiver Atmosphäre verlaufen sind und die dort konsentierten Maßnahmen entweder im vorliegenden Regierungsentwurf oder in der geplanten Änderung der Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte weitgehend umgesetzt werden. Sofern seitens des Bundesrates konkrete Änderungsvorschläge zu den im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen erfolgen, wird auf die entsprechende Gegenäußerung der Bundesregierung verwiesen.