

## **Versorgungsgesetz: NRW will Strafzahlungen bei überlangen Wartezeiten Länder-Antrag zur Verschiebung der Ambulant Spezialärztlichen Versorgung (ASV)**

Um 11 Uhr beginnt heute die Sonder-Sitzung des Gesundheitsausschusses des Bundesrates zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG).

Nach Insiderangaben sind wichtige Änderungsanträge der Bundesländer für die neue Gesundheitsreform zusammengestellt. Im Katalog: Strafzahlungen bei überlangen Wartezeiten, Rückkehr der AKR, Honorar-Konvergenz, keine Honorarverteilung in KV-Regie.

Die generelle Gretchenfrage bleibt zunächst offen: Ist das GKV-VStG nun zustimmungspflichtig oder nicht? Die Bundesregierung sagt nein und hat das auf subkutane Art und Weise dokumentiert: Auf der Titelseite des Kabinettsentwurfs steht: „Der Bundestag hat folgendes Gesetz beschlossen“. Sähe sie den Bundesrat mit im Gesetzgebungs-Boot, hätte sie die Länderkammer hier erwähnen müssen. Dieser Ausschluss der zweiten Kammer nötigt Länderstrategen allerdings nur ein müdes Lächeln ab. Sie verweisen darauf, dass im GKV-VStG auch Strukturfragen der KVen geregelt werden. Und da seien die Länder dann sicher gesetzgebungstechnisch mit von der Partie.

Wie auch immer – dem Bundesratsausschuss steht ein gesundheitspolitisches Mammutprogramm mit einer immer umfangreicher werdenden Kollektion von Länder-Anträgen bevor. Was davon wirklich am 23. September im Plenum des Bundesrats landet, ist ungewiss. In der Folge ein Stichwort-Zettel in alphabetischer Reihung mit sich teilweise widersprechenden Ansätzen:

- **Ambulante Kodierrichtlinien (AKR):** Hamburg plädiert dafür, die Streichung wieder aufzuheben. Der Stadtstaat hält eine einheitliche und qualitativ hochwertige Kodierung als Grundlage für die Vergütungsverpflichtung der Kassen für zwingend erforderlich.
- **Ambulante Spezialärztliche Versorgung (ASV):** Niedersachsen und Rheinland-Pfalz wollen dieses Kapitel aus dem GKV-VStG ausklinken. Sie sehen massive handwerkliche Mängel. Ihr Ausweg: Ein Einzelgesetz, das zum 1. Januar 2013 kommt.
- **Angleichung des Behandlungsbedarfs:** Bayern lehnt eine zukünftige Angleichung des Behandlungsbedarfs in den KVen an einen bundesweiten und kassenübergreifenden einheitlichen Behandlungsbedarf als Basis für eine morbiditätsbedingte Honorarverteilung ab.
- **Einheitliche EDV-Schnittstelle:** Bremen will per Gesetz die Hersteller und Anbieter von Praxissoftware zur Implementierung einer einheitlichen Schnittstelle verpflichten. Ein Effekt: weniger Softwarekosten für Ärzte.
- **Hausarzt-MVZ:** Mecklenburg-Vorpommern plädiert dafür, reine Hausarzt-MVZ zu erlauben.
- **HZV-Schiedsspruch bei Klage:** Die Bayern plädieren dafür, dass der Vertragsinhalt bei einer Klage oder beim Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz verbindlich bleibt.
- **HVM nur mit Kassen-Plazet:** Berlin will die Rückkehr bei der Honorarverteilung mit KV-eigenen HVM nicht. Also: hier kein „Benehmen“ mit den Kassen, sondern „Einvernehmen“.
- **Keine Marktbeherrschung durch MVZ:** Bayern will dergleichen regionale Vorherrschaft durch VStG-Bestimmungen verhindern.
- **Klinik-MVZ:** Sachsen will Gleichrangigkeit für Klinik-MVZ nach der bisherigen Regelung.
- **Konvergenz bleibt:** NRW und Rheinland-Pfalz lehnen die geplante ersatzlose Streichung einer Konvergenz bei der Ärztevergütung ab.

## Blitzinformation

- KV-Zusammenschluss: Berlin und Thüringen sowie Sachsen sprechen sich dagegen aus, länderübergreifende Vereinigungen von KVen bilden zu können. Hauptargument: Das hat nichts mit Regionalisierung zu tun.
- Nicht zugelassene Leistungserbringer: Hessen und Rheinland-Pfalz wollen deren Einsatz (Basis: jetzt erweiterte Satzungsleistungen der Kassen) stoppen.
- Notdienst bei Selektivverträgen: Soll nach der Vorstellung von Bremen in jedem Fall bei der KV bleiben.
- Privatkliniken als integrale Töchter allgemeiner Krankenhäuser: Sachsen will erreichen, dass bei gleicher Leistung in den Privattöchtern das allgemeine Krankenhausentgeltrecht gilt.
- Re-Regionalisierung: Die Bayern wollen beispielsweise den verpflichtenden Vorgaben-Geber Bewertungsausschuss wieder weghaben. Ausgeführt wird das im Antrag am Beispiel der Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen auf Landesebene. Auch KBV-Richtlinien zur Honorarverteilung hat der Freistaat auf dem Kieker. Hier sollen die zunächst im VStG-verankerten Kann-Regeln wieder her.
- Strafzahlungen bei überlangen Facharzt-Wartezeiten: NRW beantragt, falls die Sicherstellungsverpflichtung trotz Kassen-Rüffel nicht klappt, als Ultima ratio die ambulante Behandlung in der Klinik zu ermöglichen. Die dabei anfallenden zusätzlichen Kosten sollen von der Gesamtvergütung abgezogen werden.
- Verordnungsregress: Baden-Württemberg hält es für nicht ersichtlich, wieso eine Klage gegen die Entscheidung des Beschwerdeausschusses bei einem Verordnungsregress keine aufschiebende Wirkung hat.
- Vertragsärztliche Präsenzzeiten: Das Bundesland NRW geht davon aus, dass die Übernahme eines vollen Versorgungsauftrags ein Angebot von durchschnittlich mindestens 30 Sprechstunden pro Woche beinhaltet. Über eine Prüfung der Präsenz sollen die KVen ab 1. April 2013 jährlich einen Bericht erstellen.
- Zulassungskauf durch KVen: Hamburg plädiert dafür, so die dauerhafte Festschreibung von Überversorgung in einzelnen Planungsregionen zu verhindern.

Ebenfalls einer der Knackpunkte ist: Die Bundesländer Niedersachsen und Rheinland-Pfalz beantragen, ein Filetstück des GKV-VStG, die Ambulante Spezialärztliche Versorgung (ASV), auszugliedern und zu verschieben.

In dem 3 1/2-seitigen Antrag wird den Machern der schwarz-gelben Koalition ein vernichtendes Zeugnis bei der Reform des § 116b des SGB V ausgestellt. Zitat: „Die Ausgestaltung des vorgesehenen neuen Versorgungsbereiches ist unpraktikabel und offenbart in der vorliegenden Form Regelungslücken und Fehlanreize, die die anderen Zielsetzungen des Gesetzentwurfes konterkarieren. Sie könnte die im deutschen Gesundheitswesen bestehende Schnittstellenproblematik mit ihren Behandlungsbrüchen und Informationsverlusten vergrößern.“

Deshalb schlagen beide Landesregierungen nach umfangreicher Detailkritik (z.B.: „keine Regelung zur Vermeidung von medizinisch nicht indizierten Mengenausweitungen“) vor, der Bundesrat möge die Bundesregierung und den Bundestag auffordern, die entsprechende Passage aus dem Gesetz herauszulösen und in einem gesonderten neuen Gesetzgebungsverfahren mit Länderbeteiligung weiter zu verfolgen.

Neuer Starttermin für das neue Gesetz: 1. Januar 2013. Das GKV-VStG für sich soll am 1. Januar 2012 in Kraft treten.

Den kompletten Antrag im Originaltext finden Sie hier.

Quelle: eilmeldung\_bounce@facharzt.de; im Auftrag von; eilmeldung@facharzt.de – 14. September 2011