

Bad Segeberg, 8. März 2012

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 17/3812

**Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein zum
Gesetzentwurf der Fraktionen von CDU und FDP:**

**„Entwurf eines Gesetzes zur Entwicklung medizinischer Versorgungsstrukturen
im Land“, Drucksache 17/2238**

Dr. Ingeborg Kreuz
Vorsitzende des Vorstandes
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg

I. Allgemeine Bemerkung

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein begrüßt das Vorhaben, von der mit dem Versorgungsstrukturgesetz in § 90a SGB V geschaffenen Möglichkeit, ein Gemeinsames Landesgremium für sektorenübergreifende Fragen der medizinischen Versorgung einzurichten, in Schleswig-Holstein Gebrauch zu machen.

Mit Blick auf die künftige Versorgung der Menschen in Schleswig-Holstein, insbesondere in den ländlichen Gebieten, ist eine konstruktive Zusammenarbeit der Sektoren unverzichtbar. Gerade weil das neu zu schaffende Gremium sich nach seinem gesetzlichen Auftrag darauf zu beschränken hat, Empfehlungen abzugeben und keine rechtsverbindlichen Entscheidungen herbeiführen kann, kann es der geeignete Ort sein, in konstruktiver Debatte zwischen den Beteiligten neue Lösungen für die sich in den ländlichen Räumen abzeichnenden Versorgungsprobleme zu erarbeiten, ohne zuvorderst in Kategorien von ambulant und stationär zu denken. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten sollte im Mittelpunkt der Überlegungen stehen.

Eine partnerschaftliche Zusammenarbeit im Interesse der Patienten über die Sektorengrenze hinweg kann aber nur gelingen, wenn eine künftig bessere sektorenübergreifende Zusammenarbeit keine Einbahnstraße ist. Sowohl der mögliche Beitrag von Kliniken zur ambulanten flächendeckenden Versorgung in strukturschwachen Gebieten als auch der Beitrag niedergelassener Ärzte zur Sicherung von oder als Alternative zu stationären Angeboten gehören auf die Tagesordnung.

Eine künstliche Trennung der Sektoren entspricht insbesondere jenseits der größeren Städte immer weniger der gelebten Versorgungsrealität. Nicht zuletzt durch § 116b SGB V haben sich in Schleswig-Holstein in den ländlichen Kreisen sinnvolle Kooperationen zwischen Vertragsärzten und den Krankenhäusern – häufig in kommunaler Trägerschaft – ergeben. Die Arbeit des Gemeinsamen Landesgremiums mit seiner beratenden Funktion und das Wirken der gesetzlich für die einschlägigen Entscheidungen bestehenden Gremien (Landesausschuss, Beteiligtenrunde) sollten sich deshalb sinnvoll ergänzen. Alle Beteiligten sollten allerdings darauf achten, dass vermieden wird, dass sich konkurrierende Parallelstrukturen entwickeln, die zu einer Infragestellung der bewährten und gesetzlich festgelegten Aufgabenteilung führen. Das Gremium sollte sich seiner Grenzen bewusst sein und sich darauf beschränken, nur im Rahmen seines gesetzlichen Auftrages tätig zu werden.

Im Interesse der Verlässlichkeit und der Rechtssicherheit begrüßen wir, dass der Bundesgesetzgeber auf einen Eingriff in die etablierten Selbstverwaltungsstrukturen verzichtet hat und mit der Eröffnung der Möglichkeit, regional „Gemeinsame Landesgremien“ einzurichten, einen Weg gefunden hat, eine innovative Komponente in die Versorgungsplanung einzubringen, ohne bestehende Strukturen, die seit Jahrzehnten erfolgreich eine wohnortnahe ambulante und stationäre Versorgung ermöglicht haben, zu beschädigen.

II. Bemerkungen der KVSH zu Einzelregelungen

Zu Artikel 1 – Ausführungsgesetz zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz

§ 2 [Aufgabenstellung]

Der Gesetzentwurf nennt als Aufgaben des Gemeinsamen Landesgremiums in § 2 Satz 1 des geplanten Ausführungsgesetzes zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz

- die Behandlung grundsätzlicher Fragen der Bedarfsplanung zur flächendeckenden ärztlichen Versorgung,
- die Entwicklung von auf die Regionen bezogener Versorgungsstrukturen sowie
- Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen.

In § 2 Abs. 2 wird dem in Schleswig-Holstein zu schaffenden Gremium zudem das Recht zugesprochen, Stellungnahmen in den in § 90a Abs. 2 SGB V genannten Fällen abzugeben.

Damit ist der in § 2 Satz 1 aufgeführte Aufgabenkatalog weiter gefasst als in § 90 a SGB V, der lediglich zwei Themenbereiche für die Gemeinsamen Landesgremien vorsieht, nämlich

- die Abgabe von „Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen“ sowie
- Stellungnahmen nach § 90a Abs. 2 SGB V.

Die in Schleswig-Holstein im geplanten Gesetz definierten Aufgaben des Gremiums, „grundsätzliche Fragen der Bedarfsplanung“ zu behandeln und „auf die Region bezogene Versorgungsstrukturen“ zu entwickeln können aber eine sinnvolle Erweiterung des Aufgabenkatalogs darstellen. Begrüßen würden wir allerdings, wenn in dem Gesetz klargestellt würde, dass das Gremium sich in seinen Stellungnahmen auf seinen gesetzlichen Auftrag zu beschränken hat.

Hinzuweisen ist ferner darauf, dass sowohl in der Formulierung in Artikel 1 § 2 des vorliegenden Entwurfs als auch in der Begründung (Drs. 17/2238, S. 4) zwar die „Bedarfsplanung“ – mithin die Planung in der ambulanten Versorgung – konkret benannt wird, die stationäre Versorgungsplanung (Krankenhausplanung) hingegen keine Erwähnung findet.

Dies, obgleich es nach unserem Verständnis der Grundgedanke des neuen Gremiums ist, im Gegensatz zu den weiterhin rechtsverbindlich entscheidenden Ausschüssen die medizinische Versorgung in Schleswig-Holstein sektorenübergreifend zu betrachten.

So ist auch der Hinweis in der Gesetzesbegründung, dass Empfehlungen des neuen Gremiums für die „Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen sowie deren Träger (...) nicht unmittelbar verbindlich“ sind, so richtig wie unvollständig, da auch hier die Krankenhausplanungsrunde unerwähnt bleibt.

Deshalb schlägt die KVSH folgende Präzisierung der Aufgabenstellung des „Gemeinsamen Landesgremiums“ in § 2 Abs. 1 Satz 1 vor (*Änderungsvorschlag hervorgehoben*):

„Das Gemeinsame Landesgremium soll grundsätzliche Fragen der Bedarfsplanung zur flächendeckenden ärztlichen Versorgung *sowie grundsätzliche Fragen der Krankenhausversorgung* behandeln.“

Diese Präzisierung würde verdeutlichen, dass die Aufgabe des neuen Gremiums gerade die Betrachtung *beider* Versorgungsbereiche unter dem Gesichtspunkt ist, wie auch künftig in ländlichen Regionen eine so-

wohl ambulante als auch stationäre Versorgung wohnortnah vorgehalten werden kann. Dieser Aspekt ist die Neuerung, die die Schaffung des neuen Gremiums in Ergänzung der bestehenden Strukturen im Bereich der ambulanten und stationären Versorgungsplanung begründet. Eine Klarstellung würde zudem möglichen künftigen Missverständnissen hinsichtlich der Aufgabenstellung des Gemeinsamen Landesgremiums vorbeugen.

§ 3 [Mitglieder und Vorsitz]

Die KVSH begrüßt, dass die Möglichkeit vorgesehen ist, Sachverständige zu den Beratungen hinzuziehen zu können (§ 3 Absatz 5). Da auch Fragen der spezialfachärztlichen Versorgung Gegenstand der Beratungen und Empfehlungen des Gemeinsamen Landesgremiums sein sollen (vgl. Gesetzesbegründung zu § 2 Abs. 1), sieht die KVSH vor allem bei diesen Fragen die Notwendigkeit, das spezifische Wissen jener, die diese hochspezialisierten Leistungen erbringen, verbindlich einzubeziehen.

Insbesondere die Befassung mit Fragen der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit seltenen Krankheiten oder Erkrankungen mit speziellen Verläufen erfordert aus unserer Sicht die Hinzuziehung fachspezifischer medizinischer Expertise, um das Gemeinsame Landesgremium in die Lage zu versetzen, qualifizierte Empfehlungen abgeben zu können.

Die KVSH regt deshalb an, in § 3 eine Regelung zu schaffen, die verbindlicher als im vorliegenden Entwurf bei den genannten Sachverhalten die obligatorische Einbeziehung des erforderlichen medizinischen Sachverständigen sicherstellt. Nach unserer Einschätzung würde es sich anbieten, vorzugeben, dass der jeweilige fachärztliche Berufsverband eingebunden werden muss, da die fachärztlichen Berufsverbände das Fachwissen ihrer in Schleswig-Holstein tätigen Mitglieder bündeln und als Organisationen, die sowohl ambulant als auch stationär tätige Ärzte repräsentieren, für eine nicht an Sektoren ausgerichtete Sichtweise stehen.

Zu Artikel 2 – Änderung des Gesetzes zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Die KVSH begrüßt die Absicht, die KVSH immer dann als „unmittelbar Beteiligte“ in die Beratungen des Beteiligtenrunde nach § 19 des Gesetzes zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (AG-KHG) einzubeziehen, wenn es um sektorenübergreifende Fragestellungen geht.

Die Aufnahme der KVSH als unmittelbar Beteiligte bei sektorenübergreifenden Fragestellungen wäre eine notwendige Anpassung der gesetzlichen Grundlagen an eine zunehmend sektorenübergreifende Versorgungsrealität. Die Teilnahme an der Planungsrunde als nur mittelbar Beteiligte spiegelt die Trennung der Versorgungsbereiche (niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser) zu Zeiten der Entstehung des Gesetzes vor rund 25 Jahren wieder. Die im Entwurf vorgesehene Änderung in § 19 Absatz 2 AG-KHG passt somit die gesetzlichen Regelungen an den erlebten Versorgungsalltag im Schleswig-Holstein der Gegenwart an.

Ausdrücklich hervorzuheben ist, dass die KVSH auch nach dieser Neuregelung nicht generell, sondern nur in Fragen, die Berührungspunkte zur ambulanten Versorgung aufweisen, das volle Mitspracherecht erhält. Eine generelle Einbeziehung als unmittelbar Beteiligte wurde auch in der Vergangenheit von der KVSH nicht angestrebt. Für Fragen, die ausschließlich die stationäre Versorgung betreffen, hat sich die bestehende Auswahl der unmittelbar Beteiligten im AG-KHG bewährt.

Der KVSH den Status einer „unmittelbare Beteiligten“, beschränkt auf Fragen der sektorenübergreifenden Versorgung, einzuräumen, bleibt im Übrigen auch sachgerecht, wenn im nächsten Jahr die Entscheidungen

zur Leistungserbringung nach § 116b SGB V als Folge der mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vorgenommenen grundsätzlichen Neuordnung dieses Versorgungsbereichs nicht mehr in die Zuständigkeit der Beteiligtenrunde fallen.

Beispielhaft sei darauf hingewiesen, dass die KVSH sehr bewusst die Anlaufpraxen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes im Zuge der umfassenden Reform des Bereitschaftsdienstes im Jahr 2007 an rund 30 Krankenhäusern im Land angesiedelt hat. Ein Beispiel gelebter sektorenübergreifender Kooperation, von der beide Seiten profitieren.

Auch sei auf die Rolle der niedergelassenen Ärzte nicht nur bei der Sicherung der Versorgung auf der Insel Fehmarn nach der unerwarteten Schließung des Krankenhauses im Jahr 2008 verwiesen, sondern auch auf die enge Kooperation zwischen Klinik und niedergelassener Ärzteschaft bei der Neuaufstellung der medizinischen Versorgung auf der Insel im Zuge des Neubaus der Klinik. Das in Kürze neu eröffnende Krankenhaus ist ein Beispiel für ein kooperatives Zusammenrücken von ambulant und stationär. So ist die Versorgung der chirurgischen Patienten in der Klinik in enger Kooperation mit einer chirurgischen Facharztpraxis geplant. In unmittelbarer Nähe zum Krankenhaus werden Fachärzte vom Festland in Zweigpraxen Sprechstunden anbieten.

Diese Beispiele zeigen die Notwendigkeit, der KVSH bei sektorenübergreifenden Fragestellungen die unmittelbare Beteiligung einzuräumen, um die auch politisch gewünschte Kooperation beider Sektoren möglichst reibungslos gestalten zu können.