

Stellungnahme vom
Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpiFa) e.V.

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung
in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

Gesetzentwurf - BT-Drs 18/4095

Kontakt:

Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpiFa) e.V.
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin

Telefon: 030 – 40 00 96 31
Telefax: 030 – 40 00 96 32
e-mail: info@spifa.de

Berlin, den 23. März 2015

Einleitung

Das Gesetzesvorhaben zielt darauf ab, auch künftig eine flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung sicherzustellen, die Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung zu verbessern, den schnellen Zugang der Versicherten zur medizinischen Versorgung zu schaffen und Innovationen in der Versorgung zu fördern.

In der Gesamtheit der zahlreichen Maßnahmen müssen wir als Spitzenverband der Fachärzte in Deutschland jedoch feststellen, dass die Balance zwischen hausärztlichem und fachärztlichem sowie zwischen ambulantem und stationärem Versorgungsbereich fortgesetzt nachhaltig beschädigt wird. Dies wird der fachärztlichen Versorgung von heute und ihrer Bedeutung für die Versorgung von morgen nicht mehr gerecht. Daher sind die deutschen Fachärzte in großer Sorge. Niedergelassene Fachärzte betreuen heute bereits rund 60 Prozent der ambulanten Fälle. Bei vielen medizinischen Krankheitsbildern erfüllen sie aktuell die Funktion des Primärversorgers. Die niedergelassenen Fachärzte sind gemeinsam mit ihren hausärztlichen Kolleginnen und Kollegen Vorreiter für kooperative fach- und sektorenübergreifende Versorgungsansätze (Praxisnetze, Integrierte Versorgung, Belegarzt-, Konsiliararzt- und Honorararztwesen, ambulantes Operieren, ASV). Angesichts eines zu erwartenden, strukturellen Hausarztmangels wäre eigentlich zu erwarten, dass diese kooperativen Ansätze weiterentwickelt werden. Stattdessen setzt die Politik verstärkt auf monetäre und strukturelle Unterstützung von Hausärzten, die zwar bei der Honorarverteilung seit Jahren wirkt, aber bereits in der Vergangenheit nicht die in sie gesetzten Erwartungen in der Versorgung erfüllt hat.

In Betrachtung einzelner ausgewählter Aspekte wollen wir darlegen, warum der durch das Versorgungsstärkungsgesetz eingeschlagene Weg – in Verbindung mit zurückliegenden und anstehenden Gesetzesvorhaben – die Freiberuflichkeit in der Berufsausübung des Vertragsarztes schwächt. Exemplarisch genannt sind hier die neuen Aufkaufsregelungen, bei der Nachbesetzung von Arztsitzen, die Einführung von Terminservicestellen und die Stärkung des stationären Sektors. Dadurch werden bestehende Strukturen geschwächt und nicht zukunftsfest weiterentwickelt, beispielsweise durch Intensivierung der Anreize zur Kooperation. Im Ergebnis wird die gute bestehende ambulante Versorgung durch ein flächendeckendes System selbständiger Praxen freiberuflicher Ärzte gefährdet.

Aufkauf von Arztsitzen (§ 103 Abs. 3a SGB V)

Sachlich ist festzustellen, dass durch die Änderung des § 103 Absatz 3a von einer „Kann“- in eine „Soll“-Regelung ab Inkrafttreten alle künftigen Nachbesetzungsverfahren in Gebieten mit einer festgestellten Überversorgung bei einem Versorgungsgrad von mehr als 110 Prozent betroffen sind. Dies berührt derzeit etwa 16.000 Fachärzte, 3.500 Psychotherapeuten und 750 Hausärzte.

Selbst bei einer Anpassung der Wirksamkeit des neuen § 103 SGB V auf 150 oder 200 Prozent des Versorgungsgrades, wäre die Aufkaufregelung zwar entschärft, sie ist jedoch für die betroffenen Ärzte existentiell bei der weiteren Planung ihres Lebensweges, greift also unmittelbar in die wirtschaftliche Praxis- und Lebensplanung ein.

Durch die Änderung der „Kann“- in eine „Soll“-Vorschrift muss sich der Zulassungsausschuss künftig gegen eine Nachbesetzung entscheiden. Auch der Ermessensfall ist durch die Gesetzesänderung in Richtung Ablehnung gesteuert. Entscheidet der Zulassungsausschuss hingegen für eine Wiederbesetzung, handelt es sich um einen „atypischen Fall einer Ermessensentscheidung“. Dieser liegt im vollen Umfang der gerichtlichen Kontrolle (BVerwG 16.5.83, 1 C 230/79). Die Koppelung von Ausnahmen einer Nicht-Wiederbesetzung und der Regelung in § 103 Abs. 3a SGB V, außer sie sei „aus Versorgungsgründen nicht erforderlich“, kombiniert verbindliches Verwaltungshandeln mit einem unbestimmten Rechtsbegriff. Das Merkmal „aus Versorgungsgründen nicht erforderlich“ ist in Inhalt und Definition nicht eindeutig und ermöglicht Interpretationen. Die beispielhafte Nennung von Beispielen im Begründungstext wird zu Auslegungsfragen führen, die in der Regel in gerichtlichen Überprüfungen münden.

Besonders kritisch wird die Anwendung der Aufkaufregelung in bestehenden Berufsausübungsgemeinschaften, die weniger als drei Jahre bestehen. Hierdurch entsteht ein Eingriff in das Gesamteigentum der Berufsausübungsgemeinschaft. Mit dieser Gesetzesänderung treten Rechtsfragen auf, die in langwierige juristische Auseinandersetzungen münden werden. Das von der Aufkaufregelung ausgehende politische Signal an die nachfolgende Generation von Vertragsärzten, die zu erwartenden juristischen Auseinandersetzungen und die wirtschaftliche Belastung durch Rückstellungen, die hierfür in den Kassenärztlichen Vereinigungen gebildet werden müssen, stehen in keinem Verhältnis zum gewünschten Ziel, möglicherweise nicht-versorgungsrelevante Praxen, bzw. deren potentielle Nachfolger, in unterversorgte Gebiete zu lenken.

Da MVZ und angestellte Ärzte von den Regelungen zum Aufkauf von Arztsitzen ausgenommen sind, verstärkt sich einseitig der Druck auf selbständig freiberuf-

lich tätige Ärzte in freier Praxis. Dies widerspricht in hohem Maße der Absichtserklärung des Koalitionsvertrages:

„Die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist unverzichtbares Element für die flächendeckende ambulante Versorgung. Sie ist ein Garant für die Diagnose und Therapiefreiheit und für die freie Arztwahl.“

(Koalitionsvertrag „Deutschlands Zukunft gestalten“, Seite 53)

Bedarfsplanung als Grundlage für die Aufkaufregelung ungeeignet

Die reinen Verhältniszahlen von Einwohnern zu Ärzten in der heutigen Bedarfsplanung spiegeln weder den aktuellen noch den zukünftigen Versorgungsbedarf anhand der Morbidität wider. Zudem vernachlässigt sie alle soziodemographischen Komponenten und ihren Zusammenhang mit der Krankheitslast der Bevölkerung. Beides ist jedoch Grundlage für die patienten- und wohnortnahe Bereitstellung von medizinischem Fortschritt und die Herstellung von Versorgungsgerechtigkeit.

Stattdessen wird mit alten Verhältniszahlen fälschlicherweise suggeriert, dass ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent überflüssige Kapazitäten vorgehalten würden. Tatsächlicher Behandlungsbedarf, Mitversorgereffekte und die demographische sowie soziale Entwicklung werden vernachlässigt. Eine Bedarfsplanung auf Grundlage von im Jahr 1991 festgestellten und lediglich fortgeschriebenen Verhältniszahlen bildet keine wissenschaftlich begründete Basis einer realen Bedarfsermittlung sondern ist lediglich eine Zustandsbeschreibung beruhend auf Ist-Zahlen. Zudem fehlt Einbeziehung der demografischen Situation der Ärzte im jeweiligen Planungsbereich völlig. Auf Grundlage des Bundesarztregisters ist heute schon bekannt, dass in den nächsten fünf Jahren rund 25.000, in den nächsten zehn Jahren bis zu 50.000 Ärzte ihre Tätigkeit in der Niederlassung ruhestandsbedingt aufgeben werden.

Lösung:

Eine auf Bewohner-Arztzahlen begründete Bedarfsplanung für die ambulante Versorgung muss dringend und umfassend reformiert, besser völlig neu definiert werden. Erst auf Grundlage einer fundierten, an der heutigen Morbidität und dem zukünftigen Versorgungsbedarf orientierten Bedarfsplanung, die wissenschaftlich

valide etabliert wird, kann in einem zweiten Schritt über die Verteilung von Arzt-sitzen entschieden werden.

Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung Bestandsschutz für Kran-kenhäuser (§ 116b Abs. 8 SGB V)

Mit der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) entsteht derzeit neben der Grundversorgung durch Haus- und Fachärzte einer weitere wichtige Säule der spezialisierten Versorgung. Dabei wird gerade hier ein Weg beschrit-ten, der den Ausbau des Kooperationsgrades zwischen ambulantem und statio-närem Sektor vorantreibt, der hilft, die Sektorengrenzen abzubauen. Die gleich-berechtigte Teilnahme niedergelassener Ärzte und Krankenhäuser wurde dabei als Kernmerkmal dieses Versorgungsbereiches definiert. Umso unbegreiflicher ist die nun beabsichtigte einseitige Änderung der Rahmenbedingungen bei der ASV, die dem stationären Sektor einen Bestandsschutz von vor dem 31.12.2011 ab-geschlossenen Verträgen ermöglicht und daher das Gesamtkonzept der neuen ambulant-spezialfachärztlichen Versorgung torpediert.

Gerade durch die Neufassung der ASV wurden neue qualitative Standards defi-niert, die einer Verbesserung der Patientenversorgung dienen. Diese Gesetzes-änderung ist mit der im Vorgängergesetz begonnenen „Qualitätsoffensive“ samt Gründung eines Qualitäts-Institutes nicht vereinbar. Die durch den Bestands-schutz eintretende Verwässerung der ASV ist faktisch ein Qualitätsabbau in die-sem Bereich.

Parität in den Vertreterversammlungen und getrennte Abstimmungen (§ 79 Abs. 3a SGB V) Einrichtung eines beratenden Fachausschusses angestellte Ärzte (§ 79 c SGB V)

Die Grundsätze der Freiberuflichkeit von Vertragsärzten und deren korporative Organisation in eigener Selbstverwaltung sind seit über 80 Jahren tragendes Element der sozialen Krankenversicherung. Das Spannungsfeld von medizinisch notwendiger Behandlung und den dafür bereitgestellten wirtschaftlichen Mitteln wurde mit Bedacht in die Hände ärztlicher Verantwortung und Kompetenz gelegt. Die Alternativen hierzu wären die Entfaltung der freien Kräfte eines ungeregelten Marktes oder die strikte Regulation durch staatliche Lenkung.

Die ambulante Versorgung lässt sich, wie zuvor an mehreren Stellen beschrieben, nur kooperativ sicherstellen. Daher wird die Einrichtung eines beratenden Fachausschusses für angestellte Ärzte begrüßt. Dies entspricht der heutigen und künftigen Versorgungsrealität.

Die Einführung einer Parität widerspricht diesen Anforderungen grundsätzlich. Der Eingriff des Gesetzgebers in einen bestehenden Wahlkörper ist nicht akzeptabel. Das mit der Einführung einer Parität entstehende gewichtete Stimmrecht einzelner Vertreter ist undemokratisch und verfassungsrechtlich bedenklich. Die über eine Urwahl bestimmten Vertreter in Kassenärztlichen Vereinigung sind originär Repräsentanten der gesamten Vertragsärzteschaft. Eine nachträgliche, gesetzgeberische Zuordnung dieser allgemein und frei gewählten Repräsentanten zu einer haus- oder fachärztlichen Fraktion ist vom Grundsatz her falsch, da die Gewählten juristisch nicht ausschließlich für einen Versorgungsbereich legitimiert sind, das heißt, kein imperatives Mandat haben.

Die Vertreterversammlungen repräsentieren die Vertragsärzteschaft in ihrer Gesamtheit.

Durch den Eingriff des Gesetzgebers in die Stimmverhältnisse der Vertreterversammlungen wird dieser Grundsatz ausgehöhlt, ein undemokratisches, gewichtetes Stimmrecht eingeführt und damit die Legitimation und die Akzeptanz der Selbstverwaltung geschwächt. Als eine weitere Folge besteht die Gefahr einer weiteren Entsolidarisierung innerhalb der Ärzteschaft.

Terminservicestellen (§ 75 Abs. 1a SGB V)

Der dem Gesetzesvorhaben zu Grunde liegende Koalitionsvertrag greift hier ein Thema mit einer subjektiven Betrachtungsweise auf, die zuvor nicht unter objektiven Kriterien umfassend beleuchtet wurde. Die sicherlich nicht zu leugnenden Fälle langer Wartezeiten auf einen Facharzttermin – bei insgesamt jährlich rund 580 Millionen ambulanten Behandlungsfällen (2013) – lassen sich nicht über eine pauschalierte und zentralisierte Regelung lösen.

Etwa zwei Drittel der Bundesbürger erhalten innerhalb von drei Tagen einen Facharzttermin (Repräsentativbefragung der KBV). Von einer überwiegenden Mehrheit der Versicherten wird die Terminvergabe nicht als ein drängendes Problem gesehen. Im internationalen Vergleich der OECD-Länder liegt Deutschland bei der Terminvergabe hinter der Schweiz auf Platz zwei.

In Wirklichkeit besteht hier ein Zielkonflikt aus einem ungehinderten, ungesteuerten und als Selbstverständnis beanspruchten Zugang zu allen Leistungen des

Gesundheitssysteme einerseits und begrenzten Mitteln andererseits. Dieses – auch von der Politik stets proklamierte – unbegrenzte Leistungsversprechen bei begrenzten Mitteln erzeugt ein Spannungsfeld, das derzeit in den Vertragsarztpraxen gelöst wird. Hierzu ist die Freiberuflichkeit des Arztes in einer legitimierten und arbeitsfähigen Selbstverwaltung die Voraussetzung.

Die Freiberuflichkeit des Vertragsarztes ist Garant für eine patientenorientierte Versorgung durch freie Arztwahl und das vertrauensvolle Patienten-Arzt-Verhältnis einerseits und sachgerechten Einsatz der Mittel, also das Wirtschaftlichkeitserfordernis der Vertragsarztpraxis, andererseits. Die hoheitliche Aufgabe wird teilweise auf die Selbstverwaltung delegiert.

Durch Eingriffe des Gesetzgebers, wie hier durch die Terminservicestellen, aber auch durch direkte Eingriffe in die Selbstverwaltung (§ 79 Abs. 3a) wird dieses System von Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung, das für immerhin über 80 Jahre tragendes Element der sozialen Krankenversicherung war, nachhaltig beschädigt.

Lösung:

Eine Verbesserung der Terminvergabe bei Fachärzten ist nur durch eine Weiterentwicklung der Patientensteuerung zu erzielen. Dabei müssen die freie Arztwahl und die Freiberuflichkeit des Vertragsarztes sichergestellt sein. Eine soziale Eigenbeteiligung und eine Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten sind dabei unterstützende Elemente.

Die kurative Primärversorgung kann ebenso wie die Prävention dauerhaft nicht nur von Hausärzten allein wahrgenommen werden. Selbst wenn alle bisherigen und zukünftigen Maßnahmen zugunsten einer hausarztzentrierten Versorgung, der Förderung der Allgemeinmedizin in Aus- und Weiterbildung greifen würden, können Hausärzte allein die Veränderung der Morbidität, die Auswirkungen des medizinischen Fortschritts sowie künftige Anforderungen an Patientenkoordination und -steuerung nicht allein bewältigen – die Krankenhäuser im Übrigen auch nicht.

Die Versorgung des Patienten kann dabei – je nach Morbidität – von einem Hausarzt oder einem koordinierenden Facharzt erfolgen. Hierfür ist der Ausbau von fachübergreifender Kooperation und Vernetzung – auch der fachübergreifenden Praxisnetze mit regionalem Versorgungsgebiet – erforderlich. Dies hat der Gesetzgeber bereits erkannt und in Ansätzen umgesetzt (Praxisnetzförderung nach § 87b SGB V) und dafür Vorgaben hinsichtlich Strukturen, Qualität und Wirtschaftlichkeit formuliert. In anderen Regelungen dieses Gesetzes und in Vorgängergesetzen, wie etwa bei der Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung wird auf diesen kooperativen Aspekt verzichtet. Dies ist inkonsistent, da der Ge-

setzgeber hier auf seine Einflussmöglichkeiten für einen höheren Kooperationsgrad, eine bessere Qualität und mehr Effizienz in der Versorgung verzichtet.

Die Einführung von Terminservicestellen wird zudem die bereits heute schon bekannte Unterversorgung in bestimmten Fachgruppen und Regionen bestätigen. Diese Unterversorgung lässt sich nicht durch eine Verlagerung der Versorgung in den stationären Sektor ausgleichen, da dort in der Regel dieselben Kapazitätsengpässe vorherrschen.

Bemerkenswert ist das Eingeständnis des Gesetzgebers, dass der Facharztstatus bei diesen ersatzweisen Terminvergaben im Krankenhaus keinen Bestand mehr haben soll:

„Die Behandlung im Krankenhaus hat nicht zwingend durch Ärztinnen und Ärzte mit einer bereits abgeschlossenen Facharztweiterbildung zu erfolgen. Es gelten vielmehr die für die Behandlung im Krankenhaus geltenden Grundsätze, d.h. es gilt der Facharztstandard.“ (Begründung zu Nummer 31, Seite 116)

Angesichts einer von der Politik gerade angestoßenen Qualitätsdiskussion – samt Gründung eines eigenen „Qualitäts-Institutes“ – steht die Gesetzgebung in diesem Bereich diametral dem Vorgängergesetz entgegen. Dieser Qualitätsabbau in der ambulant fachärztlichen Versorgung im Klinikbereich muss politisch erklärt werden.

Zur Lösung sind hier zwei Sachverhalte grundsätzlich neu anzugehen:

- Eine Entscheidung, wie eine zentrale Terminkoordination, die auf einer falschen Grundlage – der derzeitigen Bedarfsplanung – beruht, wird zu falschen Ergebnissen führen, so lange die falsche Grundlage als Ursache fortgeschrieben wird. Daher muss zunächst die Bedarfsplanung grundlegend reformiert werden.
- Für eine bessere Patientensteuerung und damit für einen reibungslosen Übergang zwischen den Fachgruppen und Sektoren muss die Kooperation ausgebaut werden. Dies geschieht durch konsequente Weiterentwicklung von fachübergreifenden kooperativen Versorgungsformen und der Telematik.

Einseitige Stärkung des stationären Sektors

Durch das Versorgungsstärkungsgesetz werden – in stärkerem Maße als dies die Vorgängergesetze getan haben – die Krankenhäuser für die ambulante Versorgung geöffnet. Dadurch werden insbesondere für heute und in Zukunft tätige Fachärzte in der Vertragsarztpraxis neue und für sie existenzielle Konkurrenzsituationen geschaffen:

- Die Möglichkeit für Krankenhäuser zur ambulanten Öffnung (§ 116 a SGB V) wird ausgebaut. Angesichts von Personalengpässen und strukturellen Defiziten in den Krankenhäusern ist dies jedoch nicht am Patientennutzen ausgerichtet. Dem Facharztstatus in der Praxis steht in der Regel der Facharztstandard in der Klinik gegenüber. Dies ist in der gerade beginnenden Qualitätsdiskussion anachronistisch und nicht zu erklären. Zudem sind die strukturellen Probleme der Krankenhäuser, die erst in einer kommenden Krankenhausreform angegangen werden sollen, nicht gelöst. Der Kliniksektor wird diese Öffnung zur Lösung seiner strukturellen Probleme nutzen und neue Erlösquellen zur Kompensation von Investitionsausfällen seitens der Bundesländer erschließen ohne dazu qualitativ und organisatorisch in der Lage zu sein.
- In der Ambulanten Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) erhalten die Kliniken einseitig einen Bestandsschutz (§ 116 b SGB V), wenn sie in diesem Bereich vor dem 31.12.2011 tätig waren. Dies erschwert spezialfachärztlich niedergelassenen tätigen Ärzten den Aufbau einer wohnortnahen, wirtschaftlichen Alternative und gefährdet den richtigen Weg der Teambildung als überwindendes Element der Sektorengrenze.
- Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V) erhalten verbesserten Zugang zur ambulanten Versorgung bei „schweren und komplexen Krankheitsbildern“. Es wird somit ein paralleler Versorgungsbereich zur ASV errichtet, bei dem wiederum die Krankenhäuser Wettbewerbsvorteile genießen. Auch hier werden Sektorengrenzen eher auf- als abgebaut.
- Die Möglichkeit für Kommunen, auch in nicht unterversorgten Gebieten MVZ zu gründen (§ 95 Abs. 1a SGB V), schafft neue Konkurrenz für die vor Ort tätigen Fachärzte. Städte, Gemeinden und Landkreise sind dem Wählerwillen verpflichtet und können mit Steuermitteln tätig werden. Diese Möglichkeit werden künftig genutzt, unabhängig von der Versorgungsrealität vor Ort bestehenden Krankenhäusern in wirtschaftlichen Schwie-

rigkeiten zu helfen. Rein aus Kassenumsätzen geführte Praxen sind nicht in der Lage in Konkurrenz zu mit Steuermitteln finanzierten MVZ treten.

- Durch zentrale Terminvergabe bei Facharztterminen und der Möglichkeit der ersatzweisen ambulanten Versorgung an Krankenhäusern werden ambulante fachärztliche Vergütungsteile bei der Terminvergabe (4-Wochen-Frist) zugunsten des Krankenhauses abfließen.

Lösung:

Erst die Krankenhausreform umsetzen und anschließend die Möglichkeiten für eine kooperative Einbeziehung der Kliniken in die Versorgung prüfen.

Versorgung von Pflegebedürftigen (§ 22a SGB V)

In § 22a SGB V wird der zunehmende Behandlungsbedarf bei der aufsuchenden Versorgung im Bereich zahnmedizinischer Leistungen geregelt. Die Versorgung von Pflegebedürftigen, Menschen mit Behinderung und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz wird dadurch verbessert. Darüber hinaus besteht ein erheblicher fachärztlicher Behandlungsbedarf bei dieser Patientengruppe. Daher ist eine analoge Regelung für fachärztliche Untersuchungs- und Behandlungsleistungen erforderlich.

Weiterbildung

Die einseitige Förderung der ambulanten hausärztlichen Weiterbildung (§ 75 a SGB V) blendet den fachärztlichen Bereich völlig aus. Ein entsprechendes Gesamtkonzept zur Weiterbildungsförderung im ambulanten Bereich ist längst überfällig. Durch die Verlagerung des Behandlungsgeschehens von stationär nach ambulant werden viele Weiterbildungsinhalte aller Fachgruppen heute schon ausschließlich im niedergelassenen Bereich durchgeführt. Diese Unwucht zu Lasten der Fachärzte in den gesetzgeberischen Maßnahmen der jüngsten Vergangenheit ist für einen fach- und sektorenübergreifenden Versorgungsansatz kontraproduktiv.

Lösung:

Die Weiterbildung im ambulanten Bereich muss sowohl für hausärztliche als auch für fachärztliche Inhalte ausgebaut und gestärkt werden. Ein Finanzierungskonzept für den fachärztlichen Bereich fehlt bis dato. Angesichts der zukünftigen

Herausforderung in der Versorgung ist eine singuläre Förderung der Hausärzte nicht zielführend (siehe Punkt „Aufkauf von Arztsitzen“ und „Terminservicestellen“). Das Stiftungsmodell der KBV muss baldmöglichst als Grundlage für die erforderliche politische Diskussion aufgegriffen werden.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 106 SGB V)

Der zum 01.01.2012 mit der Änderung des § 106 Abs. 5e SGB V begonnene Weg – „Beratung vor Regress“ – war der richtige Ansatz, um dem allgemein als ungerecht und zunehmend existenzgefährdenden Druck auf Vertragsärzte durch das Wirtschaftlichkeitsprüfungswesen zu entgegnen. Die nun bei der Neuregelung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen festzustellende Vereinfachung der diversen gesetzlichen Regelungen ist grundsätzlich zu begrüßen. Dennoch wird der erste Grundsatz – Beratung vor Regress – nun zu Gunsten von regionalen Verhandlungslösungen aufgegeben ebenso die Vereinheitlichung der Anerkennung von Praxisbesonderheiten. In Folge dessen steht zu befürchten, dass angesichts der persönlichen Haftung von Vorständen in Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen das „Regress-Geschäft“ damit auf regionaler Ebene eine Wiederbelebung finden wird. Dies wird in der niedergelassenen Ärzteschaft als ein schlechtes Signal wahrgenommen, da das Regressrisiko noch immer das Haupthemmnis für den Schritt in die freiberufliche Niederlassung ist.

Förderung Praxisnetze (§ 87 b)

Die zukünftige regionale Versorgung und Patientensteuerung kann nur durch einen Ausbau der fachübergreifenden Kooperation gelingen. Dabei ist die Vernetzung – wie bereits dargelegt – eine bereits akzeptierte und in vielen Bereichen bereits erfolgreich umgesetzte Lösung. Seit der Einführung der Förderung von Praxisnetzen und der Voraussetzung der Erfüllung struktureller, qualitäts- und wirtschaftlichkeitsbezogener Rahmenvorgaben im Jahre 2013 sind inzwischen 17 Praxisnetze entsprechend anerkannt, zahlreiche weitere im Aufbau.

Die Koordination der Versorgung eines Patienten wird zukünftig – je nach Morbidität – durch einen Hausarzt oder einen Facharzt erfolgen. Hierfür ist der Ausbau der fachübergreifenden Kooperation und der Vernetzung – auch durch fachübergreifende Praxisnetze mit regionalem Versorgungsgebiet – erforderlich. Dies hat der Gesetzgeber bereits erkannt in Ansätzen umgesetzt (Praxisnetzförderung

nach § 87b SGB V). In anderen Regelungen dieses Gesetzes und in Vorgängergesetzen, wie etwa bei der Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung durch den Gesetzgeber wird auf diesen kooperativen Aspekt verzichtet. Dies ist inkonsistent.

Nachdem viele Kassenärztliche Vereinigungen die Möglichkeiten der Förderung von Praxisnetzen (§ 87 b SGB V) nicht umgesetzt haben, ist es folgerichtig, diese Förderung für zertifizierte Netze nun verpflichtend vorzuschreiben. Es ist ein völlig falscher Ansatz, diese Förderung aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zu bestreiten. Der von Praxisnetzen über die Regelversorgung hinaus geleistete Mehrwert ist Innovation und eben nicht Regelversorgung. Daher muss diese Förderung außerhalb der Gesamtvergütung bezahlt werden. Die jetzige Regelung führt zur weiteren Schmälerung der budgetierten Gesamtvergütung, zum anderen befördert sie unnötige, kontraproduktive Verteilungsdiskussionen unter Netzärzten und Nicht-Netzärzten. Auch die Möglichkeit, Netze aus dem Strukturfonds zu fördern, ändert an diesen Verteilungsdiskussionen nichts, da auch die Strukturfonds aus der ambulanten Vergütung gespeist werden.

Innovationsfonds (§ 92 a SGB V)

Der geplante Innovationsfonds (§ 92 a SGB V) kann modernen Versorgungsformen einen neuen Impuls geben, aber auch hier stehen alle Entscheidungen unter dem direkten Einfluss von Staat und Kassen. Der Innovationsausschuss, der über die Verteilung der Gelder bestimmt, besteht aus je drei Vertretern des Kassen-Spitzenverbandes und des Bundesgesundheitsministeriums, aber nur aus je einem Vertreter von Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern sowie dem unparteiischen Vorsitzenden. Da die Entscheidungen aber mit einer Mehrheit von mindestens sieben Stimmen gefällt werden müssen, haben Kassen und Ministerium immer eine Sperrminorität.

Derzeit sind Krankenkassen und ihre Verbände, Vertragsärzte, zugelassene MVZ, Krankenhäuser, KVen, Medizinproduktehersteller, Arzneimittelhersteller und Patientenorganisationen antragsberechtigt. Vertragsärzte als Einzel-Antragsteller sind sowohl von der jeweiligen Projektgröße als auch von deren Organisationskraft anderen Gruppen von Antragberechtigten schlechter gestellt. Während MVZ Anträge stellen können, sind von der KV anerkannte Praxisnetze derzeit ausgeschlossen.

Lösung:

Der Kreis der Antragsberechtigten muss um Zusammenschlüsse von Vertragsärzten und anerkannte Praxisnetze erweitert werden. Es ist unbestritten, dass anerkannte Praxisnetze und Zusammenschlüsse von Vertragsärzten innovative Versorgungskonzepte bereits nachgewiesen haben.

Bereinigung (§ 87b SGB V)

Mit dem Auftrag an die KBV, Vorgaben für die Bereinigung von Selektivverträgen im Rahmen der Honorarverteilung zu machen (Nr. 36 d), ergreift der Gesetzgeber einseitig Partei für Selektivvertragsteilnehmer. Aus der Begründung wird ersichtlich, dass die Bereinigung von Selektivverträgen, also auch Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung, auf diejenigen Ärzte ausgeweitet werden soll, die nicht am Selektivvertrag teilnehmen. Hierdurch wird eine schiefe Ebene geschaffen, die über die Hintertüre der Bereinigung Vertragsärzte mittelbar in Selektivverträge drängen wird. Ein Vertragsarzt, der nicht an Selektivverträgen teilnimmt und unverändert seine Patienten im Kollektivvertrag versorgt, darf nicht über diese Bereinigungsregelung benachteiligt werden.

Abflüsse aus der Gesamtvergütung

Beachtenswert ist die Anzahl der Regelungen im Gesetz, die jeweils das ambulante Honorarvolumen mindern und somit nicht mehr der Versorgung des Patienten zur Verfügung stehen. Der Mittelabzug aus der Gesamtvergütung entsteht durch:

- Entschädigungen beim verpflichtenden Aufkauf von Arztsitzen
- die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin
- die Förderung von Praxisnetzen innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung
- weitere bürokratische Aufwendungen im aus der Gesamtvergütung finanzierten KV-System, beispielsweise durch die Einrichtung von Terminservicestellen
- Abfluss von ambulanten Vergütungsteilen durch die Bereinigung bei der Terminvergabe (4-Wochen-Frist) in einem Krankenhaus

In Zusammenfassung müssen wir feststellen, dass wir zu der im Koalitionsvertrag festgehaltenen Formulierung

*„Darüber hinaus soll die fachärztliche Versorgung gestärkt werden.“
(Koalitionsvertrag „Deutschlands Zukunft gestalten“, Seite 55)*

leider keinen Ansatz sehen, der dieser Absichtserklärung gerecht wird.

Berlin, den 23. März 2015

- gezeichnet -

Dr. Dirk Heinrich
2. Vorsitzender

Dr. Axel Schroeter
3. Vorsitzender

Lars F. Lindemann
Hauptgeschäftsführer