

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0252(5)
vom 03.07.03**

15. Wahlperiode

**Gemeinsame Stellungnahme
der Kassenärztlichen Vereinigungen Baden-Württembergs
zum Entwurf eines
Gesundheitssystem-Modernisierungs-Gesetzes (GMG)**

Dr. med. Werner Baumgärtner
Vorsitzender des Vorstandes der
KV Nord-Württemberg

Dr. med. Wolfgang Herz
Vorsitzender des Vorstandes der
KV Nordbaden

Prof. Dr. med. Wolfgang Brech
Vorsitzender des Vorstandes der
KV Südwürttemberg

Dr. med. Gerhard Dieter
Vorsitzender des Vorstandes der
KV Südbaden

Zusammenfassende Würdigung:

Mit dem GMG-Entwurf wird ein nachhaltiger Systemwechsel in der gesetzlichen Krankenversicherung und insbesondere in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung eingeleitet. Nicht die Weiterentwicklung innerhalb des Systems oder von einzelnen Systemelementen steht hier im Vordergrund, sondern eine nachhaltige und umfassende Veränderung der Grundlagen des deutschen Gesundheitssystems hin zu einer institutionalisierten, krankenkassen- und staatsdominierten medizinischen Versorgung. Dies beinhaltet mittel- und langfristig eine zentralisierte und leitlinienorientierte Steuerung der Versorgung ohne Berücksichtigung regionaler und individueller Bedürfnisse sowie eine Neustrukturierung vor allem der fachärztlichen Versorgung

- außerhalb der KVen,
- in einem Einzelvertragssystem,
- ohne vertragsärztlichen Zulassungsstatus,
- ohne Kontrahierungszwang,
- primär in Gesundheitszentren, Krankenhäusern oder kooperativen Strukturen,
- im Rahmen eines auf die Krankenkassen übertragenen Sicherstellungsauftrages.

Nicht Evolution ist angesagt – Revolution und Systemänderung unter dem Deckmantel des Wettbewerbs sind das eigentliche Ziel.

Insoweit ist der GMG-Entwurf durchaus partiell konsequent, als ein denkbare Wettbewerbsmodell systemlogisch durchdekliniert wird. Ein rein wettbewerbliches Gesundheitswesen wird unter Anwendung ökonomischer Theorien mehr oder weniger auf dem Reißbrett konzipiert, der modelltheoretische Ansatz konsequent weiterverfolgt und vor lauter Begeisterung am eigenen Theoriegebilde offensichtlich ganz außer acht gelassen, dass Modelle bzw. Prototypen nicht immer und in jedem Fall zwangsläufig auch praxistauglich sind. Denn mit den konkreten Auswirkungen über ein systemtheoretisches „Glauben und Hoffen“ hinaus befasst sich der GMG-Entwurf nicht.

Im Ergebnis bleibt der GMG-Entwurf eine exakte Definition des Wettbewerbsbegriffes schuldig. Und dies aus gutem Grund – wird so doch schneller deutlich, dass es bei all diesen wettbewerbseuphorischen Ansätzen letztendlich nur um eines geht: nämlich um Macht und um den Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte.

Nicht die Versorgung von Patienten steht im Mittelpunkt, nicht die Sicherstellung einer flächendeckenden, wohnortnahen, bedarfsgerechten haus- und fachärztlichen Versorgung für erkrankte Menschen steht im Vordergrund dieser Wettbewerbsphantasien.

Die Patienten werden zum Spielball oder Versuchskaninchen in einem bundesweiten „Modellversuch Gesundheitswesen“, in dem wettbewerbliche Such- und Entdeckungsprozesse das kreative Potential der Marktakteure, sprich der Krankenkassen im Wettbewerb um Versicherte, wecken sollen. Die eindeutige Hervorhebung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen ist entlarvend – im Hinblick auf die Frage nach den gesundheitspolitischen Zielen einer Regierung allerdings auch erschütternd.

Was ist das für eine Gesundheitspolitik, die den Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte und nicht die Versorgung von Patienten zum Zentrum ihrer gesundheitspolitischen Ziele macht?

Eine derartige Politik lehnen die Kassenärztlichen Vereinigungen des Landes entschieden ab.

Zu den vorgesehenen Änderungen im einzelnen:

§ 70: Qualität, Humanität, Wirtschaftlichkeit

In den Programmsatz der Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung wird eingefügt „an den Bedürfnissen der Versicherten orientierte Versorgung“. Damit soll die stärkere Patientenorientierung zum Ausdruck gebracht werden.

Bewertung:

Die Formulierung stärkt das Anspruchsdenken, weil sie die notwendige Ausrichtung am objektiven Versorgungsbedarf unterläuft.

§ 72: Gemeinsame Sicherstellung

Gesundheitszentren werden in den gemeinsamen Sicherstellungsauftrag einbezogen.

Bewertung:

Die Vorschrift täuscht über die massive Beschneidung des gemeinsamen Sicherstellungsauftrages durch den neuen § 106a und durch den auf Einzelverträge mit Vertragsärzten neu ausgerichteten § 140a ff hinweg. Für die fachärztliche Versorgung geht danach der Sicherstellungsauftrag allein auf die Krankenkassen über; mit attraktiven - weil von der Beitragssatzstabilität bis zum 31.12.2006 befreiten - Integrationsverträgen können auch die im System der vertragsärztlichen Versorgung noch verbleibenden Hausärzte, Augenärzte und Frauenärzte aus dem

Sicherstellungsauftrag herausgekauft werden. Die vertragsärztliche Versorgung durch gegenüber den Krankenkassen unabhängige - weil durch eigene Selbstverwaltung gleichberechtigte - Vertragsärzte wird gem. § 73 Abs. 1a S°2 (neu) und § 140a ff (neu) nur noch übergangsweise in einem auf Kassenwettbewerb ausgerichteten System toleriert, um Rechtsprobleme zu vermeiden (vgl. Gutachten AOK-BV) und die Ärzteschaft in ihrem Widerstand durch politische Begünstigung der Hausärzte auseinander zu dividieren. Die wahren Absichten dieser Regierung ergeben sich aber sehr deutlich aus dem AOK-Gutachten.

§ 73: Kassenärztliche Versorgung

Der Inhalt der hausärztlichen Versorgung wird erweitert um Behandlungsmethoden der besonderen Therapierichtungen, soweit sie nicht vom Bundesausschuss oder Koordinierungsausschuss ausgeschlossen sind. Die Reduktion des Hausarztes auf die Basisversorgung sowie die Komplementärmedizin kann nicht als Stärkung der hausärztlichen Rollenfunktion verstanden („Basisversorgung plus Voodoo“) werden sondern stellt auf Kosten des medizinischen Versorgungsauftrages überspitzt die sozialen Funktionen der Hausärzte in den Vordergrund. Dies ist mit der derzeitigen Versorgungssituation nicht in Einklang zu bringen, wonach Hausärzte im Unterschied zu ausländischen Gesundheitssystemen auch spezialisierte Leistungen beispielsweise der bildgebenden Diagnostik (z.B. Ultraschall) erbringen. Auch hier ist die Anwendung der Methoden der evidenzbasierten Medizin Grundvoraussetzung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung.

An der fachärztlichen (vertragsärztlichen) Versorgung der Zukunft nehmen nur noch Augenärzte und Frauenärzte teil! Zugelassene Fachärzte anderer Fachrichtungen und Psychotherapeuten können aus der vertragsärztlichen Versorgung durch Einzelverträge mit den Krankenkassen „herausoptieren“ und sind dann - insoweit - nicht mehr in das System der vertragsärztlichen Versorgung eingebunden. Gleiches gilt faktisch aber auch für Vertragsärzte, mit denen eine Krankenkasse einen Integrationsvertrag nach § 140a ff abschließt, da die KV - auch optional - hieran nicht mehr beteiligt ist.

EBM und Verträge (auch die der Krankenkassen nach §§ 106a, 140a ff ??) mit Ärzten, ärztlich geleiteten Einrichtungen und Gesundheitszentren sollen fachärztliche Vergütungsansprüche von der Datenübermittlung an Hausärzte bzw. im Hausarztmodell von der Hausarztüberweisung abhängig machen. (Augenärzte und Frauenärzte dürften im Hausarztmodell vom Überweisungserfordernis freigestellt werden, da anders ihre Einbeziehung in die vertragsärztliche Versorgung der Zukunft kaum zu rechtfertigen ist).

Abs. 8 (neu) erweitert die Informationspflicht über Arzneimittel um weitere differenzierte Einzelangaben (woher kommen die hierfür erforderlichen Daten und

deren up-date?? Müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen hierfür Lizenzgebühren an die IFA zahlen? Wo ist die Rechtsgrundlage für ein EDV-gestütztes, für den Vertragsarzt verpflichtend zu nutzendes Pharmaindustrie und EDV-Anbieter neutrales Info-System??).

Bewertung:

Die kassenärztliche Versorgung wird systematisch auf die hausärztliche Versorgung unter Einschluss zweier Fachgebiete reduziert und auch insoweit durch die gegen die KVen gerichtete Einzelvertragskompetenz der Krankenkassen nach § 140a ff ausgehöhlt. Schon die Vorschriften zur Datenübermittlung und zum Überweisungserfordernis zeigen die Brüchigkeit und Widersprüchlichkeit dieser Spaltung der Versorgungsverantwortung (Sie ist - insoweit konsequent - im AOK-Gutachten auch gar nicht mehr vorgesehen).

§ 76: Freie Arztwahl

Sie bleibt formal umfassend erhalten, wird aber massiv eingeschränkt durch die Einzelverträge der Krankenkassenverbände nach § 106 a. Von einer KK unter Vertrag genommene Fachärzte können - vorbehaltlich einer Wahl des Hausarztmodells - nur von deren Versicherten unmittelbar ohne Überweisung in Anspruch genommen werden.

Bewertung:

Ohne dass dies aus der Formulierung der Vorschrift erkennbar wird, ist die freie Arztwahl in der fachärztlichen Versorgung in Zukunft kassenbezogen durch das Einzelvertragssystem des § 106 a auf Vertragsärzte der jeweiligen Kasse (Kassenart) begrenzt und zusätzlich durch „Bonus-Druck“ auf chronisch kranke Versicherte zur Wahl von DMP oder des Hausarztmodells eingeschränkt. Dies beseitigt zunächst die wohnortnahe flächendeckende und kassenübergreifende fachärztliche Versorgung durch freiberufliche Vertragsärzte! Der Rest an Freiberuflichkeit wird durch die in diesem Entwurf stark geförderten Gesundheitszentren mit angestellten Ärzten beseitigt.

§ 77: Kassenärztliche Vereinigung

Die vier KVen in Rheinland-Pfalz sollen zusammengelegt; die vier KVen in Baden Württemberg auf eine oder auf zwei KVen reduziert werden.

Bewertung:

Mit dieser Regelung wird die regionale Kompetenz des § 77 Abs. 2 SGB V vom hiesigen Sozialministerium auf den Bundesgesetzgeber übertragen. Dieser Schwächung der Landesebene ist entschieden entgegenzuwirken. Hinzu kommt,

dass sich die KV-Strukturen in Baden-Württemberg bewährt haben und ohne Einflussnahme des Bundesgesetzgebers unter Beachtung regionaler Erfordernisse gemeinsam mit dem Sozialministerium des Landes weiterentwickelt werden sollen.

Mitglieder der KV sind in Zukunft nur noch Hausärzte, Augenärzte und Frauenärzte und zwar auch soweit sie angestellt in Gesundheitszentren tätig sind. Die Mitgliedschaft zugelassener Fachärzte anderer Fachrichtungen und der Psychotherapeuten ist durch das „opting-out“ des § 106 a auflösend bedingt. Neue Zulassungen für diese Fachgebiete gibt es nicht mehr!

Bewertung:

Dies hat massive Auswirkungen auf die Einbeziehung von Fachärzten in das Normgefüge des Kassenarztrechts. § 106 a erklärt nur noch einige Richtlinien des Bundesausschusses, die Verordnungsvorschriften des § 73 Abs. 4 und 5 (Listen und aut idem), Vorschriften zur stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess (§ 74) und Qualitätsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 für verbindlich, ohne dass die KV deren Einhaltung noch überprüfen kann. Alle anderen bisherigen Bindungen werden durch den Wettbewerb der Krankenkassen im Einzelvertragssystem abgelöst. Dies gilt auch für die entsprechenden Konfliktauflösungsinstrumente des Kollektivvertragssystems!

§ 79: Organe

Die Organstruktur der KVen und der KBV wird mit den Kassenstrukturen gleichgeschaltet! Dies bedeutet

- hauptamtlicher Vorstand aus drei (nach Maßgabe der Satzung 5) Mitgliedern; die Wahl eines Vertragsarztes in den Vorstand führt zum Ruhen seiner Kassenzulassung (§ 95 Abs 5 S.1 neu),
- reduzierte Vertreterversammlung, gestaffelt nach Zahl der Mitglieder (30, 40, 50, KBV 60),
- sechsjährige Wahlperiode,
- Veröffentlichungspflicht von Vergütungen.

Hausärzte und Psychotherapeuten sind entsprechend ihrem Anteil an Mitgliedern in der VV vertreten. Dabei schwindet der Anteil der Psychotherapeuten und der „anderen“ Fachärzte aber durch „Opting out“ während der sechsjährigen Wahlperiode, ohne dass dies auf die Zusammensetzung der VV innerhalb der Wahlperiode Auswirkungen hätte. Die a.o. Mitgliedschaft soll entfallen (§ 77 Abs. 3 neu)

Bewertung:

Die Übernahme der Kassenstruktur führt zum Ausschluss des ehrenamtlichen Elementes im Vorstand; die Zusammensetzung der VV führt zur Majorisierung der Vorstands-Wahlen durch Hausärzte und Psychotherapeuten in der ersten Wahlperiode. Augenärzte und Frauenärzte werden als „Dauer-Pflichtmitglieder“ benachteiligt. Die VV der KBV entspricht nach wie vor nicht ihrer Mitgliedschaftsstruktur. Die a.o. Mitgliedschaft wird offensichtlich wegen der ordentlichen Mitgliedschaft angestellter Ärzte in Gesundheitszentren für überflüssig gehalten.

§ 83 Gesamtverträge

Die Änderungen in Abs. 2 und der neue Abs. 3 verschärfen die Plausi-Prüfung in Reaktion auf den extrem einseitigen Prüfbericht der Landesprüfungsämter und führen eine Bundesvorgabe durch KBV und Spitzenverbände für die Prüfungen ein. Fachärzte und Psychotherapeuten können sich dieser Prüfung jedoch durch „opting out“ entziehen, ohne dass eine vergleichbare Prüfung an ihre Stelle träte. Die Bundesrichtlinien des Abs. 3 stehen durch Beanstandungsrecht und Recht zur Ersatzvornahme zur Disposition des BMGS.

Bewertung:

Im Einzelvertragssystem sind vergleichbare Prüfungen nicht durchführbar. Die einseitige - aus dem Wortlaut nicht erkennbare – künftige Ausrichtung derartiger Prüfungen auf Hausärzte, Augenärzte und Frauenärzte ist willkürlich.

§ 85: Gesamtvergütung

Die Gesamtvergütung bezieht sich auf die vertragsärztliche Versorgung und umfasst zunehmend nicht mehr die Fachärzte und Psychotherapeuten, die in Zukunft im Einzelvertragssystem des § 106 a tätig sind. Eine Bereinigungsvorschrift fehlt hierfür; offensichtlich geht der Entwurf von einem „stillen“ Abschmelzen durch die jeweilige Anpassung der Gesamtvergütungen aus, was bei einer nicht auf den Arzt, sondern auf das Mitglied bezogenen Kopfpauschale schwierig ist, weil niemand weiß, wie sich die Ärzte und die Versicherten im Verlauf einer Vertragsperiode verhalten.

Die Bindung der Gesamtvergütungen an die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen als Obergrenze bleibt erhalten (sektorales Budget)! Mehrausgaben aufgrund von Beschlüssen der Bundesausschüsse sollen zusätzlich berücksichtigt werden können, wenn sie nicht durch Minderausgaben aus dem Wegfall von Leistungen kompensiert werden.

Der HVM wird nicht mehr durch die VV beschlossen, sondern durch die KV mit den Krankenkassenverbänden vereinbart.

Die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen soll im HVM gesondert vereinbart werden, obwohl sie in Zukunft aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgegliedert werden.

Die Honorarverteilung nach Regelleistungsvolumen (mit festen Punktwerten innerhalb arztgruppenbezogener Grenzwerte) soll obligatorisch werden .

Die Anpassung des HVM an die vorstehenden Regelungen soll bis zum 31.12.2004 erfolgen.

Dem BMGS soll ein jährlicher Bericht zur Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung vorgelegt werden; eine vergleichbare Regelung für Einzelverträge der Krankenkassen fehlt.

Bewertung:

Die KVen verlieren die Honorarverteilungskompetenz ohne dass die Krankenkassen die Finanzverantwortung für eine bedarfsgerechte Versorgung ihrer Versicherten übernehmen würden; nach wie vor wird ihre Zahlungspflicht vielmehr durch die als Gesamtbetrag definierte Gesamtvergütung in Anbindung an die Grundlohnsumme definiert! Zu erwartende Leistungsverlagerungen aus der DRG Einführung bleiben unberücksichtigt.

Es wird auch nur so getan, als würde sich die Gesamtvergütung unter dem fortbestehenden Honorardeckel so weiterentwickeln wie bisher. Tatsächlich werden die Krankenkassen jedoch bestrebt sein, die notwendigen Finanzmittel für Einzelverträge aus der Gesamtvergütung herauszulösen. Dies geschieht mit Hilfe der arztbezogenen Regelleistungsvolumen mit festem Punktwert. Je weniger Ärzte diese Vergütung erhalten, umso geringer wird der „Bedarf“ an Gesamtvergütung. Das Ganze funktioniert ausgabenneutral aber nur, wenn durch Einzelverträge keine Mehrausgaben entstehen. Sie werden in der Anfangsphase aber einkalkuliert, denn der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt nach § 140 b Abs. 4 (neu) nicht für Integrationsverträge, die bis zum 31.12.2006 abgeschlossen werden.

Diese Neuregelung, verbunden mit der Öffnung der Krankenhäuser für DMP und hochspezialisiert Leistungen (§ 116 b Abs. 1, 2 neu) führt zu einer gigantischen Verlagerung fachärztlicher Leistungen a) in ein Einzelvertragssystem mit „stiller Enteignung“ bestehender Praxen und b) an Krankenhäuser. Offensichtlich soll durch ein massives Abschmelzen der Zahl freiberuflicher Fachärzte a) erhoffte Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft werden und b) der durch DRG im Krankenhaus zu erwartende Bettenabbau durch Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante fachärztliche Versorgung kompensiert werden.

Es wird erwartet, dass die KVen diesen Weg konstruktiv begleiten und die Vertragsärzte die entsprechenden Vertragsangebote der Krankenkassen annehmen. Spätestens mit Ende der Zulassung eines Vertragsarztes ist der Weg für solche Einzelverträge aber vorgegeben. Ein Anspruch eines Praxisnachfolgers auf Abschluss eines Einzelvertrages besteht aber nicht! Für den Vertragsarzt führt dies zur Wertlosigkeit seiner Arztpraxis, wenn sie nicht im Einzelvertragssystem weitergeführt wird (verfassungsrechtliche Prüfung!?). Dies bedeutet für ihn faktisch einen Zwang zur schnellstmöglichen Übernahme seiner Praxis durch die Krankenkassen.

§ 87: EBM

Die Vergütungsstrukturen des EBM 2000plus werden weitgehend übernommen. Dies gilt auch für Fallpauschalen, die für kooperative Versorgungsformen festgelegt werden, "die dem fallbezogenen Zusammenwirken von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen in diesen Versorgungsformen Rechnung tragen" (Beispiel: ambulantes Operieren). Bei Fallpauschalen soll der Leistungsumfang bzw. die Anforderungen an die institutionelle Ausgestaltung der Kooperation festgelegt werden.

Für die hausärztliche Versorgung sollen Behandlungspauschalen für die Versorgung eines Versicherten im Jahr festgelegt werden; nur soweit erforderlich, soll es zusätzlich Einzelleistungen oder Leistungskomplexe geben. Die Abrechnung dieser Pauschale nur durch einen Arzt soll im HVM gewährleistet werden!? Die Behandlungspauschalen sollen morbiditätsgewichtet sein.

Die Neuregelung soll bis zum 31.12.2004 zum Gesetz werden.

Das Beanstandungsrecht des BMGS und die Ersatzvornahme wird auch insoweit eingeführt.

Bewertung:

Die Regelung als solche wäre akzeptabel. Sie gilt jedoch nicht im Einzelvertragssystem. Was dort gilt, ist dem Entwurf nicht zu entnehmen, außer dass die GOÄ nicht gilt. Der EBM verliert somit seine zentrale Steuerungsfunktion für die ambulante und belegärztliche Versorgung in der GKV! Aus zwei konkurrierenden Vergütungssystemen (EBM – DRG) wird ein Konglomerat aus X-beliebigen Vergütungsformen im Einzelvertragssystem der Krankenkassen, die mit dem EBM der haus-, augen- und frauenärztlichen Versorgung und den DRG der Krankenhausbehandlung nicht kompatibel sein müssen. Zusätzliche massive Verwerfungen an einer Vielzahl neuer Schnittstellen sind dadurch vorprogrammiert!

Die staatliche Bevormundung von Selbstverwaltungsentscheidungen zieht sich durch den ganzen Entwurf! Die staatliche Bürokratie wird dadurch aufgebläht.

§ 89: Schiedsamt

Es wird ein Mehrheitsvotum der Unparteiischen und eine Ersatzvornahme bei nicht erfolgten Schiedssprüchen durch die Aufsichtsbehörde vorgesehen.

Bewertung:

Je mehr sich der Staat in das Schiedswesen der Selbstverwaltung durch Ersatzvornahmen einschaltet, wird es in seiner Funktionsfähigkeit ausgehöhlt, da die Verlagerung der Entscheidungsverantwortung auf den Staat gezielt instrumentalisiert werden wird (Beispiel: DRG Einführung durch Ersatzvornahmeverordnung).

§ 92: Richtlinien der Bundesausschüsse

- Der Bundesausschuss soll zukünftig gem. § 92 Abs. 1 Nr. 12 (neu) Richtlinien beschließen über „Inhalte und den zeitlichen Umfang der Fortbildung, die für den Nachweis der Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95 Abs. 2 b Satz 2 erforderlich ist“.
- Der Bundesausschuss wird darüber hinaus verpflichtet, über Empfehlungen, die das neu eingerichtete Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin abgibt, innerhalb von zwei Monaten eine Entscheidung zu treffen, ob und in wie weit sie die Empfehlung mittels Richtlinienbeschluss beachten. Die Entscheidung ist dem BMGS mitzuteilen, trifft der Bundesausschuss keine Entscheidung, kann das BMGS eine Frist zur Entscheidung setzen. Nach Ablauf der Frist kann das BMGS die Richtlinien selbst erlassen.

Bewertung: s.u. unter § 139 ff

- Vor Richtlinienentscheidung ist dem Patientenbeauftragten oder von ihm benannten Patientenvereinigungen Gelegenheiten zur Stellungnahme zu der beabsichtigten Richtlinie zu geben, die Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen.

Bewertung:

Die Einbeziehung eines Patientenbeauftragten ist grundsätzlich positiv, das Beteiligungsverfahren vor Beschluss des Bundesausschusses kann jedoch zu monatelangen Verzögerungen führen. Besser wäre deshalb eine Beschränkung der Beteiligung auf das Anhörungsverfahren vor oder während der Beratung.

§ 95: Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Die Änderungen basieren im wesentlichen

- auf der Einbeziehung von Gesundheitszentren als zugelassene Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung (Neudefinition des Vertragsarztsitzes, Einbeziehung in die Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkungen),
- auf der Beschränkung von Neuzulassungen auf Hausärzte, Augenärzte und Frauenärzte (dabei bleibt die Eintragung in das Arztregister allen Ärzten und Psychotherapeuten nach wie vor möglich ?!) und
- auf der erweiterten Fortbildungspflicht für Vertragsärzte (Fortbildungsnachweis alle fünf Jahre mit Zulassungsentzug bei Nichterbringung) auch für angestellte Ärzte an Gesundheitszentren und bereits zugelassene Vertragsärzte.

Für hauptamtliche Vorstandsmitglieder der KV ruht gesetzlich die Kassenzulassung während der wahrgenommenen Amtsperiode (dazu § 79).

Bewertung:

Die Neuregelung zerstört das bisher einheitliche Zulassungsrecht für alle an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen. Es schafft zwei getrennte ambulante Versorgungssysteme für die vertragsärztliche Versorgung durch Hausärzte, Augenärzte und Frauenärzte einerseits und für die fachärztliche Versorgung durch Einzelverträge mit den Krankenkassen andererseits (§ 106a). Der Sicherstellungsauftrag wird entgegen politischer Zusagen der Bundesgesundheitsministerin somit gespalten! Daraus resultiert rechtssystematisch ein grundsätzlich unterschiedlicher Rechtsstatus der Vertragsärzte mit gesetzlichen Bindungen, kassenübergreifenden Budgetzwängen, Honorarverteilungskürzungen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen Regressandrohungen, bürokratischen Auflagen etc. einerseits und die totale Abhängigkeit von Einzelvertragsabschlüssen der Krankenkassen mit vom Facharzt selbst auch über seine Selbstverwaltung nicht beeinflussbaren Inhalten und Vergütungskonsequenzen andererseits. Dies wirft die verfassungsrechtliche Frage auf, ob z.B. Augenärzte und HNO-Ärzte als relativ gleich strukturierte Organfächer in ihren Rechtsbeziehungen zu den Krankenkassen derart unterschiedlich behandelt werden dürfen.

Die erneute Abschottung zweier Versorgungsebenen durch die Aufrechterhaltung von Budgets mit gleichzeitiger Berechtigung der Krankenkassen, sich aus dem Budget für die vertragsärztliche Versorgung für die Finanzierung von Einzelverträgen und Integrationsverträgen „zu bedienen“, wird zu massiven Verwerfungen führen, die, verbunden mit der Öffnung von Krankenhäusern für DMP und für hochspezialisierte fachärztliche Leistungen, bei gleichzeitiger Einführung der DRG ein Versorgungschaos vorprogrammieren, das 350 darauf organisatorisch und fachlich unvorbereitete Krankenkassen im Wettbewerb nicht beherrschen können.

Besonders krass wird dieser Konflikt für Gesundheitszentren, die sowohl mit Hausärzten, Augenärzten und Frauenärzten an der vertragsärztlichen Versorgung, mit anderen Facharzt- und Psychotherapeutengruppen aber auch an der fachärztlichen Einzelvertragsversorgung teilnehmen, für bestimmte Krankenkassen und Versicherte aber zusätzlich Partner einer Integrationsversorgung sein sollen.

§ 95d: Pflicht zur fachlichen Fortbildung

Der Vertragsarzt wird anders als bisher im SGB V nicht zu einer kassenspezifischen, sondern zu einer gegenüber Nichtvertragsärzten erweiterten beruflichen Fortbildung verpflichtet. Deren Inhalte und Vorgaben sollen durch Richtlinien des Bundesausschusses nach Anhörung der Bundesärztekammer vorgegeben werden. Die Fortbildung soll nur in industrieunabhängigen Veranstaltungen vermittelt werden können. Der Nachweis ist insbesondere durch Fortbildungszertifikate der Kammern oder Bescheinigungen der KVen für Hausärzte, Augenärzte und Frauenärzte gegenüber der KÄV zu führen für Fachärzte im Einzelvertragssystem gegenüber der jeweiligen Krankenkasse als Vertragspartner.

Bewertung:

Es stellt sich die verfassungsrechtliche Frage, ob das Sozialgesetzbuch die berufliche Fortbildung von Ärzten regeln kann, da es damit in die Gesetzgebungskompetenz der Länder eingreift. Dabei enthält § 95d bewusst keinen kassenarztspezifischen Fortbildungsbezug, sondern regelt gezielt die jeden Arzt treffende medizinische Fortbildungspflicht, jedoch mit erhöhten Auflagen für Vertragsärzte. Warum müssen nur sie einen solchen beruflichen Fortbildungsnachweis erbringen und nicht jeder berufstätige approbierte Arzt? Die in der Begründung des Entwurfes zur Stützung der Regelungskompetenz im SGB V herangezogene Rechtsprechung bezieht sich auf einzelne Leistungen und hierfür notwendige Qualifizierungsnachweise, nicht aber auf die generelle Fortbildungspflicht des Arztes.

§ 100 Unterversorgung

Die Kriterien für Unterversorgung (25 v. H. Abweichung vom bedarfsgerechten Versorgungsgrad) werden gesetzlich definiert, um eine eindeutige Grundlage zur Ermächtigung von Krankenhäusern nach § 116a zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu haben.

Bewertung:

Wenn die Unterversorgung die durch Einzelverträge sicherzustellende fachärztliche Versorgung betrifft, scheidet die Anwendung der Vorschriften zur Bedarfsplanung

rechtssystematisch aus. Dies ergibt sich auch aus der Neufassung von § 101 Abs. 1 S. 1, wonach der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad nur noch für Hausärzte, Augenärzte und Frauenärzte festgelegt werden soll. Relevant wird die Regelung somit nur noch für Augenärzte und Frauenärzte.

§ 101: Überversorgung

Die Bedarfsplanungsregelung zur Überversorgung wird an die vorgesehene Neuregelung in § 106a (Beschränkung auf die in der vertragsärztlichen Versorgung verbleibenden Arztgruppen) und an die Einbeziehung von Gesundheitszentren für diese Arztgruppen in die vertragsärztliche Versorgung angepasst. Dabei soll die Regelung zu job-sharing auch für Gesundheitszentren gelten und die dort angestellten Ärzte werden mit dem Faktor 1 auf die Berechnung des Versorgungsgrades angerechnet.

Bewertung:

Die Auswirkungen dieser Neuregelung auf den ärztlichen Nachwuchs sind unabsehbar. Das Einzelvertragssystem im Kassenwettbewerb gibt dem ärztlichen Nachwuchs keine erwartbaren Aussichten mehr auf Möglichkeiten einer langfristig gesicherten Praxiseröffnung, -übernahme oder -beteiligung. Wenn die damit offenbar beabsichtigte Reduzierung von angeblichen Überkapazitäten dazu führt, dass frei werdende Kassenarztsitze in diesen Fachgebieten von Krankenkassen in großer Zahl nicht unter Vertrag genommen werden oder Einzelverträge nur befristet angeboten werden, wird sich der Nachwuchs in seiner Weiterbildung von diesen Gebieten abwenden. Dies wird am Krankenhaus zu weiteren Engpässen führen; schon heute sind ausgeschriebene Assistenzarztstellen auch in attraktiven Regionen nur schwer zu besetzen.

§ 103: Zulassungsbeschränkungen

Die in Abs. 4 S. 1 vorgesehene Ergänzung „Entziehung oder Fristablauf (§ 95 Abs. 2b und 2c)“ lässt erkennen, dass entsprechend öffentlicher Erklärungen der Bundesgesundheitsministerin im Zusammenhang mit der Fortbildungspflicht ursprünglich eine befristete Zulassung eingeführt werden sollte. Der Text ist insoweit durch die andersartige Regelung in § 95 Abs. 2b und 2c überholt.

Abs. 4a ermöglicht es Vertragsärzten in überversorgten Planungsbereichen, ihren Vertragsarztsitz in ein Gesundheitszentrum einzubringen und dort als angestellter Arzt weiter zu arbeiten; hierauf soll ein Rechtsanspruch gegenüber dem Zulassungsausschuss bestehen. Gleiches soll im Fall der Übertragung auf einen Praxisnachfolger gelten, wenn ein Gesundheitszentrum die Praxis (gegen Zahlung des Verkehrswertes?) übernimmt und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen

angestellten Arzt weiterführt. Die Nachbesetzung einer Arztstelle in einem Gesundheitszentrum soll auch dann möglich sein, wenn Zulassungsbeschränkungen für Neuzulassungen fortbestehen.

Bewertung:

Abs. 4a lässt deutlich die Absicht des BMGS erkennen, möglichst viele freiberufliche Vertragsarztpraxen in Gesundheitszentren aufgehen zu lassen und die Errichtung von Gesundheitszentren keineswegs nur auf die Beseitigung von Versorgungsengpässen zu begrenzen, sondern zum Leitbild künftiger Versorgungsstrukturen zu machen. Für diese Förderung von Gesundheitszentren wird sogar der Fortbestand einer Überversorgung im Planungsbereich in Kauf genommen. Da die Bedarfsplanung gegen Überversorgung aber nur noch für Hausärzte, Augenärzte und Frauenärzte gelten soll (§ 101), kann auch Abs. 4a nur noch für diese Arztgruppen zur Anwendung kommen. Für Einzelverträge nach § 106a und Integrationsverträge nach § 140a ff sind Gesundheitszentren aber auch ausdrücklich als Vertragspartner vorgesehen.

§ 106 Wirtschaftlichkeitsprüfung der vertragsärztlichen Versorgung

Die künftig (nach Auslaufen von Kassenzulassungen anderer Fachärzte) auf Hausärzte, Augenärzte und Frauenärzte als verbleibende Pflichtmitglieder der KV begrenzte Wirtschaftlichkeitsprüfung wird systematisch neu strukturiert:

Bewertung:

In dieser Neuregelung schlägt sich das tiefe Misstrauen des BMGS in die Prüfmaßnahmen der Selbstverwaltung nieder, wobei sich der Vorwurf unzureichender Prüfung trotz gemeinsamer Verantwortung mit den Krankenkassen immer gegen die KVen richtet. Insbesondere die Durchführung von Stichprobenprüfungen, die jetzt an die Stelle der Durchschnittsprüfung treten sollen, und die Erfolgsaussichten von Richtgrößenprüfungen sind aber an der mangelnden oder fehlerhaften Datenlieferung der Krankenkassen und nicht an einer Prüfunwilligkeit der KVen gescheitert. Deswegen muss es bei der statistischen Durchschnittsprüfung solange bleiben, bis sich die Praktikabilität der anderen Prüfverfahren und deren rechtsichere Durchführbarkeit aufgrund gesicherter Daten erwiesen hat.

Durch den Ausgleich von Regressen zugunsten der Krankenkassen durch Abzug von der Gesamtvergütung wird das Risiko eines gegen einen Vertragsarzt nicht oder nicht in voller Höhe durchsetzbaren Regresses auf die KV verlagert. Dies ist zynisch, da die Aufrechterhaltung einer Hausarztpraxis durch teilweisen Erlass einer Regressforderung primär im Interesse der Versicherten liegt und damit auch von deren Krankenkasse mit getragen werden müsste.

Insbesondere die vorgesehene Neuregelung der Wirtschaftlichkeitsprüfung zeigt die Unhaltbarkeit der systematischen Trennung der ambulanten Versorgung in zwei (bei Einbeziehung der Krankenhäuser sogar drei) verschiedene Systeme. Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der jetzt vorgesehenen rigiden Form sind in der vertragsärztlichen Versorgung schon deswegen nicht rechtssicher durchführbar, weil die Wechselbeziehungen zu den „Einzelvertragsärzten“ und Krankenhäusern nicht oder nicht zeitgerecht einbezogen werden können. Gerade wegen der Rigidität der auf Vertragsärzte begrenzten Prüfung sind (auf dem Rücken der Patienten ausgetragene) massive Verlagerungen im Ordnungsverhalten zu erwarten; dies gilt auch für die angeblich alle Probleme lösende individuelle Richtgrößenvereinbarung, die solche Verlagerungen oder Rationierungen keineswegs ausschließt.

§ 106a: Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch Einzelverträge

Die Neuregelung begründet neben der vertragsärztlichen Versorgung ein zweites durch Einzelverträge der Krankenkassen geprägtes Versorgungssystem für die ambulante fachärztliche Versorgung, das sich durch folgende Merkmale auszeichnet:

- „Einzelvertragsärzte“ (einschließlich Psychotherapeuten) müssen nicht in ein Arztregister einer KV eingetragen sein, sondern nur die Eintragungsvoraussetzungen erfüllen; eine kassenübergreifende Erfassung von Vertragsärzten und eine vom Interesse einer Krankenkasse losgelöste Überprüfung der Teilnahmevoraussetzung findet nicht mehr statt; eine Teilnahme als Einzelvertragsarzt kann sich auf einzelne Krankenkassen, einzelne Leistungen, Teilzeittätigkeit, Nebentätigkeit etc beziehen;
- Gesundheitszentren können in Doppelfunktion sowohl an der vertragsärztlichen Versorgung als auch an der Einzelvertragsversorgung teilnehmen; die Rechtsbeziehungen der angestellten Ärzte zur KV bzw. zu den Krankenkassen sind entsprechend gespalten; es ist unerfindlich, wie z.B. für ein solches Zentrum eine Plausibilitätsprüfung nach § 83 oder eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 rechtssicher durchgeführt werden soll;
- Ein Rechtsanspruch auf Abschluss eines Einzelvertrages mit einer Kasse besteht nicht, kann sich aber aus einer marktbeherrschender Stellung einer Kasse oder eines anbietenden Kassenverbandes ergeben; objektiviert werden soll das jeweilige Vertragsangebot einer Kasse lediglich durch ein öffentliches Ausschreibungsverfahren, das nach Rahmenbedingungen der Spitzenverbände „diskriminierungsfrei“ sein soll;

- Die Spitzenverbände der Krankenkassen sollen einheitlich und gemeinsam bestimmte Rahmenbedingungen für die Sicherstellung der Versorgung festlegen und mit der KBV Empfehlungen für eine bedarfsgerechte Versorgung abgeben. Die Landesverbände der Krankenkassen sollen gemeinsam mit den jeweiligen vertragsschließenden Krankenkassen ihrer Kassenart (Wohnortprinzip!) sicherzustellen, dass § 70 SGB V einschließlich eines Notdienstes gewährleistet ist; wie dies gegenüber im Wettbewerb stehenden Krankenkassen gewährleistet werden soll, bleibt unklar, da Sanktionen insoweit nicht vorgesehen sind;
- Übergreifend verbindlich für Vertragsärzte und Einzelvertragsärzte sollen nur die Richtlinien des Bundesausschusses (Ausnahme Bedarfsplanung), § 73 Abs. 4 und 5, § 74 und die Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 sowie in entsprechender Anwendung § 95 Abs. 7 und die erweiterte Fortbildungspflicht sein; auch insoweit ist die Durchsetzbarkeit gegenüber den Kassen und ihren jeweiligen Vertragspartnern nicht gewährleistet. Prüfungen und Sanktionen sind nicht vorgesehen;
- Einzelvertragsärzte, die ihrerseits aus einem Vertragsverhältnis ausscheiden, sollen durch die vertragschließende Krankenkasse verpflichtet werden können, längstens bis zu sechs Monaten zur Deckung von Versorgungslücken weiter tätig zu sein, es sei denn, dies wäre ihnen unzumutbar; auch insoweit ist die Durchsetzbarkeit solcher Auflagen unklar;
- Bei einem Einzelvertragsabschluss mit einem zugelassenen Vertragsarzt endet die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nur für die jeweilige Kasse; dies ist der KV mitzuteilen.
 - Die GOÄ ist als Abrechnungsgrundlage ausgeschlossen, der EBM aber nicht vorgeschrieben; Vergütungsregelungen, Abrechnungsprüfungen etc. sind damit frei vereinbar.

Die schon erwähnte Überprüfung der Fortbildungspflicht wird durch die Krankenkassen erfolgen, ohne dass entsprechende Ergebnisse offen zu legen wären. Insofern wird hier der „Atomisierung“ auch der Qualitätslandschaft Vorschub geleistet, denn: Ob die einzelne Krankenkasse ihre Aufgabe wahrnimmt, ist für den Versicherten nicht ersichtlich. Die bisherige „Zuschreibbarkeit“ von Qualität an einen Adressaten, nämlich die Kassenärztliche Vereinigung, entfällt somit. Noch bedenklicher sind die Entwicklungen zu sehen, die sich aus § 106a, Absatz 2 ergeben. Der bisherige Wortlaut ist insofern missverständlich, als das nicht ersichtlich ist, ob die erwähnten Ausnahmeparagraphen auch den § 135 Abs. 2 umfassen. Nahezu alle Regelungen zur Qualitätssicherung sind auf den § 135 (2) begründet, so dass eine Nichtgültigkeit für diesen Bereich ein Zurückfallen der Qualität auf allgemeines Berufsrecht bedeuten würde, ein realer Rückschritt für die

Qualitätssicherung der fachärztlichen Versorgung. Wenn auch die Begründung gerade das zu Verhindern als wichtige Aufgabe vorgibt, so lässt sich selbst bei Geltung des Paragraphen nur schwer eine Trennungslinie hinsichtlich der Zuständigkeiten der KVen ziehen. Wesentlicher Anker der Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 (2) sind die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Kolloquien abhalten, Leistungsdurchführungen überprüfen und in der Umsetzung die jeweiligen Sanktionskaskaden realisieren. Deutlich wird die Untrennbarkeit der Funktion der KVen mit den Anforderungen aus den Vereinbarungen besonders beim Kolloquium: Würde man systematisch die KV durch Krankenkassen ersetzen, so müssten künftig Krankenkassen medizinische Kolloquien durchführen. Die einzelne Krankenkasse könnte ebenso nicht den umfangreichen Aufwand beispielsweise für die Qualitätssicherung in der Mammographie gewährleisten. Besonders hier wird offenkundig, dass die Übertragung des Sicherstellungsauftrages auf die Krankenkassen insbesondere im Bereich Qualität zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität im fachärztlichen Bereich führen wird. Hier ist dem Gesetzgeber die Schwächung der Kassenärztlichen Vereinigungen wichtiger als der Erhalt einer hochwertigen Versorgungsqualität. Hierauf ist dezidiert hinzuweisen. In der Begründung sieht der Gesetzgeber die entstehende Lücke und spricht davon, dass mittelfristig eine weitere Kontrollinstanz nötig sein wird, um das Qualitätsniveau in Einzelverträgen zu kontrollieren. Die Übergangsphase wird allerdings Krankenkassen überlassen, die untereinander im Wettbewerb stehen und die aus Werbegründen erfahrungsgemäß Ressourcen lieber für das Angebot von Akupunktur als für Qualitätssicherungsmaßnahmen verwenden werden.

Bewertung:

Ein solches Nebeneinander zweier systematisch grundlegend unterschiedlicher Versorgungssysteme kann auf Dauer keinen Bestand haben (und soll es wohl auch nicht). Es vernachlässigt die Wechselbeziehungen zwischen beiden Bereichen und schottet erneut und noch rigider als bisher durch unterschiedliche Versorgungs- und Vergütungsbedingungen medizinische Versorgungsbereiche voneinander ab, die im Interesse einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung aber stärker miteinander koordiniert werden müssten. Eine solche Koordination darf entsprechend dem gesetzlichen Versorgungsauftrag der GKV nicht allein Wahlтарifen oder Wahlentscheidungen von einzelnen Versicherten überlassen werden, sondern muss allgemein sichergestellt sein.

Das auf Wettbewerb ausgerichtete Einzelvertragssystem der fachärztlichen Versorgung ist nicht in der Lage, eine bedarfsgerechte Versorgung aller Versicherten zu gewährleisten, da ein wirksamer Überbau zur Gewährleistung einheitlicher Mindestbedingungen fehlt, wie er im Kollektivvertragssystem durch die KVen geschaffen ist. In der Begründung wird darauf hingewiesen, dass der Gesetzgeber zu gegebener Zeit die „Generierung des einheitlichen Leistungskataloges und der kassenübergreifenden Mindestanforderungen an die Qualität der

Leistungserbringung von der kollektivvertraglich organisierten gemeinsamen Selbstverwaltung auf eine neue (bundesweite, kassenartenübergreifende) Institution übertragen müsse“, da diese Selbstverwaltungsstrukturen den neuen fachärztlichen Strukturen wegen deren Ausgliederung aus den KVen nicht mehr entsprechen. Damit wird die ganze Fragwürdigkeit dieses Experimentes zweier grundsätzlich unvereinbarer Systemansätze deutlich. Resultieren wird daraus

- ein extrem kostenaufwendiger Verwaltungsapparat bei den Krankenkassen, um das zusätzlich auf jede einzelne Kasse zukommende Vertragsmanagement zu bewältigen;
- ein ebenso kostenaufwendiger Überbau bei den Kassenverbänden zur kassenübergreifenden Gewährleistung der allen Versicherten zustehenden Mindestversorgung;
- eine neue Bundesinstitution, die für die fachärztliche Versorgung rechtssichere normative Vorgaben vergleichbar zu den fortbestehenden Strukturen des Bundesausschusses setzen kann und
 - eine aufgeblähte staatliche Kontroll- und Ersatzvornahme-Bürokratie zur Eindämmung der zu erwartenden unsolidarischen Folgen des Kassenwettbewerbes.

Ein Mehrgewinn für die Qualität der Versorgung ist mit dem Hinweis auf einen dadurch entstehenden Qualitätswettbewerb allein nicht bewiesen und durch internationale Erfahrungen auch nicht belegt. Wirtschaftlichkeitsreserven aus einer Beseitigung der doppelten Facharztschiene sind wegen zu erwartender Mehrausgaben für die ambulante Versorgung durch Krankenhäuser nicht zu erwarten, wären aber durch die aufgeblähten Verwaltungsausgaben mehr als aufgezehrt.

§§ 115a - 116b: Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante fachärztliche Versorgung

Die Krankenhäuser sollen nach Maßgabe dieser Vorschriften in weiterem Umfang als bisher an der ambulanten ärztlichen Behandlung teilnehmen können:

- Die ambulante Vor- und Nachbehandlung kann durch zweiseitige (bisher dreiseitige) Vereinbarungen zwischen Kassenverbänden und Krankenhausträgerverbänden verlängert bzw. an krankheitsspezifische Besonderheiten angepasst werden. Die Frist für die nachstationäre Behandlung wird generell auf einen Monat statt bisher 14 Tagen festgesetzt;

- Bei festgestellter Unterversorgung haben die Krankenhäuser einen Rechtsanspruch auf Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, soweit und solange die Unterversorgung fortbesteht (wegen des Wegfalls der Bedarfsplanung im Einzelvertragssystem dürfte diese Regelung nur für Augenärzte und Frauenärzte relevant werden);
- Im Einzelvertragssystem nach § 106a können Krankenkassen mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge über strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137g sowie Verträge über die Erbringung der in einem zweiseitig auf Bundesebene vereinbarten Katalog hochspezialisierter Leistungen abschließen (da für Einzelverträge nach § 106a keine verbindliche Vergütungsregelung besteht, ist die Vergütung hierfür beliebig vereinbar.)

Für das ambulante Operieren soll es zunächst bei dreiseitigen Verträgen nach § 115d bleiben, wobei notfalls im Wege der Ersatzvornahme durch das BMGS Fallpauschalen für ambulante Operationen vereinbart werden sollen.

Bewertung: Krankenhäuser sind heute schon nicht mehr in der Lage, den stationären Versorgungsauftrag unter normalen Arbeitsbedingungen für ihre Mitarbeiter durchzuführen. Die Rechtsprechung zur Einordnung von Bereitschaftsdiensten als Arbeitszeit wird diese Situation noch massiv verschärfen. Trotzdem soll den Krankenhäusern offensichtlich als Ausgleich für den zu erwartenden Bettenabbau als Folge der Einführung von DRG eine weitergehende Leistungserbringung in der ambulanten Versorgung eröffnet werden. Dies geschieht unter unterschiedlichen Wettbewerbsbedingungen im Verhältnis zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Facharzt und führt damit zu massiven Wettbewerbsverzerrungen mit einseitiger Begünstigung des Krankenhauses als Leistungserbringer. Insbesondere die Einzelvertragsleistungen nach § 106a sind für das Krankenhaus anders als in der vertragsärztlichen Versorgung nicht budgetiert und im Preis frei aushandelbar. Der Gesetzesentwurf zeigt auch hier eine deutlich gegen die freiberufliche Tätigkeit von Fachärzten gerichtete Tendenz.

Die Fristsetzung für die Einführung von Fallpauschalen als einheitliche Vergütungsform für ambulantes Operieren berücksichtigt nicht die Kündigung des Vertrags nach § 115b zum 31.12.2003 und die Notwendigkeit, bereits im Jahre 2003 entsprechende Vergütungsregelungen neu zu treffen.

Die Krankenkassen können mit Krankenhäusern künftig einen eigenen Katalog über hochspezialisierte Leistungen erstellen. Hierfür müssen auch entsprechende Qualitätsanforderungen entwickelt werden. Der Entwurf sieht jedoch nicht vor, dass die Standards der vertragsärztlichen Versorgung diesen Anforderungen zugrunde zu legen sind. Es ist noch nicht einmal ein Abstimmungsverfahren mit der Kassenärztlichen Vereinigung vorgesehen. Hier wird einmal mehr ein eigener Qualitätsstandard für die ambulante Krankenhausversorgung etabliert, der dem Ziel

einer einheitlichen, sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zuwiderläuft („Atomisierung“).

§§ 135a – 137b: Maßnahmen der Qualitätssicherung

Die Verpflichtung zur Einführung eines Qualitätsmanagements wird auf Vertragsärzte, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen ausgedehnt. In einem neugefassten Paragraph 136 wird den Kassenärztlichen Vereinigungen wieder eine eigenständige Zuständigkeit zur Einführung von Maßnahmen zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung eingeräumt. Ziel und Ergebnisse dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen. Die inhaltlichen Anforderungen für die Qualitätssicherungsprüfung durch Kassenärztliche Vereinigungen in Form von Stichproben sollen in Zukunft durch die Bundesausschüsse für Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien festgelegt werden und nicht mehr durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen soll auch in Richtlinien die Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement festlegen. Dabei sollen sich die Vorgaben auf grundlegende Mindestanforderungen beschränken, um einrichtungsspezifische Begebenheiten zu berücksichtigen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erarbeitet derzeit ein solches Zertifizierungssystem. Bislang war es die dezidierte Auffassung der KBV, dass solche Systeme, die die Schaffung einer Qualitätskultur in Arztpraxen unterstützen, nicht verordnet werden sollen, sondern aus dem eigenen Antrieb der Praxeninhaber eingeführt werden müssen. Dieses Prinzip der Freiwilligkeit wurde als essenzielle Grundvoraussetzung erachtet, um tatsächlich funktionierende Qualitätsmanagementansätze auch in kleineren Betrieben wie Arztpraxen installieren zu können. Mit der nun angekündigten Gesetzesänderung wird dieser Weg verlassen und per „Ukas“ Qualität verordnet. Dies ist mit dem gedanklichen Ansatz von Qualitätsmanagementsystemen nicht vereinbar.

Bewertung:

Die Neuregelung ist grundsätzlich zu begrüßen, da sie die Kompetenz der Kassenärztlichen Vereinigungen auf dem Gebiet der Qualitätssicherung stärkt und eine akzeptable Grundlage für die Einführung den Belangen von Vertragsarztpraxen gerecht werdendes Qualitätsmanagement bietet. Diese Richtlinien gelten zwar auch für „Einzelvertragsärzte“ nach § 106a, ihre Überprüfung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ist jedoch insoweit nicht mehr gewährleistet.

§§ 137c - 137f: Organisationsstruktur der Bundesausschüsse, des Ausschusses Krankenhaus und des Koordinierungsausschusses

Die genannten Ausschüsse bleiben grundsätzlich erhalten, werden jedoch in ihrer Aufgabenstellung sehr stark auf die Umsetzung von Empfehlungen des DZQM ausgerichtet. Diese Empfehlungen wenden sich nicht mehr an den Koordinierungsausschuss als solchen, sondern an die Bundesausschüsse und den Ausschuss Krankenhaus. Auch die gegenüber dem Ausschuss Krankenhaus eingeführte Möglichkeit der Ersatzvornahme zeigt den Willen der Verfasser dieses Entwurfs, den Empfehlungen des DZQM möglichst eine verbindliche Wirkung zukommen zu lassen. Die hiergegen erhobenen inhaltlichen Bedenken sind in der Veranstaltung der ÄZQ deutlich artikuliert worden. Rechtlich stellt sich die grundsätzliche Frage, wer für die Richtigkeit der gegebenen Empfehlung im Streitfall haftet. Dies sollen offensichtlich die Bundesausschüsse sein, die an der Empfehlung aber nicht beteiligt sind.

§§ 139a - 139m: Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin

Es soll ein Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin (Zentrum) als rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts errichtet werden, das die Bewertung des medizinischen Nutzens sowie der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen der GKV übernehmen soll. Hierzu werden folgende Aufgaben im Entwurf gelistet:

- Einrichtung einer Informationsplattform für Versicherte über die Leistungen, Qualitätssicherungsmaßnahmen und bestverfügbare wissenschaftliche Erkenntnisse zu Diagnostik und Therapie in der Medizin
- Erstellung evidenzbasierter Leitlinien und pflegerischer Standards
- Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen zu Fragen der Qualität der GKV-Leistungen
- Abgabe von Empfehlungen an die Bundesausschüsse und den Ausschuss Krankenhaus zu den jeweils bestverfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen
- Abgabe von Empfehlungen an die Spitzenverbände der Krankenkassen über Referenzarzneimittel zur Bildung eines vorläufigen Festbetrages
- Empfehlungen zur Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen für ambulant tätige Ärzte

- Empfehlungen an das BMGS zu geeigneten chronischen Krankheiten, für die DMPs entwickelt werden sollen, sowie die Entwicklung der konkreten Anforderungen an die Ausgestaltung dieser Programme (ab 1. Januar 2005)

In § 139c wird festgelegt, dass die Bundesausschüsse und der Ausschuss Krankenhaus ihre Prüfanträge und Arbeitspläne dem Zentrum unverzüglich zu benennen haben. Teilt das Zentrum einem Ausschuss mit, dass eine Empfehlung zu einem solchen Thema abgegeben werden soll, darf dieser erst entscheiden, wenn die Empfehlung vorliegt oder innerhalb von sechs Monaten nach Zugang der Mitteilung nicht abgegeben worden ist. Die Bundesausschüsse und der Ausschuss Krankenhaus haben die Empfehlungen des Zentrums zu beachten, sie müssen hierüber innerhalb einer Frist von zwei Monaten entscheiden, abweichende Entscheidungen müssen begründet werden.

Die dem Zentrum übertragenen Aufgaben kommen einer Herkulesaufgabe gleich, bei der die Einrichtungsapoptose offensichtlich Planungsbestandteil ist. In der jetzt vorliegenden Form wird ein solches Zentrum Jahre brauchen, um die anliegenden Aufgaben auch nur annähernd abarbeiten zu können (u.a. Erstellung evidenzbasierter Leitlinien!). Abgesehen von den fehlenden Unterstützungsstrukturen in der deutschen Forschungs- wie Versorgungslandschaft wird allein der Personalbedarf für diese Aufgabenstellungen auf absehbare Zeit nicht zu decken sein. Das einzige vergleichbare Beispiel einer systematischen Technologiebewertung durch staatliche Einrichtungen liegt mit der HTA-Stelle beim DIMDI vor. Dieses ist ein glänzendes Beispiel für staatliche Insuffizienz im schnelllebigen Bereich des Informations- und Wissensmanagements, sodass gerade der Verweis, dass DIMDI dem Zentrum zuarbeiten soll, die Hilflosigkeit der Entwurfsautoren in diesem Bereich anzeigt.

Zwar wird der Bundesausschuss in die Rolle des Empfängers von Richtlinien aus dem Zentrum für Qualität degradiert, gleichwohl ist eine Linie vorstellbar, in der eine starke Selbstverwaltung im Rahmen eines suffizient ausgestatteten Bundesausschusses das Zentrum für Qualität antagonisiert und ad along deutlich macht, dass solcherart Staatslösungen nicht den geeigneten Weg darstellen, die Versorgungsplanung zu verbessern. Zu bedenken ist auch, dass mit der Einrichtung eines solchen Zentrums der Selbstverwaltung in manchen Fragestellungen auch die Verantwortung abgenommen wird, unangenehme Rationierungsentscheidungen selbst treffen zu müssen. Gerade bei zunehmender Ressourcenverknappung ist möglicherweise die Übernahme von Verantwortung durch den Staat ein geeignetes Mittel, die Selbstverwaltung nicht mit ethisch hochproblematischen Allokationsentscheidungen zu überfordern.

Insofern wird die Bedeutung des Zentrums für Qualität in der Medizin, so es denn kommt, überschätzt. Es birgt für den Staat die Gefahr in sich, mahnendes Beispiel für

die Insuffizienz und Unangemessenheit staatlicher Lösungen in einem korporatistisch organisierten Gesundheitssystem zu werden.

Bewertung:

Durch die Aufgabenzuweisung an das Zentrum, sowohl Leitlinien zu erstellen als auch Auswahl und Anforderungen an zukünftige DMP-Programme, als auch den gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse generell zu allen beratungsrelevanten Themen der Bundesausschüsse festzustellen, erhält das Zentrum zukünftig die entscheidende Definitionsmacht im Bereich der GKV.

Bisherige Gestaltungsmöglichkeiten der Ärzte- und Kassenseite im Bundesausschuss werden durch die Verpflichtung ausgehebelt, Empfehlungen des Zentrums innerhalb kürzester Zeit umzusetzen. Eine tiefgehende inhaltliche Prüfung der Empfehlungen des Zentrums und Begründung für ggf. abweichende Entscheidungen des Bundesausschusses ist in der vorgegebenen kurzen Frist (zwei Monate) nur dann möglich, wenn der HTA-Prozess mit einer eigenständigen Aufarbeitung wissenschaftlicher Quellen beim Bundesausschuss zum Zeitpunkt der Abgabe der Zentrumsempfehlung bereits abgeschlossen ist.

Der Selbstverwaltung aus Ärzten und Krankenkassen soll offenbar zukünftig der Gestaltungsspielraum für den Leistungskatalog und die Art und Durchführung der medizinischen Versorgung vollständig genommen werden. Der Bundesausschuss hat zukünftig nur noch eine Feigenblattfunktion für zentralistische GKV-Vorgaben.

Die Ärzteschaft und die Krankenkassen-Spitzenverbände haben sich gemeinsam gegen ein staatliches Institut zur Beurteilung der medizinischen Qualität ausgesprochen und lehnen daher diesen Teil des Entwurfes gemeinsam ab. Es bestehen keine Bedenken dagegen, beim Bundesausschuss bzw. beim Koordinierungsausschuss eine unabhängige Beratungseinrichtung innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen einzurichten, die sich auf die Abgabe von Empfehlungen und wissenschaftlichen Auswertungen an die Bundesausschüsse bzw. den Koordinierungsausschuss beschränkt.

§§ 140a ff: Integrationsversorgung

Die Möglichkeit der Krankenkassen Integrationsverträge mit Gruppen von Leistungserbringern abzuschließen soll durch folgende Änderungen erheblich erweitert werden:

- Solche Verträge können auch für eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung und nicht nur für eine leistungssektor-übergreifende Versorgung abgeschlossen werden;

- sie können auch mit Einzelnen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und nicht nur mit Gruppen von Ärzten abgeschlossen werden;
- eine optionale Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertragspartner ist nicht mehr vorgesehen;
- die Rahmenvereinbarungen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen zum Abschluss von Integrationsverträgen entfällt;
- die Krankenkassen können auch mit Trägern von Einrichtungen nach § 95 und mit Trägern, die nicht Selbstversorger sind, sondern eine Versorgung durch dazu berechnigte Leistungserbringer anbieten (Managementgesellschaft) Verträge abschließen;
- sie können zu diesem Zweck einer integrierten Versorgung auch Eigeneinrichtungen gründen;
- der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt für Integrationsverträge, die bis zum 31. Dezember 2006 abgeschlossen werden, nicht;
- die Zulassungsbindung als solche bleibt zwar, innerhalb einer integrierten Versorgung kann jedoch eine übergreifende Arbeitsteilung erfolgen;
- die Berechnigung von Versicherten zur Inanspruchnahme von Leistungen nicht an der integrierten Versorgung teilnehmender Leistungserbringer wird eingeschränkt, jedoch unter bestimmten Voraussetzungen ausdrücklich ermöglicht, wobei die Leistungen auch insoweit aus dem Integrationsbudget zu finanzieren sind.

Bewertung:

Neben dem Einzelvertragssystem nach § 106a ist diese Ausweitung des Integrationsvertragssystems geeignet, die vertragsärztliche Versorgung und damit den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen systematisch auszuhöhlen. Da die Kassenärztlichen Vereinigungen auch optional an Integrationsverträgen nicht mehr teilnehmen und eine Rahmenvereinbarung zur Abgrenzung der Integrationsversorgung von der durch KVen sicherzustellenden vertragsärztlichen Versorgung nicht mehr besteht, ist die Kassenärztliche Vereinigung mit zunehmender Zahl von Integrationsverträgen nicht mehr in der Lage, eine ordnungsgemäße Versorgung aller Versicherten zu gewährleisten.