

(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0248(38)  
vom 20.06.03

15. Wahlperiode

## Stellungnahme des Deutschen Hausärzteverbandes e.V. zu dem

### Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitsmodernisierungsgesetz – GMG-E)

1. **Regelungen zur Verbesserung der Qualität der Versorgung, insbesondere Maßnahmen zur Steigerung der Qualität der medizinischen Versorgung und Einrichtung eines Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin**

#### Stellungnahme:

Das **Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin** berücksichtigt nicht den Deutschen Hausärzteverband als Vertreter hausärztlicher Interessen, dagegen aber alle die Institutionen, die bereits in der Vergangenheit hausärztliche Belange geregelt haben (z.B. Bundesärztekammer), obwohl sie keinen hausärztlichen Sachverstand vorweisen konnten bzw. können. Deshalb ist aus Sicht des Deutschen Hausärzteverbandes ein Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin nur dann tragbar, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

Alle Belange der hausärztlichen Versorgung werden **von Hausärzten für Hausärzte** unter Berücksichtigung der Patientenpartizipation geregelt. Dies muss als verbindliche Vorgabe in die entsprechenden gesetzlichen Neuregelungen aufgenommen werden, und zwar unabhängig davon, wie im einzelnen die Ausgestaltung des Zentrums als solchem und die Qualitätssicherung geregelt wird. Gleich ob auf Zentrumsebene, Bundesausschussebene, Bundesmantelvertrageebene oder Gesamtvertrageebene muss dieser Grundsatz gelten, wobei der Hinweis erlaubt sei, dass der Gesetzesentwurf diese Vorgaben in zufriedenstellender Art und Weise für den Bereich der Reform der Kassenärztlichen Vereinigungen geregelt hat, da hier zukünftig Hausärzte in allen Belangen, die die hausärztliche Versorgung betreffen, alleine entscheiden können. Entsprechend müssen auch im Bereich der Qualitätssicherung die gesetzlichen Neuregelungen erfolgen.

#### Ergänzende Stellungnahme:

Ferner ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass die **Bundesärztekammer** mittlerweile über keinerlei hausärztliche Sachkunde verfügt. Besonders ist die Gestaltung der Fortbildungsmaßnahmen für den hausärztlichen Sektor zukünftig der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder, wie im Gesetzesentwurf zur Zeit geregelt, dem Bundesausschuss, keinesfalls aber der Bundesärztekammer zu übertragen. Hierbei ist sicherzustellen, dass

für den hausärztlichen Sektor nur die gewählten Repräsentanten der Hausärzte (gemeinsam mit den Krankenkassen) Entscheidungen treffen. Entsprechendes muss für die Umsetzung auf Landesebene gelten.

Im übrigen ist in den letzten Jahren die vielbeschriebene Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Bundesrepublik Deutschland besonders dadurch gefördert worden, dass an **Hochschulkliniken** entwickelte Regelungen mit der Folge der Preissteigerung unkritisch in die hausärztliche Praxis übertragen wurden, ohne dass dabei ihr viel zu hoher Preis sowie andere Krankheitsarten und Schweregrade der hausärztlichen Praxis berücksichtigt wurden. Solchen Entwicklungen kann nur entgegen getreten werden, wenn durch Einbindung des Deutschen Hausärztesverbandes der für die hausärztliche Versorgung und die Qualität in der hausärztlichen Versorgung erforderliche Sachverstand in den hierfür zuständigen Körperschaften und Institutionen verbindlich vorhanden ist.

## 2. **Veränderungen bei den Versorgungsstrukturen, u.a. Zulassung von Gesundheitszentren zur vertragsärztlichen Versorgung und Einbeziehung in das Einzelvertragssystem, Einbeziehung der fachärztlichen Versorgung in das Einzelvertragssystem, Förderung integrierter Versorgungsformen, Teilöffnung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung**

### **Stellungnahme:**

Grundsätzlich ist zunächst eine **Vielfalt von Versorgungsformen** zur Anregung des Wettbewerbs zu begrüßen. Dabei muss allerdings dafür Sorge getragen werden, dass dieser **Wettbewerb** auch gerecht ist. Während Krankenhäuser die Möglichkeit haben, Subventionen zu erhalten, haben Vertragsarztpraxen ihren Arbeitsplatz selbst – teilweise bei persönlicher Verschuldung – voll zu finanzieren. Ein derartiger Wettbewerb zu Lasten der freiberuflich tätigen Vertragsärzte kommt einer Abschaffung gleich. Diesen Wettbewerb können insbesondere junge Ärzte mit hohen Kreditbelastungen nicht bestehen.

Die geplanten Änderungen bei der **Integrierten Versorgung** sind grundsätzlich zu begrüßen, wobei aus Sicht des Deutschen Hausärztesverbandes "faire Verträge" innerhalb dieser Versorgungsform nur möglich sind auf der Grundlage sachgerecht empirisch ermittelter Morbidität. Die Leistungserbringer in diesen Versorgungsformen müssen die Möglichkeit zur "Rückversicherung" von Spitzenmorbidity haben. Die Kosten hierfür sind in den jeweiligen Vergütungsvereinbarungen zu kalkulieren und zu berücksichtigen. Im übrigen sieht der Deutsche Hausärztesverband die Gefahr, dass Integrierte Versorgungsmodelle ohne hausärztliche Beteiligung angestrebt werden, was zu systematischen Mehraufwendungen führen wird.

Wie in vielen Reformbereichen wird gerade bei einer Bewertung der geplanten Neuregelung zu den Integrationsverträgen deutlich, dass hier Chancen, aber auch Risiken für die Hausärzte bestehen. Letzteres ergibt sich daraus, dass die Krankenkassen künftig zum Zweck einer Integrierten Versorgung unselbständige Eigeneinrichtungen mit eigenen angestellten Ärzten gründen können. Dies ist insoweit gefährlich, als im Hinblick auf die Sicherstellung und Finanzierung der "klassischen vertragsärztlichen Versorgung" durch Haus-, Augen- und Frauenärzte neben der Möglichkeit sich in einem geplanten Gesundheitszentrum anstellen zu lassen, auch die Möglichkeit der Teilnahme an der Integrationsversorgung besteht, die besonders dadurch attraktiv wird, dass der Grundsatz der Beitragsstabilität für Verträge, die bis zum 31. Dezember 2006 abgeschlossen werden, keine Anwendung findet. Die Folge könnte sein, dass viele Hausärzte vordergründig vermuten, dass sie bei der Teilnahme an der Integrierten Versorgung finanzielle Vorteile gegenüber einer Vertragsarztstätigkeit nach § 73 SGB V GMG-E haben. Daran anschließend stellt sich die Frage, wie viel Geld die Krankenkassen bei Ausschöpfung der neuen Versorgungselemente (Gesundheitszentren, modifizierte Integrationsversorgung) sowie der Einzelver-

tragslösungen für die Entrichtung der Gesamtvergütung (§ 85 SGB V GMG-E) zur Verfügung stellen können und werden, da die Gelder für die vorgenannten Versorgungsformen natürlich aus der Gesamtvergütung herausgelöst werden, was im Hinblick auf die Neuorganisation der vertragsärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zukünftig (fast) nur noch die durch Haus-, Augen- und Frauenärzte sicherzustellende Grundversorgung betrifft.

Gefahren bestehen ferner im Bereich der sog. **Gesundheitszentren**. Die zunächst vom Gesetzeswortlaut her "gleichberechtigte" Einbeziehung von Gesundheitszentren in die vertragsärztliche Zulassung wird in ihren Auswirkungen jedoch durch die geplanten Neuregelungen insofern verstärkt, als hier bereits zugelassenen Vertragsärzten im Bereich der haus-, augen- oder frauenärztlichen Versorgung das sicherlich für den einen oder anderen attraktive Angebot einer Fortsetzung seiner ärztlichen Tätigkeit als angestellter Arzt in einem Gesundheitszentrum unterbreitet wird, soweit er als Vertragsarzt in einem Planungsbereich tätig ist, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind und er in diesem Bereich auf seine Zulassung verzichtet. Eine Rückkehr in die vertragsärztliche Versorgung ist danach nicht mehr möglich! Diese vermeintlich attraktive Alternative könnte bei ihrer Inanspruchnahme verheerende Auswirkungen auf eine flächendeckende Versorgung insbesondere im Bereich der hausärztlichen Versorgung auf dem Lande haben, da sich hier von "betroffene" Hausärzte unter den derzeitigen und künftigen gesundheitspolitischen und vor allem wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für eine aus ihrer Sicht "sichere Anstellung" in einem Gesundheitszentrum entscheiden können, um letzten Endes den mit einer freiberuflichen Tätigkeit verbundenen Investitions- und Finanzierungsrisiko zu entgehen. Ob es allerdings Gesundheitszentren auf dem Land geben wird muss ernsthaft bezweifelt werden. So, wie die Gesundheitszentren im Gesetzentwurf zum GMG angelegt sind, stellen sie einen Anreiz für Krankenhausträger dar, ambulante Ärzte in einem Zentrum nahe dem Krankenhaus zu binden und die Vergütung für die ambulante Versorgung im Wege der integrierten Versorgung abzuschöpfen. Auch insoweit kann von einem gerechten Wettbewerb mit den niedergelassenen Ärzten keine Rede mehr sein.

Vielmehr sind Regelungen einzuführen, die eine Anstellung von Allgemeinärzten/ -innen in Hausarztpraxen ermöglichen. Dies würde für eine große Zahl, insbesondere von Allgemeinärztinnen eine berufliche Betätigung im hausärztlichen Bereich – gerade in der Familienphase – ermöglichen ohne gleich die Risiken der Freiberuflichkeit tragen zu müssen. Mit einer solchen Vereinfachung wird das Abwandern von Allgemeinärzten/ -innen in berufsferne Bereiche verhindert.

Zusammenfassend gilt, dass durch das zukünftige Nebeneinander von zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V GMG-E zugelassenen Haus-, Augen- und Frauenärzten, zugelassenen Gesundheitszentren und einzelvertraglich verpflichteten Ärzten das nach wie vor am Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung ausgerichtete ambulante Versorgungssystem in (rechtlich) fragwürdiger Weise zergliedert wird, da die Verantwortlichkeiten der Kollektivvertragsärzte und der **Einzelvertragsärzte** durch eine zu erwartende Inhomogenität in der Vertragsgestaltung ein am Patientenwohl ausgerichtetes "Zusammenarbeiten" dieser Versorgungsebenen durch unvermeidbare Wettbewerbssituationen – auch in der täglichen Praxis – wesentlich erschwert wird. Hier ist aus Sicht des Deutschen Hausärzteverbandes noch einmal der Gesetzentwurf zu überarbeiten, damit die notwendigen "Scharniere" zwischen den vorgenannten Versorgungselementen entwickelt werden. Denn nur so kann gewährleistet werden, dass gleich in welcher Versorgungsform Ärzte tätig werden, deren Arbeit gleichermaßen attraktiv ist, und zwar sowohl was die ärztliche Tätigkeit als solche, als auch ihre Bezahlung anbelangt.

**Hinweis:** Zur **Versorgungs- und Nachwuchssituation in der hausärztlichen Versorgung**, insbesondere für den Bereich der neuen Bundesländer, verweisen wir auf unsere Stellungnahme Punkt 3. – hier: die Seiten 6 u.7.

### 3. Reform des ärztlichen Vergütungs- und Abrechnungssystems

#### Stellungnahme:

Die im Hausarztssystem angedachte **Pauschalvergütung** erscheint nur dort sachgerecht, wo es um Leistungen geht, die auch tatsächlich pauschalierbar sind. Dies sind solche Leistungen, die bei dem zugrunde gelegten Patientenkollektiv in jeder hausärztlichen Praxis erbracht werden können. Dagegen gehören zu den nicht pauschalierbaren Leistungen solche, die nicht gleichermaßen in der hausärztlichen Praxis erbracht werden, so z.B. sonographische Leistungen, sonstige **Technikleistungen** und auch ambulant chirurgische Eingriffe. Entsprechendes gilt für **Leistungen im Notfalldienst und zur Unzeit**, wobei es hier insbesondere um die Erbringung dieser Leistungen in der **ländlichen Versorgung** geht. Hier müssen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass die stark unterschiedlichen Notdienstzeiten unter Berücksichtigung der tatsächlichen Inanspruchnahme der Hausärzte gerecht und ausreichend vergütet werden. Im übrigen erscheint die Vergütung der hausärztlichen Tätigkeit im Rahmen sog. Hausarztssysteme im Wege einer Behandlungspauschale deshalb bedenklich, weil es gerade hier darauf ankommen wird, so präzise wie möglich die Leistungserbringung und deren Frequenz nachzuvollziehen, um etwaige Einspareffekte nachweisen zu können. Ob hierzu alleine die Vorgaben zur Morbiditätsgewichtung unter besonderer Berücksichtigung von möglicherweise erhöhten Betreuungs- Koordinations- und Dokumentationsleistungen ausreichen, erscheint doch zweifelhaft.

Losgelöst von der Neuregelung der Vergütung im Bereich sogenannter Hausarztssysteme ist darüber hinaus folgendes anzumerken:

Gleichwohl der angestrebten konkreteren und enger gefassten Vorgaben für die Vereinbarung eines neuen **EBM** finden die wesentlichen Entscheidungen weiter in der Selbstverwaltung statt.

Die Leistungsbewertung als solche, die Bestimmung von Zeitrahmen für die einzelnen Leistungen, die Benennung von Leistungen, die einer Abstufung unterliegen, die Zuordnung von Leistungen im Sinne einer ausschließlichen Leistungserbringung einzelner Facharztgruppen, die Ausgestaltung der Vergütungspauschale im sog. Hausärztesystem – hierauf sind wir bereits eingegangen – einschließlich ergänzender Einzelleistungen, die Berücksichtigung der Frequenz medizinisch-technischer Leistungen, die Vereinbarung von veranlassten Budgets medizinisch-technischer Leistungen und vieles mehr, bleibt weiterhin den Verhandlungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV (im Bewertungsausschuss) vorbehalten.

Dabei wird die Arbeit des Bewertungsausschusses durch die geplanten Neuregelungen nicht erleichtert. Dies gilt beispielsweise gerade für die Schaffung neuer Vergütungsformen im Bereich der hausärztlichen Versorgung, da sich durch die geplanten Neuregelungen der Bewertungsausschuss hier unterschiedlichen gesetzlichen Vorgaben gegenüber sieht. So soll beispielsweise lediglich im Bereich sog. Hausarztssysteme von dem eingangs besprochenen Instrument der Vergütungs- oder Behandlungspauschale Gebrauch gemacht werden, wogegen es für die hausärztliche Versorgung außerhalb dieser Systeme offensichtlich bei den bisherigen Vorschriften verbleiben soll? Weiterhin fehlen – wie bereits an anderer Stelle ausgeführt – nach Einschätzung des Deutschen Hausärzterverbandes ergänzende Regelungen für ein kompatibles Vergütungssystem im Bereich der Einzelverträge nach § 106 b SGB V GMG-E. Zwar ist ergänzend zu den Vorschriften des § 87 SGB V

GMG-E die geplante Neuregelung in § 73 Abs. 1b SGB V GMG-E zu berücksichtigen, wonach sowohl im EBM als auch in Verträgen mit Ärzten, ärztlich geleiteten Einrichtungen, Gesundheitszentren, Regelungen zu treffen sind, nach denen die nicht hausärztlich tätigen Ärzte, die ärztlich geleiteten Einrichtungen und die Gesundheitszentren ihre Leistungen nur dann abrechnen können, wenn sie erstens ihrer Verpflichtung zur Datenübermittlung nachgekommen sind und zweitens ihnen von den Versicherten, die am Hausarztssystem teilnehmen, eine Überweisung des Hausarztes vorliegt. Diese Regelungen reichen jedoch keinesfalls aus, um auch im Bereich der Vergütung der unterschiedlichen Versorgungsebenen und –systeme ein geordnetes Zusammenspiel zu erreichen, ohne dass es hier zu Verschiebungen und Verwerfungen bei der Erbringung und Bezahlung der einzelnen Leistungen kommen wird.

Außerdem bleibt die zentrale **Steuerungsfunktion des EBM** teilweise auf der Strecke, wenn z.B. der generelle **Überweisungsvorbehalt** nur für den Bereich von Hausarztssystemen geregelt wird. Gerade im Bereich dieses Systems ist aber ohnehin damit zu rechnen, dass hier verbindlich für den teilnehmenden Versicherten festgelegt wird, dass er Leistungen der Fachärzte (mit Ausnahme der Frauen- und Augenärzte) nur auf Überweisung des Hausarztes in Anspruch nehmen wird. Wichtiger wäre indes eine Regelung, wonach der Überweisungsvorbehalt zumindest im Hinblick auf sog. hochspezialisierte Leistungen vom Bewertungsausschuss verbindlich bei der Neugestaltung des EBM festzulegen ist, und zwar auch für die vertragsärztliche Versorgung außerhalb der Hausarztssysteme.

Überhaupt bleibt offen, wie eine etwaige Steuerungsfunktion durch die Implementierung von **Berichtspflichten** und Überweisungsvorbehalt rechtswirksam in Richtung der "einzelvertraglichen Fachärzte", für die zukünftig der EBM nicht gelten soll (?), umgesetzt werden kann.

Eine wirkliche Reform im Vergütungsbereich ist daher nicht festzustellen. Eine solche würde nämlich voraussetzen, dass die ärztlichen Leistungen "preistransparent" und daher in **Euro-Beträgen** bewertet werden, und zwar unter Beachtung des unabdingbaren Grundsatzes, dass gleiche Leistungen auch gleich bezahlt werden. Dies ist umso wichtiger, als im Bereich der verschiedenen Tarifmodelle auch Kostenerstattungsmodelle für Versicherte, die nicht am Hausarztssystem teilnehmen, denkbar sind, wogegen das Sachleistungsprinzip im Sinne eines Anreizes für die Versicherten erhalten bliebe, die sich aktiv in ein Hausarztssystem einschreiben. Hierzu wird der Deutsche Hausärzteverband im einzelnen im Bereich der Patientenzuzahlungen und der Neuordnung der Finanzierung des GKV-Systems Stellung nehmen.

Was den übergeordneten Bereich der **Gesamtvergütung** bzw. deren Verteilung im Wege der **Honorarverteilungsmaßstäbe** anbelangt gilt folgendes:

Im Hinblick auf das nach § 106b SGB V GMG-E geplante Einzelvertragssystem wäre es wünschenswert, wenn die geplante Neuregelung zu § 85 SGB V GMG-E durch eine Regelung präzisiert wird, die klarstellt, wie sich die zu erwartenden Veränderungen – Stichwort: Abschmelzen der Zahlen vertragsärztlicher Fachärzte und gleichzeitig die durch **DRG** im Krankenhaus zu erwartenden Leistungsverlagerungen insbesondere in Richtung der hausärztlichen Versorgung – auf die Gesamtvergütung auswirken können bzw. sollen. Dies gilt ganz besonders für die Berechnung der getrennten Gesamtvergütungsanteile für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung, denn hier ist sicherzustellen, dass durch das zu erwartende "Herauslösen von Finanzmitteln für Einzelverträge aus der Gesamtvergütung" eine Verringerung des Gesamtvergütungsanteils für die hausärztliche Versorgung nicht die Folge sein darf. Umgekehrt ist dieser, im Sinne einer Gegenfinanzierung für die zuvor beschriebene Leistungsverlagerung von stationärer in die ambulante (hausärztliche) Versorgung, angemessen zu erhöhen!

Einschub: Wir erlauben uns an dieser Stelle außerdem darauf hinzuweisen, dass die Zulassungsrechtlichen Regelungen in § 20 Abs.1 und 2 der Zulassungsverordnung – Ärzte (ZV-Ä) derart zu öffnen sind, dass Hausärzte auf der Grundlage zivilrechtlicher Vereinbarungen mit Krankenhäusern prä- und poststationäre Leistungen unter besonderer Berücksichtigung der o.g. Leistungsverlagerungen - z.B. durch verkürzte Liegezeiten nach OP –

erbringen können, ohne dass dem Hausarzt ein vertragsarzt- bzw. berufrechtswidriges Verhalten entgegengehalten werden kann.

Der Deutsche Hausärzterverband ist sowohl unter rechtssystematischen als auch unter praktischen Gesichtspunkten mit der geplanten Neuregelung zur Vereinbarung eines Honorarverteilungsmaßstabes zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassenverbänden nicht einverstanden. Dies ist einerseits damit zu begründen, dass die finanzielle Verantwortung für eine bedarfsgerechte Versorgung und die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages nach wie vor bei den Kassenärztlichen Vereinigungen verbleibt, wogegen die Krankenkassen nach Vereinbarung und Entrichtung der Gesamtvergütung hier unverändert aus der vorgenannten Verantwortung herausbleiben. Zum anderen ist eine solche Regelung deshalb abzulehnen, weil im Hinblick auf eine für die Vertragsärzte notwendige Honorarsicherheit möglichst frühzeitig feststehen muss, wie die Regelungen der Honorarverteilungen sind, damit der einzelne Vertragsarzt eine möglichst große Planungssicherheit im Hinblick auf sein zu erwartendes Einkommen hat. Dieses wird ganz sicher erschwert, wenn man die Honorarverteilung auf die Ebene einer Vereinbarung zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassenverbänden hebt. In diesem Zusammenhang sei nur an die zähen und zeitraubenden Verhandlungen zwischen Ärzteseite und Krankenkassen im Bewertungsausschuss zum EBM 2000 plus erinnert. Sollte sich ähnliches im Bereich der Honorarverteilung vollziehen, würde die von unserem Verband geforderte "**Honorarsicherheit**" ganz sicher nicht gewährleistet werden können. Dagegen kann der geplanten Honorarverteilung nach Regelleistungsvolumina zugestimmt werden, wobei die diesbezügliche Regelungskompetenz auf regionaler Ebene angesiedelt sein muss, denn nur so kann den regionalen Besonderheiten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ausreichend Rechnung getragen werden.

### **Situation der ambulanten medizinischen Versorgung in den neuen Bundesländern:**

#### **Stellungnahme:**

Der bisher bekannte Gesetzentwurf für ein Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz geht in keiner Weise auf die teilweise besorgniserregende Situation und Entwicklung in den **neuen Bundesländern** ein. Derzeit lässt sich die dortige Situation nachweisbar wie folgt beschreiben:

1. Auf der Grundlage wissenschaftlicher Studien ist erwiesen, dass in den neuen Bundesländern eine **höhere Erkrankungs-, als auch Sterblichkeitsrate** vorliegt.
2. Ebenfalls belegbar stehen in den neuen Bundesländern für die ambulante Versorgung je Versicherten **nur rund 80 % der Geldmittel im Vergleich zu den alten Bundesländern** zur Verfügung.
3. Nicht zuletzt wegen der erhöhten Krankheits- und Sterblichkeitsrate und auch der im Vergleich zu den alten Bundesländern deutlich geringeren Vergütung besteht bereits heute ein **Mangel an Hausärzten** in den neuen Bundesländern, der sich bei Fortsetzung der beschriebenen Situation noch verstärken wird.
4. Die ostdeutschen Praxen, insbesondere die ostdeutschen Hausarztpraxen weisen im Durchschnitt eine **höhere Kreditbelastung bei weniger Eigenkapital** im Vergleich zu den westdeutschen Praxen auf.

Aus den vorgenannten Umständen, die im Rahmen der schriftlichen Stellungnahme durch entsprechende Statistiken, vorwiegend aus dem Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt belegt werden, ergeben sich folgende Forderungen, die notwendigerweise in das geplante Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz einfließen müssen:

- Das **Vergütungsniveau** in den neuen Bundesländern muss stufenweise, aber dennoch kurzfristig **auf das Niveau der alten Bundesländer angehoben** werden, um möglichst schnell den Wegzug jüngerer Ärzte zu bremsen und umgekehrt den Zuzug von jüngeren Ärzten zu fördern.
- Es bedarf dringend einer **Differenzierung der pauschalierten Gesamtvergütung nach Morbidität**, hilfsweise nach Alter.
- Im Wege einer gesetzlichen Neuregelung muss umgehend die Möglichkeit der zusätzlichen **Erhöhung der pauschalen Gesamtvergütung** für Sicherstellungsmaßnahmen von bis zu 5 % pro Jahr zugelassen werden, soweit die pauschale Gesamtvergütung den bundesdeutschen Durchschnittsbetrag um mehr als 10 % unterschreitet. In diesem Zusammenhang sind auch die Auswirkungen des Gesetzes zur Einführung des Wohnortsprinzips zu prüfen.
- Die Bereitstellung des erhöhten Finanzierungsbedarfs könnte durch die Öffnung des § 313a SGB V GMG-E insoweit erreicht werden, als dort die **Verwendung der Mittel aus dem Risikostrukturausgleich** auch für die ambulante Versorgung zugelassen wird.
- Besonders in den neuen Bundesländern würde sich die bereits an anderer Stelle abgelehnte Verrechnung etwaiger Regressforderungen mit der Gesamtvergütung verheerend auswirken. Darüber hinaus ist festzustellen, dass aufgrund der nachweisbar erhöhten Morbidität in den neuen Bundesländern es auch im Bereich der **Arzneimittelverordnung** und Arzneimitteltherapie gesonderter Regelungen bedarf, denn die Verordnung unter dem sich bereits aus den gegenwärtigen Regelungen ergebenden **Regressdruck** führt dazu, dass der Bedarf in den neuen Bundesländern nicht an der tatsächlichen Morbidität gemessen wird, sondern am tatsächlich festgestellten Ausgabenvolumen.

Um dem bereits heute vorhandenen Mangel an Ärzten, insbesondere Hausärzten zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt entgegen zu wirken, sind aus Sicht des Deutschen Hausärzterverbandes die zuvor aufgestellten Forderungen zwingend notwendig und ohne Zeitverzug vom Gesetzgeber umzusetzen.

Wir möchten noch einmal darauf hinweisen, dass wir im Rahmen unserer schriftlichen Stellungnahme zu dem geplanten Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz die für die neuen Bundesländer beschriebene Situation an Hand valider Daten nachweisen können (s. Anlagenkonvolut „NBL“).

### **Versorgungs- und Nachwuchssituation:**

#### **Stellungnahme:**

In dem gesamten Reformvorhaben, was deutlich und erfreulicherweise auf eine Stärkung der Hausärzte ausgerichtet ist, fehlt ein wesentliches Element, nämlich die Fortschreibung der **Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (Art. 8 GKV-SolG)**. Es kann nicht alleine der Selbstverwaltung, die ab dem 01.01.2001 die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in Verträgen zu regeln hat, überlassen werden, ob sich die zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung notwendige Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung auch zukünftig fortsetzen wird. Dies ist durch verbindliche gesetzliche Vorgaben abzusichern. Bereits jetzt sind erste Bestrebungen sowohl seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen, als auch der Krankenkassen feststellbar, die finanzielle Förderung der Weiterbildung im Bereich der Allgemeinmedizin zukünftig nicht mehr fortzu-

setzen. Dies wäre fatal und würde sich insgesamt auf den gegenwärtigen und zukünftigen Bedarf an Hausärzten i.S. einer flächendeckenden Versorgung negativ auswirken. In diesem Zusammenhang erscheint uns die zu § 100 SGB V geplante Neuregelung nicht sachgerecht. Dies muss zumindest wie folgt geändert : „**Unterversorgung** ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad (§101) um 25 vom Hundert **zu erwarten ist**“.

#### 4. **Änderung bei der Arzneimittelversorgung, insbesondere Liberalisierung der Arzneimittelpreisverordnung, Ausweitung des gesetzlichen Rahmens für Vereinbarungen zwischen Arzneimittelherstellern und Krankenkassen über Rabatte auf die Listenpreise von Arzneimitteln, Zulassung des Mehrbesitzes für Apotheken, Zulassung des Versandhandels für Arzneimittel, Flexibilisierung des Vertragsrechts**

##### **Stellungnahme:**

Der Deutsche Hausärzteverband begrüßt zunächst die geplante Verschlinkung des Prüfverfahrens durch Wegfall des Beschwerdeverfahrens. Für diesen Fall müssen aber **Klagen** gegenüber dem zuständigen Sozialgericht im Bereich aller Prüfungen nach § 106 SGB V GMG-E **aufschiebende Wirkung** haben. Dem Vertragsarzt ist nicht zuzumuten, dass ein ihm gegenüber noch nicht rechtskräftig festgesetzter Erstattungsbetrag von seinem quartalsweise auszuzahlenden Honorar abgezogen wird. Die Möglichkeit entsprechender Eilverfahren vor dem Sozialgericht zum Schutz des Vertragsarztes ist insoweit weder angemessen, noch ausreichend. Diese Forderung muss erst recht für diejenigen Hausärzte gelten, die regelmäßig an einer **elektronischen Dokumentation** ihrer Arzneimittelverordnungen teilnehmen und dadurch nachweisen können, dass sie unter Anwendung hierzu geeigneter und vom jeweiligen Prüfungsausschuss anzuerkennender Systeme generell und im Einzelfall wirtschaftlich i.S. des § 12 SGB V GMG-E verordnen.

Als geeignetes Instrument hierfür hat sich bereits der **IfAp-Therapie-Report**, welcher gemeinsam von der Firma IfAp Service-Institut für Ärzte und Apotheker GmbH und dem Deutschen Hausärzteverband entwickelt wurde, in der Praxis bewährt. Hierdurch ist eine verordnungstransparente **Dokumentation morbiditätsgewichteter Verordnungen** einschließlich der Dokumentation der Beachtung von Leitlinien und Richtlinien, insbesondere der Arzneimittelrichtlinien möglich.

Die ein solches System anwendenden Ärzte müssen darüber hinaus im Rahmen etwaiger Wirtschaftlichkeits- und/oder Richtgrößenprüfungen dahingehend "geschützt" werden, als zu ihren Gunsten eine **Beweislastumkehr** stattfindet, und zwar mit der Folge, dass nach Vorlage der aus den jeweiligen (akkreditierten) Dokumentationssystemen ersichtlichen Verordnungsdaten der Prüfungsausschuss dem Arzt die von ihm, auf der Grundlage der kassenseitigen Prüfdaten, unterstellte Unwirtschaftlichkeit nachweisen müssen und nicht umgekehrt der verordnende Arzt seine Wirtschaftlichkeit.

Grundsätzlich ist dabei festzustellen, dass die „Abschöpfung“ von den ärztlichen Honoraren auch deshalb abzulehnen ist, weil sie andernfalls die ärztliche Versorgung bzw. die ärztliche Tätigkeit insgesamt gefährden würde. Damit kann auch zu der Problematik übergeleitet werden, dass die Verantwortung für wirtschaftliches Handeln im Bereich der Arzneimittelverordnung nicht ausschließlich auf Ärzteseite liegen kann. Deshalb müssen auch die Krankenkassen zum einen an dem Risiko einer unwirtschaftlichen Leistungserbringung und Verordnung von Leistungen gleichermaßen teilhaben, wie die Kassenärztlichen Vereinigungen, so dass es auch abzulehnen ist, das letztere und damit im Ergebnis wiederum ihre Mitglieder auf dem Risiko "sitzen bleiben", dass einerseits zugunsten der Krankenkassen festgesetzte Erstattungsbeträge unmittelbar von der Gesamtvergütung abgezogen



werden, andererseits aber keinesfalls sichergestellt ist, dass diese Erstattungsbeträge auch gegenüber dem einzelnen Vertragsarzt in voller Höhe geltend gemacht werden können bzw. dürfen – Stichwort: Stundung, teilweiser oder vollständiger Erlass der Regresszahlung -.

Die **Verantwortung der Krankenkassen** geht aber nach den geplanten Neuregelungen noch weiter. Ihre und die **Verantwortung des Bundesausschusses** ist bei der Normierung der Festbeträge derart zu regeln, dass Festbeträge so bestimmt werden müssen, dass wegen ihrer Preishöhe letzten Endes eine unwirtschaftliche Verordnung durch den Arzt nicht mehr die Folge sein kann. Zum einen bestimmen nämlich Krankenkassen und Bundesausschüsse durch das Festbetragssystem das **Arzneimittelpreisniveau**. Zum anderen gilt dies für die Krankenkassen auch dort, wo sie zukünftig über Arzneimittelpreise mit der Pharmaindustrie und den Apotheken ganz wesentlich das Arzneimittelpreisniveau bestimmen werden. Bei dieser Sachlage verbietet sich eine Wirtschaftlichkeitshaftung aus der Höhe des Arzneimittelpreises gegenüber den verordnenden Ärzten. Wer die Preise gestaltet, muss hierfür insoweit auch die Haftung übernehmen. Dies gilt insbesondere, weil die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet sind, bei der Festsetzung der Festbeträge Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen. Deswegen dürfen Vertragsärzten, insbesondere aber den meistverordnenden Hausärzten, keine Regresszahlungen zugemutet werden, die unmittelbar aus der Höhe des Arzneimittelpreises resultieren. Vielmehr können Ärzte nur haften für nicht begründete und damit unwirtschaftliche Verordnungsmengen. Diese sind aber nicht gegeben, wenn die Menge der Arzneimittel leitlinien- und richtlinienkonform verordnet wurde. Das Gesetz ist daher so zu formulieren, dass diesen in sich schlüssigen Grundsätzen der gerechten Verteilung der Verantwortung für wirtschaftliches Handeln im weiteren Sinne Rechnung getragen wird. Dies darf aber wiederum nicht dazu führen, dass bei Vereinbarung von Richtgrößen, sei es auch in Form von Individualrichtgrößen, deren Höhe abgesenkt wird mit dem Ergebnis, dass das Regressrisiko insgesamt nur auf eine preisniedrigere Ebene verlagert wird.

Es wird also deutlich, dass das Regressrisiko korreliert mit der **Höhe der Richtgrößen**. Wenn diese nicht angemessen sind, ist eine Wirtschaftlichkeitskontrolle vollständig abzulehnen. Richtgrößen, die unter Missachtung dieser Vorgaben vereinbart werden, erscheinen verfassungsrechtlich bedenklich. Ebenso bedenklich ist es, wenn Regresszahlungen zu Lasten der Ärzte verlangt werden, bevor die ihnen gegebenen Rechtsmittel bis hin zur Rechtskraft der in Streit stehenden Prüfbescheide ausgeschöpft sind. Wie die aus Sicht des Deutschen Hausärzterverbandes unzulässigen Verrechnungen mit Honorarforderungen des einzelnen Hausarztes, ist auch die Mithaftung unbeteiligter und insgesamt wirtschaftlich verordnender Ärzte durch eine im Gesetz angelegte und zwar „automatische“ Verringerung der Gesamtvergütung unzulässig.

Weiterhin ist es aus Sicht des Deutschen Hausärzterverbandes für eine gerechte Wirtschaftlichkeitskontrolle zwingend notwendig, dass die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet werden, die den Wirtschaftlichkeitsprüfungen zugrunde liegenden **Verordnungsdaten** innerhalb eines bestimmten Zeitraumes und dann vollständig und plausibel dem Prüfungsausschuss vorzulegen. Dieses ist unter rechtsstaatlichen Gesichtspunkten unabdingbar, da es den betroffenen Vertragsärzten nicht mehr zugemutet werden kann, dass sie auf Grund von Hochrechnungen und Schätzungen zu einem "Vermögensschadensersatz" herangezogen werden. Die bisherige Praxis widerspricht eindeutig unserem Rechtsstaatssystem und ist in keinem anderen Rechtsgebiet wiederzufinden. Das Gebot der Waffengleichheit macht es zwingend erforderlich, dass den von der Prüfung betroffenen Vertragsärzten sämtliche, dem jeweiligen Prüfungszeitraum zugrunde liegenden Daten zur Verfügung gestellt werden (können) und sämtliche dieser Daten auch Grundlage der Prüfungen sind. Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, muss durch eine gesetzliche Regelung klar gestellt werden, dass Prüfungen nach § 106 SGB V GMG-E nicht durchgeführt werden dürfen. Entsprechendes gilt für Prüfungen nach § 106a SGB V GMG-E.

Schließlich dürfen Hausärzte nicht für sog. **Intervall- oder Folgeverordnungen** haften, die von Krankenhäusern und – einzelvertraglich tätigen – Fachärzten veranlasst wurden!

Der Deutsche Hausärzteverband wendet sich schließlich dagegen, dass **Begrenzungsregelungen** aus den jeweiligen **Honorarverteilungsmaßstäben** keinen Einfluss auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung haben sollen. Dies entspricht zwar – zumindest teilweise – der z.Zt. gültigen Rechtsprechung, gilt aber keineswegs als gesichert, da die Wechselwirkung aus den Rechtsfolgen der Honorarbegrenzungsregelungen und den Rechtsfolgen aus den entsprechenden Wirtschaftlichkeitsprüfungen noch nicht abschließend (rechtlich) geklärt sind.

Die Neuorganisation der Prüfungsausschüsse einschließlich ihrer Geschäftsstellen muss im Hinblick auf eine Professionalisierung des Prüfverfahrens befürwortet werden. Der unparteiische Vorsitzende sollte die Befähigung zum Richteramt haben.

Befürwortet werden schließlich die bereits erfolgreich z.B. im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns praktizierten **individuellen Richtgrößen**, deren nähere Ausgestaltung einer vertraglichen Einigung zwischen dem jeweiligen Vertragsarzt und dem Prüfungsausschuss vorbehalten bleiben muss. Auch für diesen Fall gelten aber die schon bereits dargestellten, aus Sicht des Deutschen Hausärzteverbandes unabdingbaren Voraussetzungen, für eine gerechte Wirtschaftlichkeitskontrolle, die im Ergebnis nicht nur die Vertragsärzte in die Verantwortung nehmen darf.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass nach dem GMG-E Wirtschaftlichkeitsprüfungen massiv ausgeweitet und verschärft werden sollen. Das Nebeneinander mehrerer Prüfmöglichkeiten, wie z.B. Richtgrößenprüfungen, Stichprobenprüfungen und Plausibilitätsprüfungen erscheint völlig überzogen. Sinnvoller wäre ein justitierichtiges und für den Arzt verständliches wie nachvollziehbares Prüfverfahren, welches Systemschwächen, wie bereits beschrieben, aufdeckt und Zuviel- bzw. Fehlverordner bestraft.

## 5. Neuordnung der Finanzierung, Neugestaltung der Zuzahlungen sowie der Befreiungsregeln, beitrags- und versichertenrechtliche Veränderungen

### Stellungnahme:

Grundsätzlich gehen die geplanten Neuregelungen in die richtige Richtung, es gibt aber bessere Lösungswege:

Zunächst ist eine Präzisierung dahingehend wünschenswert, wonach die Selbstbeteiligungsregelung ausschließlich in Bezug auf eine Überweisung des Hausarztes greift. In allen anderen Fällen der Überweisung, nämlich der Überweisung von Fachärzten an Fachärzte ist im Gesetz klar zu stellen, dass hier eine Selbstbeteiligung des Versicherten ausgelöst wird.

Der Deutsche Hausärzteverband hat zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein Alternativkonzept in Gestalt eines „**Zwei-Tarif-Modell**“ entwickelt, welches die Steuerungsfunktion der Hausärzte noch konsequenter unterstützt. Dieses sieht im einzelnen so aus:

Jede Krankenkasse muss gesetzlich verpflichtet werden, mindestens zwei Wahltarife für ihre Versicherten anzubieten:

- a. Einen **Hausarzttarif** für Versicherte, die sich bei Hausärzten eingeschrieben haben und diese danach auch mindestens für die Dauer von einem Jahr in Anspruch nehmen;

Fachärzte – mit Ausnahme der Augen- und Frauenärzte – können dabei nur auf Überweisung des gewählten Hausarztes in Anspruch genommen werden.

- b. Einen **Kostenerstattungstarif** mit einer noch festzulegenden prozentualen Selbstbeteiligung auf die Gesamtkosten bei direkter Inanspruchnahme von Vertragsärzten.

Weitere Wahltarife wären sinnvoll, z.B. für die Integrationsversorgung oder die Inanspruchnahme besonderer Einrichtungen, z.B. der der Krankenkassen. Voraussetzung hierfür ist eine betriebswirtschaftlich fundierte Kalkulation der anfallenden sowie der eingesparten Kosten. Die Krankenkassen sollten insoweit zwei Tarifsysteme bilden, und zwar so, dass der besonderen Kostensituation in den einzelnen Versorgungsformen Rechnung getragen wird.

Unabhängig davon, ob die gemeinsam von dem Deutschen Hausärzterverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entwickelten Tarifmodelle in Gestalt des genannten Hausarzttarifes und des Kostenerstattungstarifes im Wege des Gesetzgebungsverfahrens Berücksichtigung finden, müssen in jedem Fall die derzeit in dem Gesetzentwurf angelegten allgemeinen Steuerungsregelungen zur Förderung der Inanspruchnahme von Hausärzten (§ 28 Abs. 4 SGB V GMG-E) auf der einen Seite und einem gesondert geregelten Hausarztssystem mit eigenen Anreizen auf der anderen Seite Realität werden. Hierbei ist aus Sicht des Deutschen Hausärzterverbandes den gemeinsamen Vorschlägen von Hausärzterverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung gegenüber den im derzeitigen Gesetzentwurf angedachten Anreizmodellen der Vorzug zu geben.

Wichtig ist eine Einschränkung der in § 28 Abs.4 Zif.2 letzter Satz SGB V i.d.F. des GMG-E geregelten Inanspruchnahme von Fachärzten - nach Überweisung durch den Hausarzt (?) - für die dortige Weiterbehandlung des Versicherten wegen derselben Krankheit. Soll die Koordinations- und Steuerungsfunktion des Hausarztes nicht gleich wieder ausgehöhlt werden, so ist die weitergehende Inanspruchnahme des Facharztes im Sinne der streitgegenständlichen Regelung auf **ein** Folgequartal zu begrenzen! Danach entscheidet der Hausarzt über die Weiterbehandlung durch den Facharzt und stellt ggf. dem Versicherten hierfür eine Bescheinigung aus, aus der hervorgeht, über welchen Zeitraum der Versicherte ohne weitere Vorstellung bei seinem Hausarzt wegen derselben Erkrankung vom Facharzt weiterbehandelt wird.

## 6. Reform der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen und Schaffung effizienterer Konfliktlösungsmechanismen

### Stellungnahme:

Grundsätzlich sind die in diesem Bereich geplanten Gesetzesänderungen zu begrüßen. Wie die bisher angedachten Neuregelungen dennoch verbessert werden können haben der Deutsche Hausärzterverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung entwickelt, wobei danach folgende **Rahmenbedingungen** zu beachten sind:

1. Das **Verhältniswahlrecht** im Sinne des jetzigen Gesetzentwurfes ist Grundlage der Wahl der Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung.
2. Die **Mitgliederversammlung** (bisherige Vertreterversammlung) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung soll so gestaltet werden, dass Mitglieder der Vertreterversammlung jeweils der erste und zweite Vorsitzende einer Kassenärztlichen Vereinigung sein sollen, es sei denn, dass der erste und zweite Vorsitzende denselben Versorgungsbereich angehören. In diesem Fall muss sichergestellt werden, dass die in die Mitgliederversammlung entsendeten Vertreter einer Kassenärztlichen Vereini-

gung jeweils entweder dem hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgungsbereich angehören. Hinzu treten Vertreter der psychologischen Psychotherapeuten. Über die Mitgliedschaft der außerordentlichen Mitglieder ist noch nicht abschließend beraten. Es besteht jedoch Konsens, dass der Kreis aus dem ggfls. außerordentliche Mitglieder der Mitgliederversammlung beitreten, aus ermächtigten Ärzten bestehen soll.

3. Der Grundsatz der paritätischen Besetzung des **Vorstandes** aus Mitgliedern des hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereiches wird nachhaltig begrüßt und konsentiert.
4. Der **Vorstand** soll aus fünf Mitgliedern bestehen. Dabei sollen mindestens zwei Vertragsärzte des hausärztlichen Versorgungsbereiches, mindestens zwei Vertreter des fachärztlichen Versorgungsbereiches sowie ein Vertreter der psychotherapeutischen Versorgung repräsentiert sein. Es soll sich um zugelassene Vertragsärzte handeln. Die Amtsdauer soll sechs Jahre betragen.
5. Die den jeweiligen Versorgungsbereich repräsentierenden Mitglieder des Vorstands haben ein **eigenständiges Verhandlungsmandat**, wobei Vertragsabschlüsse formal und kollektiv durch den Gesamtvorstand erfolgen sollen. Die grundsätzliche "Binnenabstimmung" vor Aufnahme von versorgungsbereichsspezifischen Verhandlungen bleibt davon unberührt.
6. Aus dem Kreis der versorgungsbereichsspezifischen Vorstandsmitglieder werden jeweils die Vorsitzenden der drei **beratenden Fachausschüsse** (hausärztlicher Fachausschuss, fachärztlicher Fachausschuss und psychotherapeutischer Fachausschuss) benannt.
7. Bei der Tätigkeit der Vorstandsmitglieder handelt es sich grundsätzlich um ein **Wahlamt**.

## 7. **Änderungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung und der Zahntechnik**

*Entfällt*

## 8. **Änderungen in der Heil- und Hilfsmittelversorgung**

**Hinweis:** *Eine etwaige Stellungnahme des Deutschen Hausärzteverbandes erfolgt im Rahmen der **mündlichen** Sachverständigenanhörung.*

9. **Stärkung der Patientensouveränität und Ausbau von rechten, Wahl- und Einflussmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten, Prävention und Selbsthilfe, Verbesserung der Transparenz auf allen Ebenen und Einführung von Patientenquittungen sowie der elektronischen Gesundheitskarte, Datensammlungen, Datenschutz, verstärkte Bekämpfung des Missbrauchs und der Korruption im Gesundheitswesen**

**Hinweis:** Eine Stellungnahme des Deutschen Hausärzteverbandes erfolgt im Rahmen der **mündlichen** Sachverständigenanhörung

#### **10. Verfassungsrechtliche Aspekte in der Reform**

*Wegen **verfassungsrechtlicher Bedenken** wird auf die einzelnen Stellungnahmen zu den vorgenannten Themenblöcken verwiesen. Eine zumindest passive Teilnahme des Justitiars des Deutschen Hausärzteverbandes ist wünschenswert.*

**Ergänzungen und Änderungen bleiben sowohl der mündlichen Stellungnahme im Rahmen der Anhörung vor dem Ausschuss für Gesundheit und Soziales, wie auch einer weitergehenden schriftlichen Stellungnahme vorbehalten.**

**Köln, den 20.Juni 2003**