



10. März 2005

Stellungnahme

(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0831(23)
vom 14.03.05

15. Wahlperiode

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anlässlich der Anhörung am 16. März 2005 durch den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages zu

1. Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb, Daniel Bahr (Münster), Rainer Brüderle, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Altersgrenze für Vertragsärzte beseitigen

- BT-Drs. 15/940 -

2. Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Freie Wahl der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung

- BT-Drs. 15/3511 -

3. Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Daniel Bahr (Münster), Rainer Brüderle, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wieder als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung

- BT-Drs. 15/3995 -

4. Antrag der Abgeordneten Horst Seehofer, Andreas Storm, Annette Widmann-Mauz, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU

Wirkungen und Nebenwirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes – Kritische Bestandsaufnahme

- BT-Drs. 15/4135 -

Zu 1.) – Altersgrenze für Vertragsärzte:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat sich schon bei der Einführung der Altersgrenze für Vertragsärzte mit dieser Regelung kritisch auseinandergesetzt. Sie sieht allerdings angesichts des Fortbestandes der Zulassungsbeschränkungen für die Niederlassung von freiberuflich tätigen Ärzten in fast sämtlichen Fachgebieten auch das Bedürfnis, dass ein bestimmter Zeitpunkt des Ausscheidens zur „Entlastung“ für die Berufschancen des Nachwuchses gegeben sein muss. Solange es Zulassungsbeschränkungen gibt, dürfte daher die Motivation des seinerzeitigen Gesetzgebers tragfähig sein. Demgegenüber hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung nie die im Zusammenhang mit einer Verfassungsbeschwerde getroffene Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts akzeptiert, das die Altersgrenze mit mangelnder Leistungsfähigkeit von Ärzten dieses Alters gerechtfertigt hat.

Im übrigen ist zu der Frage, ob durch die Abschaffung der Altersgrenze Probleme der Unterversorgung gelöst werden können, folgendes zu bemerken:

Wie Sie beiliegender Zeitreihe entnehmen können, betrug die Zahl der 68 Jahre und älteren Vertragsärzte im Jahr 1990 4.403. Sie hat seitdem kontinuierlich abgenommen. Ein drastischer Rückgang konnte in den alten Bundesländern im Jahre 1999 verzeichnet werden, als die so genannte 68-Jahre-Regelung „scharf geschaltet“ wurde. Zum 31.12.2003 gab es in Deutschland nur 584 Vertragsärzte, davon 275 in den neuen Bundesländern, die 68 Jahre oder älter waren. Dies waren in den alten Bundesländern 0,3 % und in den neuen Bundesländern 1,5 % aller Vertragsärzte. Diese

Zahl an Ärzten ist einfach zu gering, um zu einer spürbaren Verbesserung der medizinischen Versorgung beizutragen, sollte es diesen Ärzten ermöglicht werden, weiterhin tätig zu sein.

Ein andere Frage ist, ob die Ärzte überhaupt bereit sind, über das 68. Lebensjahr hinaus vertragsärztlich tätig zu sein. In den neuen Bundesländern gilt die 68-Jahre-Regelung noch nicht, sie wird sich erst ab dem Jahre 2010 auswirken. Die Analyse des Abgangs der Vertragsärzte in den neuen Bundesländern im Jahre 2004 hat ergeben, dass das Median-Abgangsalter bei 64 Jahren liegt. Insgesamt erfolgten 93 % der Abgänge im Jahre 2004 vor dem 68. Lebensjahr. Daran wird deutlich, dass selbst die Ärzte die es könnten, nicht bereit sind, über das 68. Lebensjahr hinaus als Vertragsarzt tätig zu sein.

Zu 2.) – Freie Wahl der Kostenerstattung:

Zum Antrag der FDP ist anzumerken, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung ihrerseits sich mehrfach für erleichterte Wahlmöglichkeiten zwischen Kostenerstattung und Sachleistungsprinzip ausgesprochen hat. Voraussetzungen hierfür wären:

- dass Versicherte sich für diese Option für eine gewisse Zeit binden müssen,
- dass die Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen mit Wirkung für das jeweilige Quartal mitteilen, welche Versicherten sich für die Kostenerstattungsoption entschieden haben;
- dass Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit erhalten,
 - a) die Abrechnungen entsprechend zu prüfen bzw. Regelleistungsvolumen um entsprechende Versicherte zu bereinigen;

- b)** Krankenkassen die Behandlungskosten zusätzlich in Rechnung zu stellen, die trotz der ausgeübten Wahloption auf Basis der Versichertenkarte in Anspruch genommen werden.

Zu 3.) – Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel:

Dazu bemerken wir aus der Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung folgendes:

1. Der Einsatz von medizinischen Leistungen und Therapien sollte sich an den Kriterien der evidenzbasierten Medizin orientieren, um insbesondere Sicherheit, Wirksamkeit und auch Nutzen der Therapie zu garantieren und damit die Qualität der Therapie unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit zu optimieren.
2. Die Evidenzlage bei nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist in sehr vielen Fällen ungenügend. Der Nutzen ist in vielen Fällen nicht nachgewiesen, die Wirksamkeit nicht überzeugend belegt. Dies überrascht nicht unbedingt, da sich die pharmakologische Wirkpotenz eines Arzneimittels meist sowohl in seiner Wirkungs- als auch in der Nebenwirkungsintensität widerspiegelt. Beide korrelieren meist miteinander. Sind die unerwünschten Arzneimittelwirkungen gering (und eine Herausnahme aus der Erstattungspflicht daher vertretbar), fallen auch die gewünschten Arzneimittelwirkungen häufig gering aus.

Somit werden therapeutische Notwendigkeit und Nutzen vielfach durch die fehlende Verschreibungspflicht abgebildet.

3. Der routinemäßige Einsatz verschiedener Arzneimittel ist dabei kein Indiz für ihre Wirksamkeit. Häufig werden Medikamente traditionell angewendet, ohne dass jegliche Nachweise für eine Wirksamkeit vorliegen. Aufgrund hoher Selbstheilungstendenzen der zugrundeliegenden Krankheiten wird der Rückgang der Beschwerden jedoch mit den eingesetzten Medikamenten in Verbindung gebracht.

4. Ein relevanter Umstieg von OTC- auf verschreibungspflichtige Arzneimittel kann durch Statistiken der Krankenkassen nicht bestätigt werden. Durch den Rückgang der Arztbesuche kam es zu einem Rückgang der verordneten DDD/Versicherten, der bei den verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zwar etwas geringer ausfiel als bei rezeptfreien, jedoch trotzdem zu beachtlichen Umsatzrückgängen führte. Zuwächse bei den Verordnungen von rezeptpflichtigen Arzneimitteln sind hingegen nur in wenigen Wirkstoffgruppen feststellbar, der Bruttoumsatz war jedoch auch bei diesen Gruppen in vielen Fällen rückläufig oder konstant.
5. Bei den Antihistaminika war insbesondere bei den 12 bis 17jährigen ein Switch zu erkennen. Ein Umstand, der u.a. dazu führte, dass der GBA den Gesetzgeber aufgefordert hat, diese Altersgruppe von der Regelung auszunehmen.

Zu 4.) – GKV-Modernisierungsgesetz – Kritische Bestandsaufnahme:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat zum Gesetzgebungsverfahren des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) ausführlich Stellung genommen. Ergänzend zu diesen Ausführungen nimmt die KBV zu folgenden Aspekten der kritischen Bestandsaufnahme der CDU/CSU-Fraktion wie folgt Stellung:

a) Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Die CDU/CSU-Fraktion konstatiert, dass die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung nach Intention des GMG vor allem über den Ausbau der integrierten Versorgung erfolgen sollte und dies durch die Anschubfinanzierung von einem Prozentpunkt der sektoralen Budgets für die vertragsärztliche und stationäre Versorgung gefördert werden sollte.

Aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung stellt sich die tatsächliche Wirkung dieser Anschubfinanzierung wie folgt dar: Von den 438 bis Mitte Februar 2005 bei der BQS registrierten Integrationsverträgen weisen nur 35 % ei-

ne Beteiligung niedergelassener Ärzte auf, 36 % dieser Verträge wurden unter ausschließlicher Beteiligung von Krankenhäusern und nur 8 % ohne jegliche Krankenhausbeteiligung, aber unter Beteiligung von Vertragsärzten abgeschlossen, immerhin 26 % der Verträge bezogen sich maßgeblich auf die Kooperation zwischen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen. Im Ergebnis ist demnach festzuhalten, dass die Regelung bisher dazu dient, einen Löwenanteil des Gesamtvertragsvolumens von rund 200 Mio. Euro in Richtung der tendenziell aufwändigeren Versorgung an Krankenhäusern und in die nachstationäre Behandlung zu lenken.

Dies ist jedoch kein Indikator dafür, dass Vertragsärzte das vom GMG eröffnete Innovationspotenzial für Versorgungsstrukturen nicht offen annehmen würden. Von den 70 bis Dezember 2005 zugelassenen medizinischen Versorgungszentren (MVZ) wurden 55 (80 %) von Vertragsärzten gegründet, nur 8 (12 %) von Krankenhäusern. Um diese Entwicklung weiter zu fördern, wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam mit der Bundesärztekammer ein Beratungsprogramm auflegen, welches MVZ-Gründern insbesondere aus dem Bereich der freiberuflich tätigen Ärzte Unterstützung bieten soll.

Von den Integrationsverträgen sind bisher rund 2 Mio. GKV-Versicherte betroffen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung sieht in diesen Integrationsverträgen das Potenzial für ein gegenwärtig begrenztes Experimentfeld, welches Impulse für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen liefern kann. Von einer möglichen Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung kann hingegen nur dann die Rede sein, wenn Funktionsweise und Ergebnisse dieser Integrationsverträge

1. ausreichend transparent gemacht werden und
2. evaluiert worden sind und ihre Eignung zur Versorgung breiterer Bevölkerungskreise unter Beweis stellen konnten.

Aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung leiten sich aus dieser Feststellung folgende politische Forderungen ab:

1. Die gegenwärtig von den Vertragspartnern der integrierten Versorgung betriebene Politik der Intransparenz über Vertragsinhalte ist außerordentlich bedauerlich und nicht hinnehmbar.

Sie ist bedauerlich, da gute Anregungen einer Anwendungsprüfung für die Regelversorgung nicht vorenthalten werden sollten.

Sie ist nicht hinnehmbar, da die Effizienz dieser Vertragsstrukturen weder a priori unterstellt werden kann, noch darf ein Zugang zu erzwungenen Mittelabflüssen aus der Regelversorgung ohne Offenlegung der Vertragsinhalte zur Regel werden.

Die Antragsteller der CDU/CSU-Fraktion stellen völlig zu Recht fest, dass die bisherigen Regelungen nicht ausreichen, um ausreichend Transparenz über die Berechtigung zur Bereinigung kollektivvertraglicher Vereinbarungen und über die Verwendung dieser einbehaltenen bzw. bereinigten Mitteln zu gewährleisten.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bekräftigt daher die von den Antragstellern geforderte Neuregelung von Offenlegungspflichten. Sie erneuert ihre eigene Forderung, dass in einem von der Politik favorisierten System konkurrierender Verträge durch gesetzliche Regelung sichergestellt werden muss, dass vertraglich definierte Leistungspflichten auf Leistungserbringerseite und Vergütungspflichten der Krankenkassen jeweils vollständig aufeinander abgestimmt sein müssen und Verträge keine Regelungen zu Lasten Dritter enthalten dürfen.

Leider ist festzustellen, dass dieser Forderung insbesondere im Rahmen von Direktverträgen nicht Rechnung getragen wird und Infrastrukturleis-

tungen sowie im Rahmen von Kollektivverträgen erbrachte medizinische Versorgungsleistungen nur allzu gerne als unentgeltliche Vorleistungen akzeptiert werden. Entsprechende Transparenzpflichten von Direktvertragspartnern könnten daher den Schritt in Richtung einer sinnvollen Abstimmung vertraglich abgegrenzter Verantwortungsbereiche ermöglichen.

2. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bedauert, dass der Gesetzgeber sich bisher der Aufforderung verschlossen hat, auch dem kollektivvertraglichen Regelungsbereich Entwicklungsmöglichkeiten in Richtung integrativer Versorgungsverträge zu erschließen.

Aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung könnte dies beispielsweise durch die Einführung eines neuen „§ 73d SGB V“ erfolgen, nach welchem die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztliche Vereinigungen im freiwilligen Verbund mit Krankenhäusern Versorgungsverträge zur Behandlung benannter Patientengruppen abschließen können, und zwar nicht nur auf Verbandsebene, sondern auch mit einzelnen (auch bundesweiten) Krankenkassen. Da entsprechende Verträge auf die bereits vorhandenen Infrastrukturen z.B. zur Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen, Monitoring von Dokumentationserfordernissen und Abrechnung zurückgreifen könnten, können sie sich gegenüber kleinräumigen Direktvertragslösungen durchaus als eine effiziente Alternative erweisen.

3. Auf die Einführung des Instituts der Medizinischen Versorgungszentren durch das GMG hat die Ärzteschaft mit einer Änderung der Muster-Berufsordnung durch Beschlüsse des 107. Deutschen Ärztetages in Bremen reagiert. Diese Beschlüsse sehen Erleichterungen der Berufsausübung in lokaler und gemeinschaftlicher Hinsicht vor. Sie sollen damit auch den nicht in Medizinischen Versorgungszentren ihren Beruf ausübenden Ärzten die Möglichkeit verschaffen, flexibler ihre ärztlichen

Dienstleistungen anzubieten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat daraus ebenfalls Schlussfolgerungen gezogen und Vorschläge zu einer Änderung des SGB V und der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte unterbreitet, welche die flexiblen Berufsausübungsformen unter Beachtung der für die Kassenärztlichen Vereinigungen maßgeblichen Sicherstellungs- und Bedarfsplanungsregelungen sowie unter Berücksichtigung der notwendigen Überprüfung der Abrechnung und Wirtschaftlichkeit in das System der vertragsärztlichen Versorgung implementieren sollen. Sie hält die gesetzgeberische Realisierung dieser Vorschläge für erforderlich, um Wettbewerbsgleichheit zwischen Medizinischen Versorgungszentren und niedergelassenen Vertragsärzten herzustellen.

b) Praxisgebühr

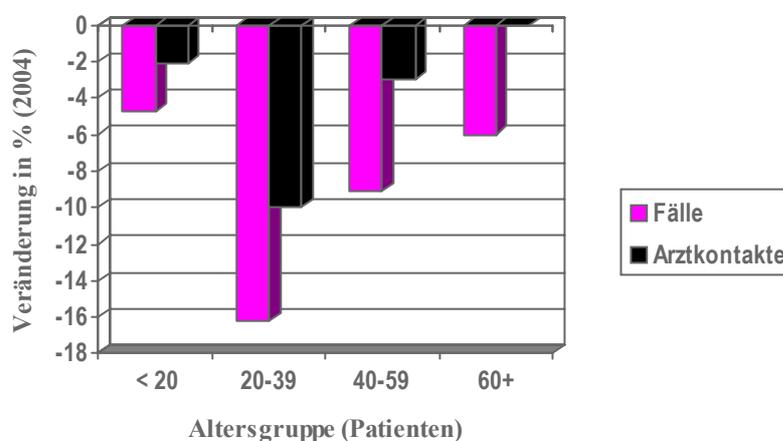
Die Kassenärztliche Bundesvereinigung fordert den Gesetzgeber auf,

1. kurzfristig die notwendigen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Kassenärztliche Vereinigungen ohne weitere Kostenbelastungen die Aufgabe übernehmen können, ausstehende „Praxisgebühren“ mit gerichtlichen Mahnbescheiden eintreiben zu können,
2. dafür zu sorgen, dass die systematische Begünstigung der Primärananspruchnahme von Krankenhausambulanzen durch mangelnde Einforderung der „Praxisgebühr“ beendet wird und ausstehende Gebühren mit gleicher Ernsthaftigkeit auch von Krankenhäusern eingetrieben werden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schließt sich der Forderung der Antragsteller an, die Steuerungswirkungen der Praxisgebühr näher zu analysieren. Erste Auswertungen weisen auf erhebliche Fallzahlrückgänge in einzelnen Facharztgruppen sowie in bestimmten Altersgruppen der Versicherten hin. Insgesamt wird aber deutlich, dass Fallzahlrückgänge die Auswirkung auf die

Versorgung nicht vollständig wiedergeben. Unter Berücksichtigung der Kontaktzahlen zeigt sich, dass in den Altersgruppen mit durchschnittlich höherer Versorgungsintensität nur geringe bzw. gar keine Veränderungen der Inanspruchnahmehäufigkeiten zu verzeichnen sind (vgl. Abbildung 1). Infolgedessen ist die Auswirkung der Zuzahlung im Hinblick auf die Steuerung des Versorgungsbedarfes nicht eindeutig.

Abbildung 1: Veränderung der Fall- und Kontaktzahlen nach Einführung der Praxisgebühr



Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi)

c) Disease Management Programme im Risikostrukturausgleich

Die Antragsteller kritisieren den Bürokratie- und Kostenaufwand der mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) als Bestandteil des Ausgleichsverfahrens eingeführten Disease Management Programme (DMPs).

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schließt sich der Forderung an, die Durchführung von DMPs und die Berechnung der Ausgleichsforderungen im RSA zu entkoppeln.

Die organisatorischen Anforderungen, welche das Bundesversicherungsamt unter Gesichtspunkten der RSA-Administration an die Programme stellt, führen in der Summe zu einem für die Versorgung nicht relevanten Verwaltungsauf-

wand; diese Hürden verlangsamen die Einführung innovativer Ansätze des Versorgungsmanagements, sie schließen einen Teil der unter medizinischen Gesichtspunkten für diese Versorgung relevanten Patientenkreis aus während die Programme unter Gesichtspunkten des RSA-Ausgleichs mit hohen Anreizen an einen möglichst breiten Versichertenkreis „vermarktet“ werden.

Wie verhält sich der von den Spitzenverbänden ermittelte durchschnittliche Aufwand für die Verwaltung der Programme zu den eigentlichen Behandlungskosten der Patienten?

Nimmt man die weitaus größte relevante Patientengruppe der Patienten mit Diabetes mellitus als Maßstab, so zeigt sich folgendes:

- Der zusätzliche Verwaltungsaufwand entspricht rund 25% der durchschnittlichen vertragsärztlichen Behandlungskosten der Patienten mit der Aufgreifdiagnose Diabetes mellitus (Basis N = 320.000 Patienten) einschließlich der Behandlungskosten aller übrigen Behandlungsanlässe.
- Der zusätzliche Verwaltungsaufwand ist weitaus höher als der im Mittel zur Behandlung des Diabetes in der vertragsärztlichen Versorgung erforderliche Leistungsbedarf. Dies gilt selbst für tendenziell aufwändigere Patienten: Durch die Programmkosten verdreifacht sich der Behandlungsaufwand zur Behandlung des Diabetes für die Teilgruppe von Patienten, welche bereits diabetesspezifische Komplikationen aufweisen (Beobachtungsbasis N = 46.000 Patienten).
- Im Ergebnis werden erhebliche Mittel von der eigentlichen Behandlung in Richtung Verwaltung der Programme gelenkt. Der Nachweis der Wirksamkeit dieser Programme bei der Reduktion des Behandlungsaufwands für vermiedene Komplikationen ist mithin von großer Bedeutung, kann bislang aber nicht erbracht werden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung spricht sich für eine Entkoppelung der DMP vom RSA aus, weil damit die Erwartung verbunden ist, dass vermeidbare Verwaltungskosten durch überbordende Dokumentation, Kontrollbürokratie, unflexible Anwendungsvorgaben und Programmvermarktung entfallen. Wie Beispiele erfolgreicher Strukturverträge gemäß § 73a SGB V vor Einführung der DMPs zeigen, können die sachlich erforderlichen Aufwendungen für eine Qualitätssicherung in den Programmen weitaus niedriger liegen.

Nach wie vor können auch weiterhin qualitative Anforderungen an DMPs einschließlich der Dokumentationserfordernisse im Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung fordert jedoch, dass der Spielraum für die beteiligten Vertragspartner zur Umsetzung strukturierter Behandlungsprogramme nicht länger durch programmferne Kriterien eingeengt werden darf.

gez. Dr. Köhler

Zeitreihe: Über 67- jährige Vertragsärzte (ohne Partnerärzte)

Jahr	Anzahl		Anteil an allen Vertragsärzten in %		Anteil an allen Vertragsärzten in %	
	West	Ost	West	Ost	West	Ost
1990	4.403		71711		6,1	
1991	4.104		74063		5,5	
1992	3.893		77276		5,0	
1993	3.551	174	87880	16676	4,0	1,0
1994	3.243	162	89233	17007	3,6	1,0
1995	2.941	158	90262	17235	3,3	0,9
1996	2.890	148	91629	17489	3,2	0,8
1997	2.536	158	92702	17693	2,7	0,9
1998	2.086	128	94907	17776	2,2	0,7
1999	340	150	95353	17828	0,4	0,8
2000	345	182	96483	18008	0,4	1,0
2001	323	187	98011	18022	0,3	1,0
2002	325	230	98842	17995	0,3	1,3
2003	309	275	99702	17903	0,3	1,5

Quelle: Bundesarztregister der KBV

Zeitreihe: Über 67- jährige Vertragsärzte (ohne Partner-Ärzte)

Jahr	Anzahl		Anteil an allen Vertragsärzten in %	
	West	Ost	West	Ost
1990	4.403		6,1	
1991	4.104		5,5	
1992	3.893		5,0	
1993	3.551	174	4,0	1,0
1994	3.243	162	3,6	1,0
1995	2.941	158	3,3	0,9
1996	2.890	148	3,2	0,8
1997	2.536	158	2,7	0,9
1998	2.086	128	2,2	0,7
1999	340	150	0,4	0,8
2000	345	182	0,4	1,0
2001	323	187	0,3	1,0
2002	325	230	0,3	1,3
2003	309	275	0,3	1,5

Quelle: Bundesarztregister der KBV

Bundesarztregister zum 31. Dezember 2004

Abgangsalter der Vertragsärzte (ohne Partner-Ärzte)
in den neuen Bundesländern im Jahr 2004

Alter	Anzahl	Alter	Anzahl
28	1	78	0
29	0	79	1
30	0	80	1
31	0	81	0
32	0	82	0
33	2	83	2
34	0	84	0
35	3	85	0
36	0	86	1
37	5	Gesamt	612
38	3	Mittelwert	61,47
39	5	Median	64
40	5		
41	6		
42	3		
43	10		
44	2		
45	6		
46	5		
47	9		
48	3		
49	5		
50	5		
51	3		
52	6		
53	2		
54	5		
55	5		
56	3		
57	3		

58	1
59	4
60	25
61	28
62	53
63	71
64	85
65	83
66	58
67	29
68	25
69	18
70	4
71	5
72	2
73	4
74	1
75	3
76	3
77	0