

(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0273(1)
vom 15.09.03

15. Wahlperiode



DEUTSCHER
HAUSÄRZTEVERBAND

Kurzstellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/Die Grünen „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)“

(Stand: 15.09.2003)

Der Deutsche Hausärzteverband gibt folgende Stellungnahme zu den wesentlichen Regelungen des zuvor genannten Entwurfs ab, wobei wir uns bei der Bewertung auf einzelne, die hausärztlichen Belange besonders betreffende Regelungen konzentrieren.

Unsere vorläufige Bewertung wird sich nachfolgend an der Frage orientieren:
„Gesundheitsreform 2003 – Stärkung oder Schwächung der Hausärzte?“

Nachdem seit Anfang September 2003 der erste gemeinsame Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/Die Grünen vorliegt, werden die Konturen einer Gesundheitsreform 2003 immer deutlicher. Dies gilt in besonderem Maße für die bedauerlicherweise festzustellende Abkehr des „Gesetzgebers“ von einer ursprünglich angestrebten Stärkung der Hausärzte und der hausärztlichen Versorgung. Von den in den ersten Arbeitsentwürfen für ein Gesundheitsmodernisierungsgesetz zur Stärkung der Hausärzte und der hausärztlichen Versorgung vorgesehenen Regelungen ist im wesentlichen kaum noch etwas übrig geblieben. Gleichwohl kann alleine unter Zugrundelegung dieser Feststellung die eingangs gestellte Frage nach einer Stärkung oder Schwächung der Hausärzte und der hausärztlichen Versorgung nicht beantwortet werden, denn entscheidend für die Beantwortung dieser Frage ist nicht alleine der vorliegende Gesetzestext, sondern die zukünftige Ausgestaltung der künftig im Wettbewerb zueinander stehenden neuen Versorgungsformen; denn nach wie vor ist das Sozialgesetzbuch 5 ein Rahmengesetz, das durch die Adressaten seiner Regelungen konkretisiert und umgesetzt werden muss.

Die Regelungen im einzelnen:

Eine zentrale Rolle im Rahmen bei der Bewertung dieser neuen Versorgungsformen spielt dabei die in **§ 73 b SGB V** (neu) normierte „**Hausarztzentrierte Versorgung**“.

Die noch in den Arbeitsentwürfen vom 11. und 26. August 2003 für Hausärzte inakzeptablen Vorgaben für die Vereinbarung und Umsetzung einer hausarztzentrierten Versorgung erscheinen nach dem nunmehr vorliegenden Fraktionsentwurf in einem günstigeren Licht. Auch wenn die Systematik der Regelung des § 73 b SGB V (neu) beibehalten wurde, sind doch zwei Elemente hinzugekommen, die aus Sicht unseres Verbandes für die zukünftige Ausgestaltung einer hausarztzentrierten Versorgung Chancen bieten, diese Versorgungsform im Interesse unserer Mitglieder zumindest mitzubestimmen und mitzugestalten.

Zum einen ergibt sich dies aus der jetzt nach dem Gesetz vorgesehenen Regelung, wonach die Krankenkassen neben Einzelverträgen mit Hausärzten nunmehr auch mit **Gemeinschaften von Hausärzten** Verträge zur Umsetzung einer „Hausarztzentrierten Versorgung“ abschließen können. Zum zweiten ist es als ein wesentlicher Fortschritt in der Entwicklung des Gesetzgebungsverfahrens zu bewerten, wenn die **Vergütung** für die besondere Versorgungsform einer hausarztzentrierten Versorgung auf Gesamtvertragebene auch **außerhalb der Gesamtvergütung als zusätzliches Entgelt** für die von Hausärzten geforderte besondere Qualität verhandelt werden kann.

Störend für die zeitnahe Umsetzung einer hausarztzentrierten Versorgung sind die drei notwendigen Regelungsebenen Bewertungsausschuss, Gesamtvertrag und Gruppen- bzw. Einzelvertrag. Es besteht die große Gefahr, dass die gemeinsame Selbstverwaltung ähnlich schleppend diesen Gesetzauftrag umsetzt wie sie es bereits auch schon mit der notwendigen gesetzlichen Gliederung in haus- und fachärztliche Versorgung des § 73 SGB V getan hat – mittlerweile wird diese Umsetzung seit 14 Jahren verschleppt. Von zentraler Bedeutung wäre daher eine Stärkung der Mitbestimmungsrechte der Hausärzte in den Kassenärztlichen Vereinigungen gewesen.

Darüber hinaus erscheint die Forderung einer „besonderen Qualität“ für Hausärzte wegen der bereits bestehenden Qualität nicht sinnvoll. Akzeptabel wäre ein verpflichtendes Qualitätssicherungssystem für teilnehmende Hausärzte gewesen. In keiner Weise tolerabel ist in der jetzigen Fassung, dass Hausärzte, die die Qualität zur Teilnahme nachweisen, nicht automatisch zur hausarztzentrierten Versorgung zugelassen werden. Damit ist jede Investition in nützliche Qualität eine Entscheidung unter großer Unsicherheit.

Eine hausarztzentrierte Versorgung kann schließlich nur zum Erfolg führen, wenn sichergestellt ist, dass Hausärzte für Hausärzte diese Inhalte auf Gesamtvertragebene verhandeln. Erst, wenn hier die Inhalte stimmen, machen Verträge auf der nachfolgenden Ebene zwischen Krankenkassen und Hausärzten bzw. Gemeinschaften von Hausärzten Sinn.

Damit kann übergeleitet werden zu der Bewertung der Neuregelungen in den §§ 79, 80 und 81 SGB V (neu), die sich mit der **Neuorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung** (KV und KBV), den **Aufgaben** von Vertreterversammlung und hauptamtlichen Vorstand sowie der **Wahl** ihrer jeweiligen Mitglieder befassen. Auch in diesem Regelungsbereich sind die ursprünglich zur Stärkung der Hausärzte vorgesehenen Bestimmungen dem parteiübergreifenden Konsens zwischen SPD und CDU/CSU zum Opfer gefallen. Lediglich die verbindliche Einführung des **Verhältniswahlrechtes** bei den Wahlen zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigungen blieb erhalten. Dagegen sind ursprüngliche Elemente, die ein Mindestmaß an hausärztlicher Interessenvertretung in den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sichern sollten, weggefallen. Dies gilt sowohl für die Wahlen zur Vertreterversammlung und zum hauptamtlichen Vorstand, als auch für die Abstimmung von hausärztlichen Mitgliedern der Vertreterversammlung in ausschließlich hausärztlichen Angelegenheiten. Diese aus Sicht

unseres Verbandes eindeutig negative Entwicklung kann zukünftig nur dadurch kompensiert werden, dass hausärztliche Interessen berücksichtigende Satzungen und Wahlordnungen auf der Ebene der Selbstverwaltung beschlossen werden. Von besonderer Bedeutung könnte hierbei eine Satzungsregelung sein die sicherstellt, dass in der Vertreterversammlung in Angelegenheiten, die ausschließlich die hausärztliche, die fachärztliche oder die psychotherapeutische Versorgung betreffen, nur die Mitglieder der jeweils betroffenen Gruppe stimmberechtigt sind.

Diese Regelung muss als Mindestbestandteil in den zukünftigen Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen enthalten sein, wenn eine an hausärztlichen Interessen orientierte Umsetzung einer hausarztzentrierten Versorgung erreicht werden soll.

Wie wichtig künftig eine **ausreichende Repräsentanz hausärztlicher Interessensvertretung in den Kassenärztlichen Vereinigungen und in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung** sein wird, zeigt sich auch an den teils positiv, teils negativ zu bewertenden Neuregelungen in den §§ 84, 85 und 85 a ff SGB V (neu). Sowohl bei der **Vereinbarung von Vergütungsanteilen für Maßnahmen zur Information und Beratung der Vertragsärzte über Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arznei- und Heilmittelversorgung**, als auch bei der Umsetzung der sogenannten „**Ost-West-Angleichung**“ auf der Ebene der Vereinbarung der Gesamtvergütung, der **Vereinbarung von Honorarverteilungsmaßstäben** und nicht zuletzt der Vorbereitung und Umsetzung der im Jahre 2007 in Kraft tretenden **Regelleistungsvolumina** müssen Hausärzte in den entsprechenden ärztlichen Selbstverwaltungsgremien ausreichend präsent sein, und zwar jeweils abgesichert durch verbindliche Satzungsbestimmungen, wie sie teilweise bereits an vorstehender Stelle vorgeschlagen wurden. Entsprechendes gilt auch für den Bewertungsausschuss, der in Zukunft im vergütungsrechtlichen Bereich eine noch wichtigere Rolle spielen wird; hier müssen hausärztliche Interessen hinreichend vertreten sein!

Die §§ 106 und 106 a SGB V (neu) - **Wirtschaftlichkeits-, Richtgrößen- und Abrechnungsprüfungen** - haben trotz des Wegfalls des „Kollektivregresses durch die Hintertür“ in seinem Regelungswert keinen Bezug mehr zum Praxisalltag. Notwendig wäre ein transparentes Informationssystem zur wirtschaftlichen und qualitätsgesicherten Versorgung. Der Hausärzteverband hat dazu einen bereits in der Praxis bewährten Vorschlag gemacht. Nun gilt es den vom Gesetzgeber vorgegebenen Rahmen durch vernünftige, angemessene und vor allem am **Versorgungsbedarf** und der **Morbidität** der Versicherten ausgerichteten Richtgrößen- und Prüfvereinbarungen auszufüllen. Denn nur so kann erreicht werden, dass das in den gesetzlichen Neuregelungen angedeutete Prinzip „Beratung und Unterstützung vor Sanktionierung“ auch tatsächlich umgesetzt wird. Derartige Vereinbarungen können aber nur mit hausärztlichen Sachverstand interessensgerecht getroffen werden, denn Hausärzte spielen im Rahmen dieser Thematik als „Vielverordner“ und „Primärversorger“ eine zentrale, wenn nicht übergeordnete Rolle. Dieser muss Rechnung getragen werden durch die satzungsrechtlich abgesicherte Teilnahme von Hausärzten bei Abschluss derartiger Vereinbarungen.

Die Honorarangleichung der neuen Länder ist ein prioritäres Ziel des Hausärzteverbandes. Dieses durch einen Honorarabzug aus den alten Bundesländern erreichen zu wollen ist der falsche Weg. Damit wird die Attraktivität, sich als junger Arzt insbesondere für die hausärztliche Versorgungsebene zu entscheiden, flächendeckend in Deutschland deutlich reduziert.

Ähnliches gilt für die Etablierung des Regelleistungsvolumens, das vom Prinzip richtig und wichtig für uns Vertragsärzte ist, aber in dieser Ausgestaltung die enorme Gefahr in sich birgt, dass techniklastige Fächer ohne Versorgungsnutzen bedient werden.

Der Grundsatz „**von Hausärzten für Hausärzte**“ gilt erst recht bei der Bewertung des **§ 95 d SGB V (neu)**. Mit dem neueingefügten **§ 95 d (Pflicht zur fachlichen Fortbildung)** wird ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen ärztlichen Fortbildungsaktivitäten und ärztlichem Honorar hergestellt. Vertragsärzte, welche die von der KBV und Bundesärztekammer definierten Fortbildungsanforderungen innerhalb von fünf Jahren nicht erfüllen, müssen mit Honorarabzug rechnen. Vertragsärzte, die die Fortbildungsanforderungen dauerhaft nicht erfüllen, müssen sogar mit dem Entzug der Zulassung rechnen. Eine solche rigide Zwangsregelung ist abzulehnen, da sie nicht auf Freiwilligkeit und Überzeugung setzt, sondern das gewünschte Fortbildungsverhalten durch einen Malus zu erreichen versucht. Darüber hinaus wäre es wichtig und richtig gewesen, dass die jeweiligen Arztgruppen über die Kriterien der für sie geltenden Fortbildungsanforderungen selbst bestimmen und diese nicht von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung festgelegt werden. Sinnvoller wäre es also gewesen, ein positives Anreizsystem zu schaffen, das Akzeptanz bei den Ärzten findet und den Besonderheiten der einzelnen Fachgruppen stärker Rechnung trägt und zwar durch Einbindung z. B. des Deutschen Hausärzteverbandes oder der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin bei der Definition von Fortbildungsanforderungen für Hausärzte. Diese, vom Gesetzgeber nicht geregelten, dennoch unabdingbaren Voraussetzungen für eine qualifizierte Fortbildung von Hausärzten, müssen demnach hinsichtlich ihrer Umsetzung jetzt unmittelbar gegenüber den vorgenannten Körperschaften eingefordert werden!

Nahezu ausnahmslos positiv zu bewerten sind die geplanten Neuregelungen zur **Integrierten Versorgung nach den §§ 140 a ff SGB V (neu)**. Hier bieten sich insbesondere für den Abschluss von **Rahmen- und Gemeinschaftsverträgen** durch den Hausärzteverband oder an den Verband angegliederte Vertragsgemeinschaften Chancen, eine hausarztzentrierte Versorgung auch außerhalb der in § 73 b SGB V (neu) vorgesehenen Form zu vereinbaren und umzusetzen.

Zu begrüßen ist, dass für Verträge zur Integrierten Versorgung, aber auch gerade für die hausarztzentrierte Versorgung, die Kasse per Satzung die Praxisgebühr sowie die Zuzahlungen verringern kann (§ 65 a – Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten). Konsequenz wäre gewesen, die Kostenträger zur Gewährung eines „Mindestbonus“ bzw. eines ebenfalls möglichen verminderten Beitragssatzes zu verpflichten.

Abschließend ist noch zu der **Praxisgebühr** gemäß des neueingefügten **§ 28 Absatz 4 SGB V (neu)** Stellung zu nehmen. Künftig müssen Versicherte eine Praxisgebühr pro Erstinanspruchnahme eines Vertragsarztes oder Psychotherapeuten im Quartal zahlen. Diese Praxisgebühr soll gemäß **§ 43 b SGB V (neu)** vom Leistungserbringer einzuziehen sein. Sein Vergütungsanspruch gegenüber der KV und auch die Gesamtvergütung wird um die insgesamt einbehaltenen Praxisgebühren verringert. Diese Regelung wird insbesondere für Hausärzte, auf die überwiegend die Aufgabe des Einzuges der Praxisgebühr zukommen wird, einen erhöhten Praxisverwaltungsaufwand bedeuten. Dabei ist völlig ungeklärt, wie das Inkassoverfahren bei säumigen Zahlern durchgeführt werden kann. Die Tatsache, dass Praxisgebühren bei weiteren Leistungserbringern, die auf Überweisung aufgesucht werden, entfallen, wird im Ergebnis dazu führen, dass für die Patienten die Inanspruchnahme spezialisierter Leistungen erst nach Überweisung durch den Hausarzt sinnvoll wird. Die damit verbundene stärkere Hausarztzentrierung des Gesamtsystems ist zu begrüßen. Dem negativ zu bewertenden bürokratischen Mehraufwand in der Hausarztpraxis steht also ein eher positiv zu bewertender Effekt zugunsten einer stärkeren Hausarztorientierung im Gesamtsystem gegenüber. Strikt abzulehnen ist allerdings das Fehlen jeglicher Vergütung des höheren Verwaltungsaufwandes, der in der Hausarztpraxis durch den Einzug der Praxisgebühr entstehen wird.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das geplante Gesetzesvorhaben für eine Gesundheitsreform 2003/2004 auf den ersten Blick einen Rückschritt im Vergleich zum Vorentwurf, insbesondere für die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte und ihre Patienten darstellt.

Dieser Gesetzesentwurf stellt keine notwendige Strukturreform dar, bietet aber durchaus Ansatzpunkte zur Etablierung zukunftsweisender Versorgungsstrukturen. Trotz gravierender Schwächen bietet das Gesetz für Hausärzte zumindest eine Chance und Option zur Vereinbarung und Umsetzung hausarztzentrierter Versorgungsstrukturen.