

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)

(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0273(28)
vom 19.09.03

15. Wahlperiode

Stellungnahme des Hartmannbundes – Verband der Ärzte Deutschlands anlässlich der Anhörung im Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages am 22.09.2003

Das vorliegende Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) weist einige zu begrüßende Reformansätze auf.

Insgesamt wird das Hauptziel, welches eigentlich erreicht werden sollte, jedoch klar verfehlt.

Es gelingt mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht, eine nachhaltige Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung langfristig sicherzustellen.

Es bedarf insgesamt einer Neugewichtung der Parameter Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität, um die solidarischen Kernelemente unseres Gesundheitswesens zu erhalten.

Die Umsetzung des vorliegenden Entwurfs wird vielmehr zu einer weiteren Verschlechterung der Arbeitsbedingungen aller im Gesundheitswesen Beteiligten, einer Ausweitung der rezessiven Wirtschaftssituation auf den bisherigen Aktivposten „Arbeitsmarkt Gesundheitswesen“ sowie einer schleichenden Rationierung von Gesundheitsleistungen führen.

Statt einen auf die Ergebnisse der Konsensverhandlungen aufbauenden Gesetzentwurf vorzulegen – woran der Hartmannbund ausgegangen ist – hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziales bedauerlicherweise lediglich eine Modifizierung der bisherigen Arbeitsentwürfe eingebracht.

Im Kern führt das Gesetz zu einer Vielzahl neuer bürokratischer Regelungen und Verwaltungsvorschriften und der Schaffung neuer staatlicher Institutionen. Diese werden mit einem weiteren Anwachsen der Bürokratie und erheblichen damit einhergehenden Verwaltungskosten verbunden sein.

Dadurch werden weite Teile der erhofften Sparerfolge des Gesetzes sowie daraus resultierender Beitragsentlastungen für die Versicherten schon im Ansatz wieder zunichte gemacht.

Der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V. - beschränkt sich im folgenden bei seiner Darstellung auf die aus Sicht der Ärzteschaft besonders bedenklich erscheinenden Punkte, bei denen es im Interesse der Patienten dringend einer entsprechenden Nachbesserung bedarf.

1. Praxisgebühr

Nach § 61 in Verb. mit § 28 SGB V soll entsprechend dem vorliegenden Gesetzentwurf bei ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung eine Praxisgebühr von 10 € je Quartal und Behandlungsfall entrichtet werden. Erfolgt die Behandlung auf Überweisung, entfällt die Zuzahlung. Für Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen nach § 22 SGB V, für Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V sowie für Schutzimpfungen fallen grundsätzlich keine Praxisgebühren an.

Grundsätzlich begrüßt der Hartmannbund eine stärkere Selbstbeteiligung und Eigenverantwortung der Versicherten.

Aus Sicht des Hartmannbundes stellt eine prozentuale, sozial verträglich ausgestaltete Selbstbeteiligung des Versicherten an sämtlichen Kosten der Behandlung (z. B. in Höhe von 10%) ein wesentlich besseres Steuerungsinstrument dar, als eine pauschale Praxisgebühr.

Eine Praxisgebühr in der vorgesehenen Form lehnt der Hartmannbund jedoch ab. Insbesondere die vorgesehenen Modalitäten des Einzuges der Praxisgebühr durch die Arztpraxis sind zu verwerfen. Dieses Verfahren führt zu einer weiteren Belastung der niedergelassenen Ärzte und zu einem ungerechtfertigten Verwaltungsmehraufwand.

Der Hartmannbund fordert deshalb, den Einzug der Praxisgebühr durch die gesetzlichen Krankenkassen vornehmen zu lassen.

Der Einzug einer Praxisgebühr durch die Einzelpraxis des Arztes widerspricht ordnungspolitisch dem System eines Kollektivvertrages und ist ein originärer Verwaltungsakt der gesetzlichen Krankenversicherung. Der eingezogene Betrag von 10 € durch die Arztpraxis, abzüglich der hierauf entfallenen Verwaltungskosten, die das Arzthonorar pro Patient mindern, wird so zu einem kontraproduktiven Steuerungsinstrument.

2. Ost-West-Angleichung

Der Hartmannbund begrüßt grundsätzlich die längst überfällige Anpassung des Einkommensniveaus in den neuen Bundesländern. Der Verband hat dies seit der Einheit Deutschlands konsequent gefordert und immer wieder in entsprechende Resolutionen eingebracht.

Nach § 85 SGB V im vorgelegten Gesetzentwurf sollen bis Ende 2006 die Einkünfte aus vertragsärztlicher Tätigkeit in den neuen und alten Ländern angeglichen werden. Das dafür erforderliche Finanzvolumen soll durch eine moderate Absenkung der ärztlichen Vergütung in den alten Ländern bereitgestellt werden.

Die Anhebung der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den neuen Bundesländern kann nicht durch Umschichtung verbunden mit Vergütungsentzug in den alten Bundesländern erreicht werden.

Verteilungsgerechtigkeit kann nur dadurch erzielt werden, indem im Sinne der Förderung einer Leistungsbereitschaft das Niveau in den neuen Bundesländern auf das Niveau in den alten Bundesländern angeglichen und gleichzeitig das Vergütungsniveau insgesamt entsprechend der gesellschaftspolitischen Herausforderungen und der Morbiditätsentwicklung schrittweise angehoben wird.

Es erscheint dem Hartmannbund deshalb notwendig, durch konsequente Einführung eines Kostenerstattungssystems mit sozial verträglicher Selbstbeteiligung, die eine Vergütung in Euro- und Cent- Beträgen vorsieht, eine in beiden Teilen Deutschlands wirksame Anhebung des Vergütungsniveaus zu erlangen.

Mit dem nunmehr beabsichtigten Verfahren soll unter Ausnutzung der Intransparenz im Vergütungsgeschehen und unter Inkaufnahme einer Leistungsschwächung in den alten Bundesländern eine Vergütungsanhebung in den neuen Bundesländern erreicht werden. Der Hartmannbund hält dieses Verfahren eines Sonderopfers einer einzelnen Berufsgruppe für verfassungsrechtlich bedenklich, da hier eine Berufsgruppe Sonderregelung unterworfen wird.

Die niedergelassenen Ärzte leisten, wie alle Bürger, einen 7,5 %igen Solidaritätsbeitrag. Der Verband behält sich eine diesbezügliche verfassungsrechtliche Prüfung vor.

3. Medizinische Versorgungszentren

Nach § 95 SGB V sollen im vorgelegten Gesetzentwurf medizinische Versorgungszentren zukünftig zugelassen werden. Diese Einrichtungen sollen sich durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen auszeichnen, die dem Patienten eine Versorgung aus einer Hand anbieten.

Medizinische Versorgungszentren sollen unternehmerisch geführt und von zugelassen Leistungserbringern gebildet werden. Dabei können Freiberufler und Angestellte in diesen Zentren tätig sein.

Der Hartmannbund begrüßt mehr Flexibilität in der Kooperation im vertragsärztlichen Bereich. Eine Fremdbestimmung durch nichtärztliche Kapitaleigner mit Einschränkung der ärztlichen Berufsfreiheit wird allerdings strikt abgelehnt.

Aus Sicht des Hartmannbundes sind medizinische Versorgungszentren ein sinnvoller Ansatz zu mehr Kooperation und Integration in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Allerdings nur insoweit, wie sie unter der wirtschaftlichen Verantwortung, also auch Finanzierung und Leitung von **freiberuflich** tätigen niedergelassenen Ärzten stehen.

Die Vorteile und Leistungsfähigkeit eines freiberuflichen Systems gegenüber vergleichbaren staatlichen Systemen mit wechselnden behandelnden Ärzten, schlechterem Service und Wartelisten sind allgemein bekannt.

Fremdinteressen von Kapitalgebern wie z. B. Krankenhausketten, Trägern von Dialysezentren, Versandapotheken usw. dürfen die Interessen der Patienten und behandelnden Ärzte nicht gefährden.

Die Bildung medizinischer Versorgungszentren darf dem Grundsatz einer flächendeckenden, gleichförmigen und wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung nicht zuwiderlaufen.

4. Integrierte Versorgung

Durch Neuregelung des § 140a SGB V soll die integrierte Versorgung gestärkt und weiterentwickelt werden. Es ist beabsichtigt, juristische und ökonomische Hemmnisse so zu beseitigen, dass zusätzliche Anreize zur Vereinbarung integrierter Versorgungsverträge geschaffen werden.

Die vertragsärztliche Tätigkeit soll in diesen Fällen außerhalb des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigung erfüllt werden. Zudem sollen Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, entsprechende Verträge auch mit medizinischen Versorgungszentren abzuschließen.

Der Hartmannbund begrüßt die Förderung der integrierten Versorgung grundsätzlich. Zugleich ist jedoch davor zu warnen, dass eine Aushöhlung des Kollektivvertragssystems durch die Hintertür realisiert wird.

Problematisch erscheint dem Hartmannbund die Herausrechnung eines Vergütungsanteils von bis zu 1% der Gesamtvergütung und der Krankenhausvergütung in den jeweiligen Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Kürzung der zur Verfügung stehenden Mittel im Rahmen der Gesamtvergütung führt zu einer Benachteiligung der nicht an der integrierten Versorgung teilnehmenden Ärzte.

Darüber hinaus ist die Schaffung eines neuen Budgets für die integrierte Versorgung nach Auffassung des Hartmannbundes kontraproduktiv für die Zielsetzung, die Schnittstellenproblematik, die im wesentlichen Ausdruck der sektoralen Abschottung im deutschen Gesundheitswesen ist, zu überwinden. Die sektorale Budgetierung verhindert eine leistungsgerechte und effiziente Allokation der knappen Mittel.

Das Prinzip „Geld folgt der Leistung“ kann nur dann effektiv umgesetzt werden, wenn sämtliche bestehenden Budgetierungen aufgehoben werden.

5. Teilöffnung der Krankenhäuser

Die nach § 116 SGB V beabsichtigte Teilöffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen soll verknüpft werden mit einer Teilöffnung zur ambulanten Versorgung bei Unterversorgung im entsprechenden Fachgebiet, solange die Kassenärztliche Vereinigung ihren Sicherstellungsauftrag nicht erfüllt.

Der Hartmannbund warnt in diesem Zusammenhang vor einer weitgehenden institutionellen Ermächtigung der Krankenhäuser für die Versorgung mit ambulanten fachärztlichen Leistungen. Diese Maßnahme führt im Ergebnis zur Gefährdung der freien Arztwahl des Patienten und der wohnortnahen, flächendeckenden und gleichförmigen Versorgung.

Der Hartmannbund fordert stattdessen den Ausbau und die Förderung der persönlichen Ermächtigung von Krankenhausärzten zur Erbringung von ambulanten fachärztlichen Leistungen, dort wo es sinnvoll und notwendig ist, sowie eine Stärkung des Belegarztwesens.

Diese Instrumente bieten eine sinnvolle Umsetzungsoption für mehr Kooperation zwischen dem ambulanten und stationären Sektor und ermöglichen eine bedarfsgerechte Einbindung von Krankenhäusern in die Versorgung mit hoch spezialisierten ambulanten Leistungen bei freier Arztwahl für die Versicherten.

Eine Gleichheit der Wettbewerbsvoraussetzung zwischen niedergelassenem Arzt und Krankenhaus mit der dualen Finanzierung ist im bestehenden System nicht gegeben. Die Teilöffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung in der geplanten Form führt zu einer Wettbewerbsverzerrung zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten.

6. Hausärztliche zentrierte Versorgungsformen mit Direktverträgen

Durch Regelungen in § 73 b SGB V sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, flächendeckend hausärztlich zentrierte Versorgungsformen anzubieten. Hierzu bekommen die Kassen die Möglichkeit, Direktverträge mit einzelnen Hausärzten oder mit Gemeinschaften von Hausärzten zur Ausgestaltung des Versorgungsgeschehens abzuschließen. Für den Versicherten soll die Teilnahme an hausarztzentrierten Versorgungsformen freiwillig sein.

Der Hartmannbund begrüßt die Einführung eines hausärztlich orientierten Primärversorgungsmodells auf **freiwilliger** Basis. Die Implementierung von Einzelverträgen in diesen Versorgungsbereich lehnt der Hartmannbund strikt ab. Einzelverträge stellen eine ordnungspolitische Fehlsteuerung dar, solange Wettbewerbselemente nicht konsequent und für alle verbindlich auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung umgesetzt sind.

Vergleichbare Regelungen mit Abschluss von Einzelverträgen sind für besonders qualifizierte Organisationen vorgesehen, sowie für besondere Vertragsformen (z.B. DMP).

Auch hier fordert der Hartmannbund die öffentliche Ausschreibung der entsprechenden Anforderungen verbunden mit einem Rechtsanspruch für diejenigen Ärzte, die diese Voraussetzungen erfüllen.

7. Arzneimittelverordnung

Die Ergänzung des § 84 SGB V im vorliegenden Gesetzentwurf beabsichtigt, finanzielle Anreize zur Steuerung des Ordnungsverhaltens zu schaffen. Der Hartmannbund lehnt die dort reglementierte Bonuszahlung an Vertragsärzte, bei denen die Schnellinformationen anzeigen, dass die Richtgrößenvolumen nicht überschritten werden, strikt ab.

Die finanzielle „Belohnung“ des ärztlichen Ordnungsverhaltens leugnet den kausalen Zusammenhang von medizinischer Erfordernis und Medikation und legt die Annahme zugrunde, das Verschreibungsverhalten sei willkürlich steuerbar.

Der Hartmannbund tritt entschieden gegen jegliche Art der Verknüpfung des Verschreibungsverhaltens des einzelnen Arztes mit der Höhe seines Honorars ein.

Auch diesbezügliche kollektive Bonus- oder Regressregelungen sind klar abzulehnen.

Der Verband hält diese Form der Ökonomisierung der Medizin für unethisch.

Der Hartmannbund fordert, dass jeder Patient die nach seiner Diagnose notwendige Therapie und Behandlung erhält. Dies schließt selbstverständlich auch die entsprechende Pharmakotherapie mit ein.

Stand: 18.09.2003

Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V.
Schützenstr. 6A
10117 Berlin

Telefon: (030) 206 208 0
Telefax: (030) 206 208 29

E-Mail: HB-Info@hartmannbund.de
Internet: www.hartmannbund.de