



BMZ Bundesverband
Medizinische Versorgungszentren
- Gesundheitszentren
- Integrierte Versorgung e.V.

BMVZ e.V. * Hebbelstraße 1A * 14467 Potsdam

Tel. 0331/2 328 410 Fax: 0331/2 328 445
E.-mail: bmvz@bmvz.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Vorsitzende, Frau Dr. Martina Bunge, MdB

Platz der Republik 1

11011 Berlin

per E-Mail (marianne.steinert@bundestag.de)

Ihr Zeichen:

Unser Zeichen: S-P/Je.

Datum: 08. November 2006

Stellungnahme des BMVZ e.V. - Bundesverband Medizinische Versorgungszentren - Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V. zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) – BT-Drucksache 16/3100)

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge,
sehr geehrter Herr Dr. Faust,
sehr geehrte Damen und Herren,

zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz- GKV-WSG - übermitteln wir Ihnen nachstehend die Stellungnahme unseres Verbandes.

In Anbetracht der Kurzfristigkeit der vom Gesundheitsausschuss des Bundestages eingeleiteten Anhörung kann nur eine erste Stellungnahme abgegeben werden, die sich auf die nachfolgend aufgeführten ausgewählten Regelungskomplexe beschränkt.

- 1. Allgemeines**
- 2. Vertragswettbewerb (§§ 73b, 73c, 116b, 140a ff. SGB V)**
- 3. Neuordnung der ambulanten Vergütung (§§ 85a, 85b, 87 SGB V)**
- 4. Dienstleistungsgesellschaften der KV'en (§ 77a SGB V)**

Vorstandsvorsitzender
Rainer Schwitalski
Tel.: 03542 / 8710

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank e G
Konto-Nr. 000 344 11 05
(BLZ 10090603)/ Steuer-Nr. 046/142/07421

Geschäftsführer
Rainer Jeniche
Tel.:0331/ 2328410
[www:bmvz.de](http://www.bmvz.de)

1. Allgemeine Stellungnahme

Im BMVZ haben sich kooperativ tätige medizinische Leistungserbringer bundesweit - insbesondere Medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB V und Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V - zusammengeschlossen in der Überzeugung, dass nur durch fairen Wettbewerb verschiedenster Leistungserbringer und Versorgungsstrukturen die für die unterschiedlichen Regionen der Bundesrepublik Deutschland wirtschaftlichsten medizinischen Versorgungsformen gefunden werden können. Hiermit würde auch zukünftig allen Versicherten der Zugang zu einer modernen und qualitätsgesicherten Medizin gesichert.

Dazu ist es notwendig, das gesamte bisherige Versorgungssystem auf den Prüfstand zu stellen, Veränderungen mit Weitblick vorzunehmen und die zukünftige Finanzierung des Gesundheitswesens auf eine solide Basis zu stellen.

Wir begrüßen deshalb grundsätzlich das Anliegen des BMG, durch neue gesetzliche Regelungen zur Stärkung des Wettbewerbs medizinischer Leistungserbringer eine Modernisierung des Gesundheitswesens herbeizuführen. Aus den praktischen Erfahrungen unserer Mitglieder heraus lässt der Referentenentwurf jedoch auch Regelungen erkennen, die den genannten Zielen entgegenwirken könnten und deshalb überdacht werden sollten.

Dazu gehören u.a. die Anknüpfung der Vergütungsregelungen an die derzeit bestehende Vergütungshöhe bei Fortsetzung der Budgetierung, unzureichende Entbürokratisierung und Transparenz der Honorierung insbesondere kooperativer Versorgungsstrukturen sowie nicht erkennbare Verbesserung der Situation in strukturschwachen Gebieten.

2. Vertragswettbewerb

In der zukünftigen ambulanten medizinischen Versorgung soll ein Vertragswettbewerb durch

- Hausarztzentrierte Versorgung gem. § 73b SGB V
- Besondere ambulante Versorgung gem. § 73c SGB V
- Integrierte Versorgung gem. §§ 140a ff. SGB V
- Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen gem. § 116b SGB V

neben der herkömmlichen Versorgung über die Kollektivverträge zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einerseits und den Krankenkassen andererseits entstehen. Für die angegebenen Bereiche ist eine Vergütung über unterschiedliche Pauschalsysteme vorgesehen. Es soll eine Bereinigung der an die KV'en zu zahlenden Gesamtvergütung um die regionalen Aufwendungen für die neuen Ver-

tragsformen vorgenommen werden. Der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs.1 wird entsprechend eingeschränkt.

In diesem Zusammenhang sollten mindestens die folgenden Aspekte Beachtung finden:

2.1. Wettbewerbsverzerrungen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen bleiben Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Zwangsmitgliedschaft und finanzieren sich über Umlagen aus den Honoraren aller Mitglieder.

2.1.1. Verträge nach §§ 73c und 140a ff. mit KV'en

Nach GKV-WSG und VÄndG (§§ 73c und 140a ff.) SGB V können Verträge im Rahmen des Wettbewerbs auch mit KV'en abgeschlossen werden.

Vorschlag: Die Regelung nach § 73c SGB V und die Möglichkeit zum Vertragsabschluß nach § 140a ff. SGB V wird für die KV'en auf solche Fälle begrenzt, bei denen kein qualifiziertes KV-Mitglied von der Teilnahme ausgeschlossen ist.

Begründung: Die KV'en treten unter Verwendung der Umlagen aus den Honoraren aller Vertragsärzte und der bei der Erfüllung hoheitlicher Aufgaben gewonnenen vertraulichen Daten bzw. Geschäftsgeheimnisse als Wettbewerber oder als Interessenvertreter einer eingeschränkten Zahl von Leistungserbringern gegen ihre übrigen Mitglieder auf, denen durch die vorgeschriebene Bereinigung der Gesamtvergütung zudem Honorar entzogen wird. Dies führt zu einer Wettbewerbsverzerrung, weil Gelder für die Gemeinschaft aller Vertragsärzte nur für eine selektive Gruppe von Ärzten genutzt werden.

Behörden haben die Interessen aller Mitglieder gleichmäßig zu vertreten. Zudem stehen den KV'en nach dem SGB V andere Vertragsgestaltungsmöglichkeiten mit den Krankenkassen offen, die eine selektive Bevorzugung einiger Mitglieder vermeiden.

2.1.2. Dienstleistungsgesellschaften der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 77a SGB V

Der Gesetzentwurf sieht eine Straffung aller Verwaltungsstrukturen vor, um freiwerdende Mittel für die medizinische Versorgung der Versicherten und neue Leistungen einzusetzen. Diese Grundentscheidung ist zu begrüßen.

Auf der anderen Seite wird diese Grundentscheidung durch die Schaffung der Möglichkeit der Gründung von Dienstleistungsgesellschaften wieder unterlaufen. Es stellt sich die grundsätzliche Frage der Notwendigkeit der Schaffung von Dienstleistungsgesellschaften. Zum einen existiert bereits schon jetzt durch die Berufsverbände der Ärzte und durch freie weitere Berater unter anderem aus den Bereichen der Betriebswirtschaft sowie der Rechtsanwälte ein hinreichendes Beratungsangebot, der die Schaffung einer Beratungsgesellschaft aus der mittelbaren Staatsverwaltung nicht erforderlich macht. Unter dem Gesichtspunkt der Subsidiarität ist die Dienstleistungsgesellschaft entbehrlich.

Soweit sich eine KV oder die KBV in dieser Situation veranlasst sehen, eigene Dienstleistungsstrukturen aufzubauen, um damit neben bestehenden unabhängigen Dienstleistungsgesellschaften in den Wettbewerb der medizinischer Leistungserbringer einzugreifen, sollte zusätzlich zur Beibehaltung der Regelung, dass Dienstleistungsgesellschaften nach § 77a SGB V nicht aus Mitteln der KV'en oder der KBV finanziert werden dürfen, in das Gesetz aufgenommen werden, dass diese Dienstleistungsgesellschaften

- keine Anschubfinanzierung oder andere Zuwendungen der KV'en oder KBV erhalten,
- keinen Zugang zu Daten und Geschäftsgeheimnissen von Leistungserbringern erhalten, die einer KV oder der KBV im Rahmen der Ausführung ihrer hoheitlichen Aufgaben bekannt wurden (Das gilt auch für anonymisierte oder zusammengefasste Daten),
- keine Mitarbeiter beschäftigen, die zugleich bei einer KV oder der KBV tätig sind.

Begründung: Mit der Betätigung der genannten Dienstleistungsgesellschaften im Wettbewerb werden selektiv medizinische Strukturen gefördert, die mit den im Rahmen der Kollektivverträge tätigen KV-Mitgliedern konkurrieren und diesen Honoraranteile entziehen. Diese Dienstleistungsgesellschaften können daher keinesfalls zugleich für verschiedene Wettbewerber im gleichen Bereich tätig werden, ohne in einen Interessenkonflikt zu geraten. Ein weiterer Konfliktbereich entsteht dadurch, dass die KV'en kraft der Aufgaben aus dem Gesetzentwurf die Möglichkeit haben, direkt auf die Höhe der individuellen Vergütung von Konkurrenten Einfluß zu nehmen. Im übrigen besteht die erhebliche Gefahr, dass durch eine mögliche Beratung von einer Dienstleistungsgesellschaft der KV eine die Interessen der KV entsprechende Beratung durchgeführt wird, ohne im Rahmen des rechtlich Zulässigen sämtliche Möglichkeiten aufzuzeigen, wie eine Gestaltung eines Vertrages möglich ist.

Aus der bisherigen Erfahrungen mit den KV'en im Zusammenhang mit der Gestaltung von Verträgen ist festzustellen, dass diese sich mit innovativen Vertragsgestaltungen sehr

schwer tun und sie aus berufspolitischen Gründen ablehnen. Dass dann genau diese Körperschaft eine Beratung durchführt ist eher kontraproduktiv.

Im Interesse eines fairen Wettbewerbs ist es nicht hinnehmbar, wenn einzelne Wettbewerber sich durch Verträge mit einer Dienstleistungsgesellschaft einer KV oder der KBV Zugang zu Leistungen verschaffen, die aus der Umlage von anderen Zwangsmitgliedern einer KV finanziert und deshalb kostengünstig angeboten werden. Das Gleiche gilt für den indirekten Zugriff auf Daten und Geschäftsgeheimnisse der Wettbewerber, die die KV'en oder die KBV im Rahmen hoheitlicher Aufgaben erheben und sammeln.

2.1.3. § 116b SGB V

Die Regelung nach § 116b SGB V stellt aufgrund der öffentlichen Förderung für Krankenhäuser und der fehlenden Einschränkung eine unzulässige Wettbewerbsverzerrung dar.

Vorschlag: Die Regelung des § 116b SGB V wird ersatzlos gestrichen.

Begründung: Mit den §§ 73c und 140a ff. SGB V stehen ausreichende Regelungen neben der Versorgung im Rahmen der Kollektivverträge des KV-Systems zur Verfügung.

2.2. Bereinigung der KV-Gesamtvergütung

Im Rahmen einer Pauschalvergütung wird sich die Bereinigung der Gesamtvergütung um die Aufwendungen für Verträge gem. §§ 73b, c und 140a ff. SGB V als schwierig erweisen, da Teilleistungen und Zuständigkeiten im Rahmen von Pauschalzahlungen nicht mehr abgegrenzt werden können. Darüber hinaus enthält der Gesetzesentwurf ein Dispositionsrecht der Vertragspartner.

Gegenstand der neuen Versorgung sollen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung der gemeinsame Bundesausschuß nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs.1 Satz 2 Nr.5 SGB V keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Das können auch neue Leistungen sein, die noch nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung geworden sind.

Vorschlag: Die Bereinigung der Gesamtvergütung der KV'en um Kostenanteile für Leistungen, die noch nicht zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung gehören,

wird ausgeschlossen. In Verträgen gem. §§ 73b, c und 140a ff. ist bei Abschluß insofern eine Quantifizierung der Anteile vorzunehmen.

3. Neuordnung der ambulanten Vergütung (§§ 85a, 85b, 87 SGB V)

Die §§ 85a, 85b, 87 SGB V regeln die zukünftige Honorarverteilung.

Medizinische Versorgungszentren sind nach § 95 SGB V fachübergreifend besetzt, wobei die gemeinsame Tätigkeit von Haus- und Fachärzten häufig auftritt.

In MVZ gem. § 95 bzw. Einrichtungen gem. § 311 Abs.2 SGB V gelten alle von den verschiedenen Ärzten eines MVZ für ein und denselben Patienten im selben Quartal erbrachten Leistungen gem. § 21 Bundesmantelvertrag/Ärzte und § 25 Arzt-/Ersatzkassenvertrag als ein Behandlungsfall, der auf einem gemeinsamen Behandlungsschein abzurechnen ist. Auch der Behandlungsvertrag kommt zwischen den Patienten und dem MVZ, nicht jedoch mit den einzelnen Ärzten, zustande. Die vom Normgeber vorgesehene strenge Trennung der Tätigkeit und Abrechnung von Ärzten verschiedener Fachgebiete ist insofern eingeschränkt.

Im Gegensatz zu den Vorschriften zu Überweisungen nach Bundesmantelvertrag/Ärzte und Arzt-/Ersatzkassenvertrag zwischen Einzelpraxen gibt es **innerhalb** eines MVZ nicht nur medizinisch, sondern auch qualitativ und betriebswirtschaftlich motivierte, medizinisch sinnvolle Arbeitsteilungen, die zu einem erhöhten Anteil gemeinsamer Behandlungen führen, z.B. die Anfertigung aller EKG durch einen bestimmten Arzt. Der konkrete Anteil des einzelnen Arztes an der gemeinsamen Behandlung eines Patienten bildet sich damit bereits im bestehenden EBM2000plus weder qualitativ, noch im Hinblick auf die Diagnosen oder Prüfzeiten zur Plausibilitätsprüfung korrekt ab.

3.1. § 85 a Abs. 2

Regelung: „... In der Gebührenordnung sind dabei sowohl die Preise für den Regelfall als auch die Preise bei Vorliegen von Unter- und Überversorgung auszuweisen. ...“

Hier fehlt zunächst die Klarstellung, was genau mit „Regelfall“, „Unterversorgung“ und „Überversorgung“ gemeint ist. Ungeachtet dessen kann sich die Beurteilung der Versorgung nur auf eine konkrete Fachgruppe beziehen (§ 85b Abs. 3 SGB V). In MVZ gem. § 95 bzw. Einrichtungen gem. § 311 Abs.2 SGB V sind Ärzte mehrerer Fachgruppen mit unterschiedlichen Versorgungsgraden gemeinsam tätig.

3.2. § 85 b (arztbezogene Regelleistungsvolumina)

Der Gesetzentwurf enthält insbesondere folgende Regelungen:

§ 85b Abs. 3:

„... Die Werte für die arztbezogenen Regelleistungsvolumina nach Absatz 2 sind differenziert nach Arztgruppen und Versorgungsgraden festzulegen ...

Bei der Bestimmung des arztbezogenen Regelleistungsvolumens nach Absatz 2 sind darüber hinaus insbesondere

...

3. Zahl und Tätigkeitsumfang der der jeweiligen Fachgruppe angehörenden Vertragsärzte und angestellten Ärzte,

4. die Zahl und die Morbiditätsstruktur der von dem Arzt in den jeweils vier zurückliegenden Quartalen behandelten Versicherten sowie Praxisbesonderheiten,

...

8. die auf der Grundlage von Zeitwerten für die ärztlichen Leistungen nach § 87 Abs.2 Satz 1 zu bestimmende Kapazitätsgrenze je Arbeitstag für das bei gesicherter Qualität zu erbringende Leistungsvolumen des Arztes

zu berücksichtigen. “

Die Festsetzung von arztbezogenen Regelleistungsvolumina für eine ohnehin pauschalierte Vergütung konterkariert eine Gebührenordnung mit festen Preisen und deren Steuerungswirkung. Die Budgetierung wird arztbezogen unbegrenzt fortgeführt. Zudem können Angaben nach § 85b Abs. 3 Nrn. 5 und 8 für die Anpassung der Regelleistungsvolumina wegen der o.g. Besonderheiten in kooperativen Strukturen nicht erhoben werden.

Tätigkeitsumfang und Zeitwerte für die in MVZ arbeitenden Ärzte bilden sich aufgrund der besonderen Kooperationsform, der bestehenden Pauschalenbildung und Abrechnungsaus-schlüsse bereits in den Abrechnungen nach EBM2000plus nicht mehr korrekt ab und können damit nicht Basis zur Berechnung arztbezogener Regelleistungsvolumina sein.

3.3. § 87 b Abs.2a-2d

Die Regelungen bestimmen die Trennung haus- und fachärztlicher Leistungen in der Abrechnung und definieren ein **unterschiedliches** pauschaliertes Vergütungssystem für Haus- und Fachärzte, das in kooperativen Leistungsstrukturen in Übereinstimmung zu bringen wäre.

Aufgrund der Besonderheiten kooperativer Versorgungsstrukturen verliert die Honorierung nach Referentenentwurf jegliche Transparenz und verhindert die betriebswirtschaftlich unerlässliche Planung von Honorarumsätzen, Ausgaben und Investitionen. Sie ist geeignet, bestehende kooperative Versorgungsformen in ihrem Bestand zu gefährden und die Bildung neuer kooperativer Strukturen nachhaltig zu verhindern. Daran ändert auch die Bestimmung nichts, dass die Besonderheiten kooperativer Strukturen zu berücksichtigen seien.

Da die Vorgaben für Einzelpraxen im Referentenentwurf auf kooperative Versorgungsstrukturen nicht angewandt oder angepasst werden können, fehlen diesbezüglich **konkrete Regelungsvorgaben**, nachdem bereits im Zusammenhang mit der Einführung des EBM2000plus und der Regelleistungsvolumina aufgetretene Probleme bisher nicht gelöst wurden. Ohne derartige konkrete Vorgaben wird es willkürliche, von den vorgegebenen Bestimmungen abweichende Regelungen geben, die innovative Strukturen im Vergleich zu den bestehenden behindern.

Vorschlag:

1. Verzicht auf die arztbezogene Budgetierung,
2. arztbezogenen Abstufungsregelungen nur im Rahmen der Gebührenordnung.

4. Herstellung der Honorargerechtigkeit Ost-West

Der BMVZ bedauert es sehr, dass die Durchsetzung des Verfassungsprinzips „Gleicher Lohn für gleiche Arbeit“ im Verlaufe des Gesetzgebungsverfahrens offensichtlich aus den Augen verloren wurde. In den Eckpunkten wurde via Einführung des Gesundheitsfonds noch auf die schrittweise Angleichung der unbegründbaren, regional erheblichen Honorarunterschiede der ambulant tätigen Ärzte pro Behandlungsfall (zwischen westlichen und östlichen Bundesländern ca. 30 %) hingesteuert. Der vorliegende Entwurf vermittelt den Eindruck, dass diese ungerechtfertigten Vergütungsunterschiede nunmehr auf Jahre hinaus zementiert werden. Im Interesse der Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung und der Vermeidung tiefgehender sozialer Spannungen in den östlichen Bundesländern fordern wir nachdrücklich, die für diese Ärzte in weiten Teilen existenzgefährdenden Honorare zielgerichtet und zeitnah an ein deutsches Durchschnittsniveau heranzuführen.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Rainer Schwitalski
Vorstandsvorsitzender

gez. Rainer Jeniche
Geschäftsführer