



**Entwurf eines Gesetzes
zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen
in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)
[Drs. 16/9559 / BR-Drs. 342/08]**

Stellungnahme der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Teil 1:
Stellungnahme zum Gesetzentwurf
sowie zur Stellungnahme des Bundesrates
und der Gegenäußerung der Bundesregierung

I. Vorbemerkung

1. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung nimmt zum Regierungsentwurf des GKV-
OrgWG (Drs. 16/9559 / BR-Drs. 342/08) nur zu den Regelungen über Insolvenzfolgen
(Art. 1 Nr. 7 = § 171d SGB V [Haftung im Insolvenzfall]) sowie zur Regelung in Art. 1
Nr. 2 = § 101 Abs. 4 (Versorgungsanteile in der psychotherapeutischen Versorgung
bei Zulassungsbeschränkungen) Stellung.
2. Wir nehmen darüber hinaus Stellung zu wichtigen Vorschlägen des Bundesrates in
seiner Stellungnahme vom 4. Juli 2008 sowie die diesbezüglich Gegenäußerung der
Bundesregierung (Drs. 16/10070 vom 30.07.2008). Hierbei handelt es sich um folgen-
de Punkte aus der Stellungnahme des Bundesrates:
 - Zu Nr. 4 = Art. 1 Nr. 1a – neu – (§ 87b SGB V – Trennung der Gesamtvergü-
tung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Teil).

- Zu Nr. 5 = Art. 1b – neu – (§ 95 Abs. 7 Satz 3 bis 9 SGB V – Abschaffung der Altersgrenze für die Teilnahme an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung)
- Zu Nr. 7 = Art. 1 Nr. 2a – neu – (§ 103 Abs. 4 Satz 1a SGB V – Ausschreibung der Hälfte des Vertragsarztsitzes bei Übergang zu einem hälftigen Versorgungsauftrag in der vertragsärztlichen Versorgung)

3. Darüber hinaus halten wir es für geboten, aus Anlass dieses Gesetzgebungsverfahrens zwingend erforderliche Korrekturen im SGB V und im GKV-SolG vorzunehmen, weil sich „Schieflagen“ ergeben haben oder ergeben werden, welche die ambulante Versorgung der Versicherten betreffen, oder auch, weil sich aus unserer Sicht notwendige redaktionelle Korrekturen zum GKV-WSG ergeben haben. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um folgende Regelungsgegenstände (vgl. Teil 2):

- Medizinische Versorgungszentren
- Disease-Management-Programme
- Gemeinsamer Bundesausschuss
- Anpassung der Rechtsgrundlage zur Übermittlung von Abrechnungsdaten aus Apotheken und von sonstigen Leistungserbringern durch die Rechenzentren an die Kassenärztlichen Vereinigungen
- Förderung der Allgemeinmedizin

II. Stellungnahme zu Art. 1 des Regierungsentwurfs GKV-OrgWG

1. Zu Art. 1 Nr. 2 = § 101 Abs. 4 SGB V

Durch den neuen Satz 5 wird die bisherige Regelung über Mindestversorgungsanteile für ärztliche Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeuten ersetzt. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll künftig in den Bedarfsplanungsrichtlinien sicherstellen, dass in jedem Planungsbereich 20 % der Zulassungsmöglichkeiten den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten und 10 % der Zulas-

sungsmöglichkeiten denjenigen psychotherapeutischen Leistungserbringern vorbehalten werden, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hält diese Regelung für sachgerecht.

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme (vgl. Nr. 6: zu Art. 1 Nr. 2 Buchst. a) = § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V) vorgeschlagen, den Mindestquotenanteil für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf 20 % zu erhöhen. Die Bundesregierung widerspricht in ihrer Gegenäußerung diesem Vorschlag. Sie bewertet die Erhöhung dieser Mindestquote insofern als nachteilig, als dies zur Folge hätte, dass sich noch weniger Therapeuten dort zulassen, wo sie am dringendsten gebraucht werden.

Dem stimmt die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu.

2. Zu Art. 1 Nr. 7 = § 171d Abs. 5 SGB V

Die Vorschrift regelt in Verbindung mit § 155 Abs. 5 Satz 1 Nrn. 3 und 5 die Haftung im Insolvenzfall. In der ab 1. Juli 2008 geltenden Fassung des § 155 sind in Absatz 5 Nr. 3 „Ansprüche der Leistungserbringer“ erwähnt. Es kommt nicht mit hinreichender Klarheit zum Ausdruck, dass unter Leistungserbringern auch die Kassenärztlichen Vereinigen zu verstehen sind, die Ansprüche aus Gesamtvergütungen gegenüber den Krankenkassen haben und diese Gesamtvergütung unter die Vertragsärzte nach bestimmten Maßstäben verteilen.

Aus unserer Sicht muss daher § 171d Abs. 5 i.d.F. des Regierungsentwurfs nach Satz 1 folgender Satz eingefügt werden:

„Soweit Leistungserbringer aus Gesamtvergütungen einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder Kassenärztlichen Vereinigung vergütet werden, tritt an die Stelle des Leistungserbringers die Kassenärztliche Bundesvereinigung oder Kassenärztliche Vereinigung mit der Maßgabe, dass auch vereinbarte Abschlagszahlungen als Forderungen gelten.“

Begründung:

Die Klarstellung stellt sicher, dass im Insolvenzfall auch für den Ausfall von Gesamtvergütungen das Haftungssystem des § 171d SGB V gilt.

III. Zur Stellungnahme des Bundesrates und diesbezüglicher Gegenäußerung der Bundesregierung

1. Zu Nr. 4 = zu Art. 1 Nr. 1a – neu – (§ 87b Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 und Abs. 4 Satz 1 SGB V)

Mit dem Ergänzungsvorschlag zu § 87b SGB V schlägt der Bundesrat eine explizite Rechtsgrundlage für die Trennung der Gesamtvergütung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Teil vor, die in dieser rechtlichen Eindeutigkeit durch die Abweichungsvorgabe des § 87b SGB V auf der bisherigen Rechtsgrundlage des § 85 Abs. 4a SGB V nicht mehr vorgesehen ist.

Die Bundesregierung lehnt die Ergänzung in ihrer Gegenäußerung ab. Zum Zeitpunkt der Gegenäußerung waren die bisherigen Beschlüsse des Bewertungsausschusses und des Erweiterten Bewertungsausschusses der Regierung nicht bekannt. Auch wenn durch Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses Regelungen getroffen worden sind, welche eine Fortführung der Trennung der hausärztlichen und fachärztlichen Anteile der Gesamtvergütungen praktisch ermöglichen, würde die Kassenärztliche Bundesvereinigung es gleichwohl begrüßen, wenn aus Gründen der Rechtssicherheit eine explizite gesetzliche Regelung in dieser Hinsicht geschaffen würde.

2. Zu Nr. 5 = zu Art. 1 Nr. 1b – neu – (§ 95 Abs. 7 Sätze 3 bis 9 SGB V)

Der Bundesrat schlägt eine Streichung der Sätze 3 bis 9 in § 95 Abs. 7 SGB V vor. In dieser Regelung ist bestimmt, dass die Zulassung eines Vertragsarztes (oder eines Vertragspsychotherapeuten) am Ende des Kalendervierteljahres endet, in dem der Vertragsarzt sein 68. Lebensjahr vollendet. Verschiedene Ausnahmeregelungen sind vorgesehen. Eine Altersgrenze gilt auch für Ärzte in einem zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrum. Durch das GKV-WSG ist eine Regelung eingeführt worden, wonach bei vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgestellter Unterversorgung die Zulassung nicht endet, solange der Unterversorgungszustand besteht; sie soll danach jedoch spätestens ein Jahr nach Aufhebung der Feststellung enden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung befürwortet die Aufhebung der Altersgrenze für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten. Sie macht allerdings darauf auf-

merksam, dass anders als im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung die Regelung über die Zulassungsbeschränkungen fortbestehen. Dementsprechend muss die vorgesehene Aufhebung der Altersgrenze mit einer Übergangsregelung versehen werden. Selbst wenn – wie Informationen seitens der Bundesregierung zu entnehmen ist – das Inkrafttreten dieser Regelung zum 1. Januar 2009 vorgezogen werden soll, bedarf es einer Lösung, welche all denen, die im Jahre 2008 das 68. Lebensjahr vollendet haben und noch nicht ihre Praxis im Nachbesetzungsverfahren nach § 103 SGB V weitergegeben haben, einer Lösung, die ihnen die Chance gibt, ihre Zulassung fortzuführen. In der gegenwärtigen Zulassungspraxis mehrten sich auch im Hinblick auf die absehbare Aufhebung der Altersgrenze Verfahrensprobleme. Rechtsklarheit für das Jahr 2008 und das Jahr 2009 muss daher dringend geschaffen werden.

Wenn die Regelung am 1. Januar 2009 in Kraft tritt, würde dies bedeuten, dass die Zulassungen am Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Vertragsarzt sein 68. Lebensjahr vollendet, in 2008 für diejenigen Ärzte (und Psychotherapeuten), welche noch im Laufe des Jahres 2008 das 68. Lebensjahr vollenden, am 31. Juli, 30. September bzw. 31. Dezember enden würden (wobei unterstellt wird, dass keine Ausnahmetatbestände gemäß § 95 Abs. 7 Sätze 4 bis 9 bestehen). Da die „Einstiegsaltersgrenze“ von 55 Jahren nicht mehr besteht, könnten diese Ärzte eine Neuzulassung ab dem 1. Januar 2009 beantragen, was zwar hinsichtlich der Altersgrenze unproblematisch wäre, jedoch eine Betroffenheit von Zulassungsbeschränkungen in den meisten Fällen nicht ausgeschlossen ist. Der Nachteil der Regelung besteht darin, dass die Vertragsarztstätigkeit unterbrochen wird und gegebenenfalls aus Gründen der Zulassungsbeschränkungen nicht wieder aufgenommen werden kann (jedenfalls am Ort der bisherigen Praxis); andererseits ist die Steuerungswirkung der Zulassungsbeschränkungen zu kalkulieren.

Da es sich um statusbegründende Vorgänge handelt, dürfte wohl ein rückwirkendes Inkrafttreten der gesetzlichen Regelung (zum 01.01.2008) nicht ohne Weiteres in Betracht kommen. Eine praktische Rückwirkung könnte allerdings dadurch erzielt werden, dass denjenigen, die im Jahre 2008 das 68. Lebensjahr vollendet und zu den jeweiligen Quartalsenden ihre vertragsärztliche Tätigkeit beendet haben, für den Fall eines Interesses an einer Wiederzulassung die Zulassung auch ermöglicht wird, wenn Zulassungsbeschränkungen bestehen. Der Vorteil der Regelung bestünde in einer „gerechten“ Übergangslösung. Der Nachteil besteht darin, dass ein erneuter Durchbrechungstatbestand für die Zulassungsbeschränkungen geschaffen wird, was allerdings ohnehin inzwischen in vielen Fällen unsystematisch im Gesetz (zuletzt § 116b

SGB V) auch zum Nachteil der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten der Fall ist.

Spricht man sich für eine Übergangslösung aus – wie sie im Ziel zuvor skizziert worden ist –, könnte dies technisch auch dadurch erreicht werden, dass im Gesetz zwar das Inkrafttreten der Regelung zum 1. Januar 2009 eingeführt, aber in einer Übergangsregelung vorgesehen wird, dass die Zulassungen derer, die im Jahre 2008 wegen Erreichens der Altersgrenze beendet worden sind, als ruhend gelten (Ruhensfiktion) und eine Fortsetzung der Tätigkeit zulässig ist, wenn sie im ersten Quartal 2009 – wieder – aufgenommen wird. Dies schüfe die Möglichkeit, jedenfalls für diejenigen, die von jetzt an von der Altersgrenze betroffen sind, im Lichte der vorgesehenen Gesetzesregelung gegebenenfalls Ermächtigungen zur Weiterführung der Praxis für die Übergangszeit vorzusehen oder für diejenigen, die ihre Praxis veräußert haben, die Möglichkeit, dass sie ihre Zulassung nutzen, um eine neue Praxis zu eröffnen.

Aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat eine völlig offene Übergangsregelung allerdings den Nachteil, dass bei inzwischen erfolgter Praxisveräußerung im Nachbesetzungsverfahren nach § 103 Abs. 4 SGB V die Praxis in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen bestehen, fortgeführt wird und eine Wiedenzulassung nach Praxisveräußerung bedeuten würde, dass der Überversorgungsgrad erhöht wird. Aus diesem Grunde sollte die Übergangsregelung sich nicht auf die Fälle erstrecken, in denen von Zulassungsbeschränkungen betroffene Bezirke nach Erreichen der Altersgrenze die Praxis durch einen Nachfolger im Verfahren nach § 103 Abs. 4 SGB V fortgeführt wird. In Bezirken, in denen keine Zulassungsbeschränkungen bestehen, kann aus unserer Sicht die Vertragsarzt Tätigkeit wieder aufgenommen werden.

Wir schlagen deshalb folgende Übergangsregelung an geeigneter Stelle vor:

„Sofern die Zulassung als Vertragsarzt wegen Erreichens der Altersgrenze auf der Grundlage des § 95 Abs. 7 Sätze 3 bis 9 in der bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung im Jahre 2008 beendet worden ist, gilt die Zulassung für das Jahr 2008 als ruhend. Das Ruhen der Zulassung endet, wenn der Vertragsarzt die Wiederaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit spätestens bis zum 31. März 2009 dem Zulassungsausschuss mitteilt. [Sätze 1 und 2 gelten nicht, wenn der Vertragsarzt im Jahre 2008 im Nachbesetzungsverfahren nach § 103 Abs. 4 oder Abs. 4a SGB V eine Praxisnachfolge durch Zulassung

eines Erwerbers bewirkt hat]. Die Beendigung der Anstellung allein aufgrund des § 95 Abs. 7 Satz 7 und Abs. 9 Satz 4 SGB V in der bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung gilt nicht, es sei denn die Stelle ist gemäß § 101 Abs. 4 Satz 5 und Abs. 4b Satz 2 SGB V nachbesetzt worden.“

In redaktioneller Hinsicht ist darauf hinzuweisen, dass bei Streichung des § 95 Abs. 7 Sätze 3 bis 9 in § 95 Abs. 9 der Satz 4 (mit der Verweisung auf Absatz 7 Satz 7) gestrichen werden müsste.

3. Zu Nr. 6 = zu Art. 1 Nr. 2 Buchst. a) – neu – (§ 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V)

S. dazu die unter II.2 geäußerte Auffassung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

4. Zu Nr. 7 = zu Art. 1 Nr. 2a – neu – (§ 103 Abs. 4 Satz 1a – neu – SGB V)

Der Bundesrat schlägt vor, dass bei einer Reduktion des Versorgungsauftrags des Vertragsarztes auf die Hälfte (§ 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V sowie § 19a Abs. 2 Ärzte-ZV) die bisher im Gesetz nach überwiegender Auffassung nicht angelegte Möglichkeit, ein Nachbesetzungsverfahren für die Praxis nach § 103 Abs. 4 SGB V in zulassungsbeschränkten Gebieten hinsichtlich eines „halben Versorgungsauftrags“ möglich sein soll. Die Bundesregierung stimmt dem in ihrer Gegenäußerung zu.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung lehnt eine entsprechende Regelung ab.

Für das entsprechende Instrument einer Kommerzialisierung von halben Versorgungsaufträgen besteht kein Bedarf. Das Instrument würde zu einer ungleichen Verteilung und weiteren Erhöhung von Arztzahlen vor allem in Ballungsgebieten führen. Es gilt vor allem für Hausärzte und Psychotherapeuten, da sie im Wesentlichen von dieser Regelung betroffen sind. Das System der Zulassungsbeschränkungen würde durch die Vermehrung von Arztzahlen – unbeschadet der Überwachung der Einhaltung hälftiger Versorgungsaufträge – weiter ausgehöhlt.

Teil 2: Gesetzgebungsvorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung unterbreitet die nachstehenden Gesetzgebungsvorschläge zur Einbeziehung in das laufende Gesetzgebungsverfahren aus Gründen der Dringlichkeit:

I. Sozialrechtliche Vorgaben für Kapitalgesellschaften zur Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)

1. Ziel

Die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren in der Trägerschaft von Kapitalgesellschaften soll mit sozialrechtlichen Vorgaben präzisiert werden, damit gleichartige Wettbewerbsbedingungen zwischen Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten in selbständiger Praxis einerseits und Medizinischen Versorgungszentren andererseits bestehen. Das ärztliche Berufsrecht, welches für das wettbewerbliche und kommunikative Verhalten von niedergelassenen Ärzten maßgeblich ist (ebenso das Berufsrecht der Psychologischen Psychotherapeuten für die Psychologischen Psychotherapeuten), bindet nur im eingeschränkten Ausmaß Heilkundengesellschaften.

2. Lösung

Die Anforderungen an die Binnenstruktur möglicher Trägergesellschaften soll in Anlehnung an § 23a der Muster-Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte sowie an die Berufsrechte anderer freier Berufe (Rechtsanwälte, Steuerberater) gestaltet werden. Medizinische Versorgungszentren sind nur dann zulassungsfähig, wenn die Trägergesellschaft den neuen gesetzlichen Anforderungen genügt. Eine Übergangsregelung für zugelassene Medizinische Versorgungszentren ist vorzusehen.

3. Gesetzgebungsvorschlag

Änderung des SGB V

§ 95 SGB V wird wie folgt geändert und ergänzt:

a) Absatz 1 Satz 6 erhält folgende Fassung:

„Medizinische Versorgungszentren können nach Maßgabe des Absatzes 1a von den Leistungserbringern, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden.“

b) Folgender Absatz 1a wird eingefügt:

„(1a) Gründer nach Absatz 1 Satz 6, welche nicht Berufsausübungsgemeinschaften von Vertragsärzten in der Rechtsform von Gesellschaften bürgerlichen Rechts oder Partnerschaftsgesellschaften sind, müssen zur Zulassung als Medizinisches Versorgungszentrum eine Trägergesellschaft in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts errichten, die den Anforderungen nach Satz 2 entspricht. Zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung müssen Trägergesellschaften von Medizinischen Versorgungszentren in der Rechtsform juristischer Personen des Privatrechts folgende Voraussetzungen erfüllen:

1. Gesellschafter können nur Ärzte und nach deren Berufsrecht kooperationsfähige Berufe sein.
2. Sie müssen in der Gesellschaft beruflich tätig sein.
3. Gewährleistet sein muss darüber hinaus, dass die Gesellschaft verantwortlich von einem Arzt geführt wird; Geschäftsführer müssen mehrheitlich Ärzte sein.
4. Die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und der Stimmrechte muss Ärzten zustehen.
5. Dritte dürfen nicht am Gewinn der Gesellschaft beteiligt sein; dies gilt nicht für Minderheitsgesellschaften nach Satz 3.
6. Gewinnabführungsverträge mit Minderheitsgesellschaftern oder mit Dritten sind unzulässig.
7. Es muss eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung für jeden in der Gesellschaft tätigen Arzt bestehen.

Abweichend von Satz 2 können Gründer aus dem Kreis der vertraglich gebundenen Leistungserbringer (Krankenhäuser, Apotheker, Heilmittel- und Hilfsmittelerbringer) eine Kapitalbeteiligung von höchstens 20 v.H. halten.“

Übergangsregelung:

Art. ...

„Vor Inkrafttreten dieses Gesetzes zugelassene Medizinische Versorgungszentren, welche nicht den Anforderungen des § 95 Abs. 1a SGB V in der Fassung dieses Gesetzes entsprechen, bleiben zugelassen. Ihre Träger müssen binnen zwei Jahren nach Inkrafttreten dieses Gesetzes ihre Struktur dem § 95 Abs. 1a SGB V in der Fassung dieses Gesetzes anpassen.“

4. Begründung

Die Regelungen zielen auf eine gegenüber dem geltenden Recht eingeschränkte Möglichkeit der Errichtung von Medizinischen Versorgungszentren zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Zwar sollen die bisher gründungsfähigen Leistungserbringer weiterhin berechtigt bleiben (z.B. Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, zugelassene Krankenhäuser, Apotheken, Heilmittelerbringer und Hilfsmittelerbringer), es werden jedoch gesetzliche Vorgaben für die Binnenstrukturen von Medizinischen Versorgungszentren eingeführt, welche nicht als personale Berufsgesellschaften (Berufsausübungsgemeinschaften in der Gestalt von BGB-Gesellschaften oder Partnerschaftsgesellschaften) gebildet sind, sondern als Kapitalgesellschaften errichtet werden. Es wird nunmehr vorgeschrieben, dass in Fällen, in denen nicht Berufsausübungsgemeinschaften in der Rechtsform von Gesellschaften bürgerlichen Rechts oder Partnerschaftsgesellschaften die Zulassung als Medizinisches Versorgungszentrum beantragen, zwingend als Trägergesellschaft eine juristische Person des Privatrechts gebildet werden muss, die eine in dem Regelungsvorschlag zu Absatz 1a Satz 2 näher beschriebene Binnenstruktur aufzuweisen hat. Diese Vorgabe schließt mithin aus, dass z.B. – unbeschadet der Frage, ob berufsrechtliche Regelungen dies überhaupt erlauben – Einzelpersonen oder auch BGB-Gesellschaften aus dem Kreis der Leistungserbringer der Apotheker oder Physiotherapeuten oder Sanitätshäuser Ärztinnen oder Ärzte unmittelbar anstellen können. Sie können zwar wei-

terhin Träger von Medizinischen Versorgungszentren sein, können zu diesem Zweck aber als zulassungsfähige Medizinische Versorgungszentren nur Trägergesellschaften in der Rechtsform des privaten Rechts (z.B. GmbH) bilden, wenn diese die vorgeschriebene Binnenstruktur aufweisen. Dies schliesse auch aus, dass z.B. Kreise oder Gemeinden, die unmittelbar Träger von zugelassenen Krankenhäusern sind, als unselbständige Eigeneinrichtung der Gemeinde oder des Kreises Medizinische Versorgungszentren gründen. Auch insoweit ist es erforderlich, dass eine juristische Person als Trägergesellschaft gebildet wird. Hinzuweisen ist darauf, dass nach dem neuen Satz 3 des Absatzes 1a Gründer aus dem Kreis der vertraglich gebundenen Leistungserbringer, wie z.B. Krankenhäuser, Apotheken, Heilmittel- und Hilfsmittelerbringer, an der Trägergesellschaft, die als Gesellschafter nur Ärzte (Zahnärzte oder Psychotherapeuten oder berufsrechtlich kooperationsfähige Berufsangehörige) aufweisen darf, nur eine Minderheitsbeteiligung von 20 v.H. halten dürfen. Dies soll einmal sicherstellen, dass der Besitzstand hinsichtlich der potentiellen Gründungsmöglichkeiten nach bisherigem Recht in gewissem Umfang erhalten bleibt, zum anderen aber das Ziel der Neuregelung durchgesetzt wird. Dem entspricht auch eine Übergangsregelung, die die Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren, welche vor Inkrafttreten der Neuregelung zugelassen worden waren, für eine Zeitdauer von zwei Jahren nach Inkrafttreten der gesetzlichen Neuregelung erhält, danach jedoch eine Anpassung der Binnenstruktur an die Neuregelung erfordert.

Zweck der Neuregelung ist es, zur Wahrung von Patienteninteressen die ärztliche Unabhängigkeit in der Erfüllung des Behandlungsauftrags gegenüber den versicherten Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung sicherzustellen. Aus diesem Grunde wird eine Kapitalbindung im Mindestumfang von 80 v.H. auf den Kreis von Gesellschaftern, welche Berufsträger sind, vorgeschrieben. Die Vorschrift des neuen Absatzes 1a Satz 2 lehnt sich an die Regelung der Muster-Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte in der Fassung der Beschlüsse des Deutschen Ärztetages 2004 an, durch den § 23a – Ärztegesellschaften – eingeführt worden ist. Hintergrund dieser Regelung ist es gewesen, dass gegenüber der unbeschränkten Möglichkeit, Heilkundegesellschaften auch durch berufsfremde Gesellschafter bilden zu können, die mit angestellten Ärzten tätig werden, das Berufsrecht seinen Vorrang behalten soll, da es gegenüber Heilkundegesellschaften nicht gilt. In einigen Kammerbereichen ist die Durchsetzbarkeit dieser Regelung auch daran gescheitert, dass die zuständigen Aufsichtsbehörden der Auffassung waren, dass es zuvor einer gesetzlichen Regelung bedürfte. Im Interesse der Rechtseinheitlichkeit ist eine solche Regelung als Voraussetzung für die Zulassung für die vertragsärztliche Versorgung auf der Grundlage des

SGB V, für das der Bundesgesetzgeber die Kompetenz hat, für diesen Bereich einzuführen. Leitlinien für die Neuregelung sind:

Ärztegesellschaften – gleichermaßen Zahnärztesgesellschaften, Psychotherapeuten-gesellschaften – sollen Berufsausübungsgemeinschaften sein. Ihr Unternehmensgegenstand ist die ärztliche Versorgung. Die Vorschriften lehnen sich gleichermaßen an die Regelungen für andere freie Berufe an, wie z.B. Rechtsanwälte (vgl. §§ 59c ff. BRAO; §§ 49 ff. StBerG), welche ebenfalls entsprechende Regelungen zur Kapitalbindung an Gesellschafter, die Berufsträger sind und ihre Tätigkeit in der Gesellschaft ausüben, vorschreiben. Gemeinsam ist allen diesen Vorschriften, dass berufsfremde Einflüsse auf die Wahrnehmung der entsprechenden Dienstleistungen, die ein besonderes Vertrauensverhältnis zwischen dem Erbringer der Dienstleistung und dem diese Nachsuchenden erfordern (Ärzte / Patienten; Rechtsanwälte / Mandanten; Steuerberater / Mandanten), zurückgedrängt werden sollen, da sie Gefahren für die unabhängige Wahrnehmung entsprechender qualifizierter beruflicher Tätigkeiten bieten. Für die ambulante ärztliche Versorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten der GKV soll damit zugleich einem Trend zur Kapitalisierung der Versorgungseinrichtungen und einer Gewinnerorientierung entgegen gewirkt werden, durch den sich schädliche Einflüsse auf die Erhaltung einer unabhängigen und patientenorientierten Versorgungsstruktur bilden könnten – auch im Verhältnis des Wettbewerbs zu freiberuflich tätigen niedergelassenen Vertragsärzten. Die Einschätzung entsprechender Gefahren für die Versorgung der Patienten gestattet es auch, die vorgesehenen Einschränkungen auf der Grundlage dieser Erwägungen im Lichte des Art. 12 Abs. 1 GG vorzunehmen. Auch gemeinschaftsrechtlich sind die Regelungen zulässig, da die Ausgestaltung von Versorgungsstrukturen im Rahmen der Systeme der sozialen Sicherheit nach Art. 152 der Gestaltungshoheit der Mitgliedstaaten unterliegt.

II. Anpassung bestehender gesetzlicher Regelungen zur Aufrechterhaltung einer Förderung strukturierter Behandlungsprogramme im Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Krankenkassen

1. Ausgangslage

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) hat der Gesetzgeber in § 268 SGB V Vorgaben zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (RSA) ab dem Jahre 2009 definiert. Durch die geplante Einführung der Morbiditätsorientierung

des RSA wird der bisherige sog. Zellenansatz des RSA (für Versicherte mit Teilnahme an einem DMP wird eine eigene „Zelle“ geschaffen) zugunsten eines Regressionsansatzes verlassen. Demnach erhalten die Krankenkassen künftig für jeden Versicherten Zuweisungen nach Maßgabe der für den einzelnen Versicherten ermittelten Risikomerkmale (insbesondere Alter, Geschlecht und das Vorliegen einer oder mehrerer Krankheiten gemäß § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5).

Mit dem Regressionsansatz können Unterschiede in der Risikostruktur besser abgebildet werden als mit dem Zellenansatz. Allerdings besteht die Gefahr, dass die vorgesehene Umstellung des RSA die politisch gewünschte Förderung der strukturierten Behandlungsprogramme gemäß § 137g SGB V (DMP) konterkariert.

2. Problem

Im Rahmen des Zellenansatzes erfolgt die Förderung der DMP dadurch, dass für Versicherte mit Teilnahme an einem DMP eine eigene Zelle geschaffen wird. Für die DMP-Teilnehmer, deren Behandlungskosten im Durchschnitt deutlich höher sind, als für die Gesamtheit der Versicherten vergleichbaren Alters, erhalten die Krankenkassen für jeden DMP-Teilnehmer eine höhere Zuweisung im RSA als für vergleichbare Versicherte ohne DMP-Teilnahme.

Durch die Reform des RSA werden die Krankenkassen für alle Versicherten mit vergleichbaren Risikomerkmale gleich gestellt; für alle Versicherten mit chronischen Krankheiten, für die DMP existieren, erhalten die Krankenkassen prinzipiell die gleichen Zuweisungen unabhängig von der DMP-Teilnahme einzelner Versicherter.

Da die Teilnahme an DMP die Teilnahmefähigkeit und eine Teilnahmeentscheidung voraussetzt, kommt es durch die Einschreibung in DMP zu einer Ausdifferenzierung der Risikostruktur bei den DMP-Berechtigten (Selbstselektion), die durch den morbiditätsorientierten RSA nicht ausreichend abgebildet werden kann. Krankenkassen, die DMP anbieten, werden demnach benachteiligt, wenn sich vorwiegend Versicherte in DMP einschreiben, deren Krankheitsverlauf eine überdurchschnittlich aufwändige Behandlung erfordert. Dies gilt auch dann, wenn die zur Teilnahme an DMP berechtigenden Diagnosen in die Liste der ausgleichsfähigen Krankheiten gemäß § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V aufgenommen worden sind.

Aufgrund des bisherigen Studienmaterials sowie der vorliegenden Erfahrungen mit DMP ist mit einer systematischen Selbstselektion von Versicherten mit besonderen Risiken in DMP zu rechnen. Die Vorgaben in § 268 SGB V zur Weiterentwicklung des RSA müssen daher konkretisiert werden, um die gemäß § 33 Abs. 1 RSAV auch künftig gewünschte Förderung von DMP zu ermöglichen.

3. Lösung

Die Teilnahme an DMP wird zusätzlich zum Vorliegen einer ausgleichsfähigen Krankheit gemäß § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V als eigenes Risikomerkmale berücksichtigungsfähig gemacht. Damit werden systematische Risikounterschiede in den standardisierten Leistungsausgaben, die durch Selbstselektionsprozesse im Zuge der Einschreibung entstehen, entsprechend der Logik des RSA ab dem 01.01.2009 ausgleichsfähig. Krankenkassen erhalten somit durch das Angebot von DMP keine Wettbewerbsnachteile. Von den standardisierten Leistungsausgaben ausgenommen werden administrative Kosten von DMP (Dokumentations-, Koordinations- und Evaluationskosten). Diese werden zur Förderung der Programme voll ausgleichsfähig. Somit wird vermieden, dass Krankenkassen oder ihre Vertragspartner durch die Durchführung der Programme in weniger dicht besiedelten Gebieten Wettbewerbsnachteile erfahren.

4. Gesetzgebungsvorschlag

a) Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

In § 268 Abs. 1 (in der zum 01.01.2009 in Kraft tretenden Fassung des GKV-WSG vom 26.03.2007 [vgl. Art. 1 Nr. 180 lit. a i.V.m. Art. 46 Abs. 10 GKV-WSG]) wird in Nr. 5 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nr. 6 angefügt:

„6. die Einschreibung von Versicherten in zugelassene und mit zugelassenen Leistungserbringern vertraglich vereinbarte Programme nach § 137g als ein eigenes, einer Morbiditätsgruppe gleichgestelltes Risikomerkmale berücksichtigen.“

b) Änderung der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostrukturausgleichsverordnung - RSAV)

aa) In § 31 Abs. 1 RSAV (i.d.F. des Art. 31 Nr. 6 GKV-WSG vom 26.03.2007) wird folgender Satz 5 angefügt:

„Die Einschreibung von Versicherten in zugelassene und mit zugelassenen Leistungserbringern vertraglich vereinbarte Programme nach § 137g ist als ein eigenes, einer Morbiditätsgruppe gleichgestelltes Risikomerkmale zu berücksichtigen.“

bb) In § 33 Abs. 1 RSAV (i.d.F. des Art. 38 Nr. 6 GKV-WSG vom 26.03.2007) werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt:

„Die Zuweisungen für medizinisch notwendige Aufwendungen sind durch die Berücksichtigung der Einschreibung als Risikomerkmale gemäß § 31 Abs. 1 Satz 5 abgegolten; ist eine zutreffende Prognose der Ausgaben der eingeschriebenen Versicherten nicht möglich, kann das Bundesversicherungsamt den auf das Risikomerkmale entfallenden Zuweisungsanteil durch eine pauschale Zuweisung ersetzen. Zuweisungen für Dokumentations- oder Koordinationsleistungen erfolgen gegen Nachweis der tatsächlichen Aufwendungen durch die Krankenkasse; das Erhebungsverfahren bestimmt das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund.“

c) Die geänderten und ergänzten Vorschriften sollen zum 1. Januar 2009 in Kraft treten.

5. Begründung

a) Allgemeiner Teil

siehe vorstehend I. bis III.

b) Einzelbegründung

aa) Änderung des SGB V = § 268 SGB V

Die Einschreibung von Versicherten in strukturierte Behandlungsprogramme gemäß § 137g SGB V führt zu einer verhaltensabhängigen Ausdifferenzierung der Risikostrukturen von Versicherten mit weitgehend gleichen Risikomerkmale gemäß § 268 Abs. 1 Nrn. 1 bis 5. Durch die Berücksichtigung der Einschreibung als ein eigenes Risikomerkmale werden systematische Unterschiede in der Risikostruktur zwischen eingeschriebenen und nicht eingeschriebenen Versicherten im Risikostrukturausgleich angemessen berücksichtigt. Eine Benachteiligung von Krankenkassen, die strukturierte Behandlungsprogramme anbieten, wird somit vermieden.

bb) Änderung der RSAV*

1. zu § 31 RSAV

Folgeänderung zu § 268 Abs. 1 Nr. 6 –neu- SGB V (siehe vorstehend Nr. 1).

2. zu § 33 RSAV

Folgeänderung zu § 268 Abs. 1 als Nr. 6 (siehe vorstehend Nr. 1).

Die Änderung präzisiert die Durchführung der Zielsetzung, die bestehenden sowie ggf. neu einzuführenden Behandlungsprogramme gemäß § 137g SGB V durch kostendeckende Zuweisungen zu erhalten und zu fördern.

* **Anmerkung:** Es bestehen rechtliche Zweifel, ob die Beibehaltung des § 2 Abs. 1 Sätze 3 bis 5 RSAV über die Bildung eigenständiger Versichertengruppen für Teilnehmer an näher bestimmten DMP noch sinnvoll ist. Es ist kein Beleg dafür gefunden worden, dass die Vorschrift im Zusammenhang mit den Neuregelungen des § 268 SGB V und der §§ 31 ff. RSAV modifiziert worden ist.

III. Gesetzgebungsvorschlag zur Anpassung von Bestimmungen über den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Amtszeit, zu Dienstleistungsvereinbarungen mit den unparteiischen Mitgliedern sowie zu den Besetzungsfunktionen des Vorsitzenden

1. Problem

Regelungen in § 91 SGB V (in der ab 01.07.2008 geltenden Fassung) betreffend den Gemeinsamen Bundesausschuss bedürfen im Hinblick auf die Bestimmungen zur Amtszeit, zu den Dienstvereinbarungen mit den unparteiischen Mitgliedern sowie zu den „Besetzungsfunktionen“ des Vorsitzenden der Korrektur.

2. Lösung

Modifikationen und Streichungen wie in dem beigefügten Gesetzgebungsvorschlag.

3. Gesetzgebungsvorschlag

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 91 SGB V (in der ab 01.07.2008 geltenden Fassung) wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 8 erhält folgende Fassung:

„Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 schließen die Dienstvereinbarungen mit dem unparteiischen Vorsitzenden sowie den weiteren unparteiischen Mitgliedern.“

bb) In Satz 11 wird das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und der zweite Halbsatz gestrichen.

cc) Es werden folgende Sätze angefügt:

„Die Wiederwahl ist zulässig. Die unparteiischen Mitglieder können nur einmal wieder gewählt werden.“

- b) In Absatz 9 wird Satz 2 gestrichen.

4. Begründung

- a) § 91 Abs. 2 Satz 8 i.V.m. § 91 Abs. 9 Satz 2 SGB V:

Nach dieser Vorschrift schließen die Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Dienstvereinbarung mit dem unparteiischen Vorsitzenden. Nach Absatz 9 Satz 2 „setzt“ der Vorsitzende nach seiner Bestellung „umgehend die Mitglieder des Beschlussgremiums sowie die weiteren unparteiischen Mitglieder ein“. Aus diesen Vorschriften könnte sich schließen lassen, dass zwar nur mit dem unparteiischen Vorsitzenden eine Dienstvereinbarung geschlossen wird, dass dieser aber wiederum als Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses mit den weiteren hauptamtlichen unparteiischen Mitgliedern Dienstvereinbarungen abschließt, obwohl diese gleichermaßen wie der Vorsitzende nach § 91 Abs. 2 Satz 6 SGB V während ihrer Dienstzeit in einem Dienstverhältnis zum Gemeinsamen Bundesausschuss stehen. Darüber hinaus erscheint es unklar, was das „Einsetzen“ der Mitglieder des Beschlussgremiums durch den Vorsitzenden bedeuten soll, soweit die Mitglieder des Beschlussgremiums von den Trägerorganisationen benannt werden. Dementsprechend ist eine gesetzliche Klarstellung dahingehend erforderlich, dass die Trägerorganisationen auch mit den beiden weiteren unparteiischen Mitgliedern, soweit sie hauptamtlich tätig sind, eine Dienstvereinbarung abschließen. Ferner ist die Regelung über die Berufung der weiteren unparteiischen Mitglieder und das Einsetzen der sonstigen Mitglieder des Beschlussgremiums durch den Vorsitzenden aufzuheben, da nach der Systematik die Einigung auf die unparteiischen Mitglieder entweder durch die Trägerorganisationen oder – im Streitfall ihre Einsetzung durch das BMG – erfolgt und die Bestellung der sonstigen Mitglieder ebenfalls durch die Trägerorganisationen bewirkt wird.

- b) § 91 Abs. 2 Satz 11 SGB V

Nach dieser Vorschrift beträgt die Amtszeit im Beschlussgremium vier Jahre; eine zweite Amtszeit ist zulässig. Diese Regelung soll nicht für die von den Or-

ganisationen benannten Mitglieder im Gemeinsamen Bundesausschuss gelten, für die weitere Amtszeiten zugelassen werden müssen.

IV. Gesetzgebungsvorschlag zur Anpassung der Rechtsgrundlage zur Übermittlung von Abrechnungsdaten aus Apotheken und von sonstigen Leistungserbringern durch die Rechenzentren an Kassenärztliche Vereinigungen

1. Ziel

Die Abrechnung der Arzneiverordnungsdaten aus Apotheken erfolgt größtenteils über spezialisierte Rechenzentren, die durch eine berechtigte Stelle zur Verarbeitung der Daten beauftragt worden sind. Gemäß § 300 Abs. 2 Satz 3 SGB V dürfen die Apothekenrechenzentren die Arzneiverordnungsdaten den Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln, soweit diese Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 73 Abs. 8, § 84 und § 305a SGB V erforderlich sind. Gleiches gilt gemäß § 302 Abs. 2 Satz 3 für die Abrechnungsdaten von Heil- und Hilfsmittelerbringern.

Gemäß § 305a SGB V sind die Kassenärztlichen Vereinigungen beauftragt, die niedergelassenen Ärzte der Grundlage von Übersichten über die Wirtschaftlichkeit ihrer Verordnungen zu beraten. Um einen steuernden Effekt auf das Ordnungsverhalten zu erzielen, müssen Kassenärztliche Vereinigungen den Praxen möglichst zeitnah Ordnungsübersichten übermitteln.

Zur Erstellung praxisindividueller Ordnungsübersichten haben einige Kassenärztliche Vereinigungen Lieferungen der Arzneiverordnungsdaten von Apothekenrechenzentren in weiterverarbeitbarer Form jeweils zum frühest möglichen Termin (20. Arbeitstag eines Folgemonats) vereinbart.

Die Vertragsärzte dieser Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten die Ordnungsübersichten umgehend und können ihr Ordnungsverhalten somit kurzfristig überprüfen. Aufgrund der hohen Akzeptanz dieser Ordnungstrendmeldungen beabsichtigen die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Rohdaten der Ordnungen möglichst vollständig zu beziehen. In zwei Kassenärztlichen Vereinigungen werden die Vertragsärzte bei Übermittlung eines pseudonymisierten Versichertenbezuges durch ihre

Kassenärztliche Vereinigung auch über Qualität ihrer Verordnungen z.B. im Hinblick auf die Beachtung von Leitlinien oder die Vermeidung von Unverträglichkeiten informiert.

2. Problem

Der Bezug der Arzneiverordnungsdaten bzw. von Heil- und Hilfsmitteldaten über Rechenzentren ist für Kassenärztliche Vereinigungen mit unangemessen hohen Kosten verbunden, wenn Rechenzentren Vergütungen für die Überlassung des Datenbestands einfordern können, die über einen Ersatz des Aufwands für die Datenbereitstellung hinaus gehen.

3. Lösung

Die Datenbereitstellung an Kassenärztliche Vereinigungen erfolgt ausschließlich zum Zwecke der Wahrnehmung gesetzlicher Aufgaben der kassenärztlichen Vereinigungen. Um den Kassenärztlichen Vereinigungen den Bezug der erforderlichen Daten zu erleichtern, ist die datenschutzrechtliche Erlaubnis zur Datenübermittlung in eine Verpflichtung zur Datenübermittlung auf Anforderung abzuändern. Von den Kassenärztlichen Vereinigungen sind somit nur die Selbstkosten der Datenbereitstellung zu erstatten. Der Bezug der Daten unterscheidet sich damit vom möglichen Handel der Rechenzentren mit Daten gemäß § 305a Satz 5 SGB V, welcher Deckungsbeiträge zum Unternehmensgewinn der Rechenzentren zulässt.

4. Gesetzgebungsvorschlag

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

- a) In § 300 Abs. 2 Satz 3 wird das Wort „übermitteln“ gestrichen und das Wort „dürfen“ ersetzt durch die Worte „übermitteln auf Anforderung“
- b) In § 302 Abs. 2 Satz 3 wird das Wort „übermitteln“ gestrichen und das Wort „dürfen“ ersetzt durch die Worte „übermitteln auf Anforderung“

5. Begründung

Zu Nr. 1:

Die Änderung stellt klar, dass die Rechenzentren verpflichtet sind, den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Anforderung die zur Wahrnehmung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigten Arzneimittelabrechnungsdaten zu übermitteln. Die Rechenzentren können für die Übermittlung der Daten einen angemessenen Aufwandsatz fordern.

Zu Nr. 2:

Die Änderung stellt klar, dass die Rechenzentren verpflichtet sind, den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Anforderung die zur Wahrnehmung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigten Arzneimittelabrechnungsdaten zu übermitteln. Die Rechenzentren können für die Übermittlung der Daten einen angemessenen Aufwandsatz fordern.

V. Gesetzgebungsvorschlag zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin – gemeinsam mit der Bundesärztekammer

1. Ziel

Beseitigung der Defizite des gesetzlichen Förderprogramms nach Art. 8 GKV-SolG durch gesetzliche Neuregelungen.

2. Lösung

Erhöhung der Fördermittel zur Ermöglichung einer tarifgerechten Bezahlung des Weiterbildungsassistenten auch in der niedergelassenen Praxis.

Möglichkeiten zur besseren Koordinierung auf Bundes- und Landesebene zum zielgenauen Einsatz der Fördermittel (Etablierung und Förderung der Verbundweiterbildung, Evaluation der Weiterbildung).

3. Gesetzgebungsvorschlag

Im Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG, BT-Drucks. 16/9559) soll folgender Artikel eingefügt werden:

Art. ...

Änderung des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes

Art. 8 des Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SolG) vom ... (BGBl. I usw.), zuletzt geändert durch Gesetz vom ... erhält folgende Fassung:

„Art. 8

Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

(1) Die Krankenkassen fördern zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung nach § 73 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die allgemeinmedizinische Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte, in zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren, in ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie in zugelassenen Krankenhäusern und in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht. Die Krankenkassen beteiligen sich vom 1. Januar 2009 an den Kosten der in diesem Zeitraum besetzten eigenständigen Weiterbildungsstellen für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin sowie an den im Laufe des Jahres 2009 und in den Folgejahren zu erwartenden entsprechenden Weiterbildungsstellen mit einem Förderbetrag von 2.000 Euro monatlich. Dies gilt sowohl für den ambulanten Bereich als auch den stationären Bereich. Für die Förderung der Praxen niedergelassener Vertragsärzte mit Weiterbildungsstellen ist Voraussetzung der Förderung durch die Krankenkassen ein Förderzuschuss der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung in derselben Höhe. In Krankenhäusern können nur bestehende eigenständige Weiterbildungsstellen für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin oder künftige entsprechende Stellen gefördert werden. Die Zuschüsse der Krankenkassen werden außerhalb der Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung und außerhalb der mit den Krankenhäusern vereinbarten Budgets gewährt. Die Zahl der zu fördernden Stellen bestimmt sich nach dem im Verfahren nach Absatz 3 ermittelten Bedarf.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart jeweils mit der Kassenärztlichen Bundesvereinbarung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft bis zum 30. Juni eines jeden Jahres für das Folgejahr das Nähere über den Umfang und die Durchführung der finanziellen Beteiligung der Kran-

kenkassen. Zu diesem Zweck bestimmen die Vertragspartner auch ein Koordinierungsverfahren, welches verlässliche Feststellungen über die Finanzierungsanforderungen hinsichtlich der Zahl der zu fördernden Stellen auf der Grundlage der Meldungen nach Absatz 3 zur Weiterleitung an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen vorsieht. Sie können zu diesem Zweck auch eine Koordinierungsstelle unter den Beteiligten einrichten. Mit ihrer Zustimmung kann die Kassenärztliche Bundesvereinigung als entsprechende Koordinierungsstelle bestimmt werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen leistet nach näherer Vereinbarung der Vertragspartner nach Satz 1 die Zahlungen für die Fördermittel an die Koordinierungsstelle oder an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, soweit sie Koordinierungsstelle ist, zur Verteilung an die für das jeweilige Land zum Empfang und zur Verteilung der Fördermittel von den Beteiligten im Verfahren nach Absatz 3 für das jeweilige Land bestimmte Stelle. Soweit Fördermittel der Krankenkassen im Bereich eines Landes nicht in Anspruch genommen worden sind, werden sie in das Folgejahr übertragen. Fördermittel können auch auf der Grundlage entsprechender Vereinbarungen nach Satz 1 in andere als die zunächst vorgesehene Region verteilt werden, wenn entsprechende Mittel nicht rechtzeitig und nicht in dem vorgesehenen Umfang abgerufen worden sind. Die Vereinbarungen nach den Sätzen 1 und 2 sind im Benehmen mit der Bundesärztekammer abzuschließen.

(3) Die Kassenärztliche Vereinigung eines jeden Landes, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausgesellschaft und die für die Weiterbildung zuständige Landesärztekammer vereinbaren ein Verfahren zur Koordinierung der Stellenanforderungen, für die Fördermittel eingesetzt werden sollen. Die Beteiligten prüfen, ob die Voraussetzungen für die Förderung gegeben sind und legen den Förderzeitraum fest. Sofern Kriterien für die Verteilung der Mittel festgelegt werden müssen, werden sie im Koordinierungsverfahren nach Satz 1 auf Vorschlag der Landesärztekammer festgelegt; das Einvernehmen mit der Landesärztekammer ist anzustreben. Die Beteiligten nach Satz 1 können auch eine Koordinierungsstelle einrichten. Sie stellen sicher, dass ein Verfahren geregelt wird, welches die Verteilung der angeforderten Fördermittel zielgerecht und zeitgerecht gewährleistet. Zu diesem Zweck können einer bestehenden Koordinierungsstelle, einem der am Koordinierungsverfahren Beteiligten oder einer Landesärztekammer mit ihrer Zustimmung die Aufgaben nach den Sätzen 1 und 2 übertragen

werden. Die Beauftragung hat auch die Auszahlung der Mittel an die jeweiligen Empfänger der Fördermittel zu umfassen.

(4) Die Höhe der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen vermindert sich anteilig um die Beträge, welche von Unternehmen der privaten Krankenversicherung eingesetzt werden. Sofern die Unternehmen der privaten Krankenversicherung Fördermittel einsetzen, ist über die Grundzüge der Vereinbarung nach Absatz 2 das Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung anzustreben.“

4. Begründung

a) Problem

Der hausärztlichen Versorgung wird im gesundheitlichen Versorgungsgeschehen eine wachsende Bedeutung zugewiesen, gerade unter dem Aspekt einer voranschreitenden Spezialisierung, dem Umgang mit komplexen Krankheitsbildern und der demographischen Entwicklung. Ein besonderer Stellenwert ergibt sich auch aus der medizinisch und gesundheitsökonomisch sinnvollen Koordination des Behandlungsgeschehens für den Patienten. Diese Anforderungen können nur erfüllt werden, wenn das notwendige fachliche Rüstzeug, vor allem in der fünfjährigen Weiterbildung, umfassend vermittelt wird.

b) Statistische Entwicklungen im hausärztlichen Bereich

Die Problematik des Hausarztmangels verdeutlicht eine statistische Kurzanalyse zur hausärztlichen Versorgung (hausärztliche Internisten/Allgemeinärzte) bezogen auf das gesamte Bundesgebiet. Aufgrund der Arztzahlstudie ergibt sich, dass

- in den letzten sieben Jahren die Zahl der Hausärzte kontinuierlich gesunken ist;
- sich die Situation durch die Überalterung der tätigen Hausärzte verschärft; in den nächsten zehn Jahren scheiden deshalb im gesamten Bundesgebiet ca. 42 % der Hausärzte aus der Versorgung aus (in den Neuen Bundesländern ca. 50 %);

- Facharztanerkennungen in der Inneren und Allgemeinmedizin stagnieren;
- Hausärzte nur zu 60 % in der Versorgung/Niederlassung ankommen (Schwund z. B. wachsender Anteil von Ärztinnen mit Ausfallzeiten, andere Berufsfelder, Abwanderung ins Ausland);
- bis 2015 mindestens 15 % weniger Hausärzte als heute zur Verfügung stehen werden.

Das Zusammenwirken der oben genannten Entwicklungen, insbesondere die sinkende Anzahl von Facharztanerkennungen, die Überalterung, der „Schwund“ zwischen Facharztanerkennung und Niederlassung, der langfristige Trend zur weiteren kontinuierlichen Abnahme der Zahl von Hausärzten muss angesichts der demographischen Entwicklung Anlass sein, die Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in der Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin zu verstärken.

c) Gesetzliches Förderprogramm für Allgemeinmedizin

Neben verschiedenen Möglichkeiten, die auf der Ebene der Selbstverwaltung im Auftrag des Deutschen Ärztetages erwogen werden (z.B. Schaffung von Weiterbildungsverbänden, Schaffung von Strukturen zur fachlichen Begleitung des Weiterbildungsassistenten, Verbesserung der Qualität der Weiterbildung durch das Tutorensystem) stellt ein Teilaspekt, für den der Bundesgesetzgeber zuständig ist, das Förderprogramm für Allgemeinmedizin dar.

aa) Derzeitiges Förderprogramm

Mit Inkrafttreten des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes zum 01.01.1999 wurden die rechtlichen Grundlagen für die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin geschaffen. In Vereinbarungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen mit jeweils der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) wurden der Umfang und die Durchführung der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen festgelegt. Demnach förderten die Krankenkassen in dem Zeitraum vom 01.01.1999 bis zum 31.12.2000 Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich durch einen Zuschuss je

Stelle in Höhe von 2.000 DM (1.020 Euro). Die Anzahl der maximal zu fördernden Weiterbildungsstellen betrug im Jahr 1999 insgesamt 3.000 und ab dem Jahr 2000 insgesamt 6.000 Stellen.

Die Förderung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte wird nur dann gewährt, wenn die Kassenärztliche Vereinigung einen mindestens gleich hohen Betrag finanziert.

Das zunächst auf zwei Jahre befristete Initiativprogramm erhielt durch das Gesundheitsreformgesetz 2000 (GRG) eine unbefristete Verlängerung, so dass die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ab dem 01.01.2001 fortgesetzt werden konnte. Eine wesentliche Änderung der Grundlagen besteht allerdings darin, dass die Höhe der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen und die Anzahl der geförderten Weiterbildungsstellen nicht mehr gesetzlich geregelt, sondern in Verträgen im Einzelnen auszuhandeln sind. Die seit dem 01.01.2001 neu geltenden Bestimmungen konnten allerdings im Wesentlichen zu denselben Bedingungen der Vorgaben des Solidaritätsstärkungsgesetzes fortgesetzt werden.

Derzeit fördern die gesetzlichen Krankenkassen zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung die allgemeinmedizinische Weiterbildung in Praxen niedergelassener Vertragsärzte in der Regel in Höhe von 1.020 € monatlich pro Stelle, soweit die Kassenärztlichen Vereinigungen einen mindestens gleich hohen Zuschuss gewähren. Die Förderung liegt bundesweit derzeit bei 3.000 Stellen pro Jahr. Die Private Krankenversicherung (PKV) ist an der Finanzierung beteiligt.

Im stationären Sektor werden bundesweit 3.000 Stellen pro Jahr in Höhe von je 1.020 € pro Stelle gefördert. Die Förderhöhe wird seit dem Jahr 2001 in bilateralen Verträgen festgelegt.

Als Finanzvolumina errechnen sich somit für den ambulanten Sektor:

- durch die Krankenkassen: $3.000 \text{ Stellen} \times 12 \text{ Monate} \times 1020 \text{ €} = 36,720 \text{ Mio. €/Jahr}$
- durch die KVen: $3.000 \text{ Stellen} \times 12 \text{ Monate} \times 1.020 \text{ €} = 36,720 \text{ Mio. €/Jahr}$

und für den stationären Sektor:

- durch die Krankenkassen: $3.000 \text{ Stellen} \times 12 \text{ Monate} \times 1.020 \text{ €} = 36,720 \text{ Mio. €/Jahr.}$

Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen, der PKV und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bzw. den Krankenkassenverbänden und der Deutschen Krankenhausgesellschaft legen die Bestimmungen zur Inanspruchnahme der Fördermittel fest, z. B. das Antragsverfahren für die an der Weiterbildung interessierten Ärztinnen und Ärzte, die Berechnung und die Verteilung der Fördermittel.

bb) Defizite des Förderprogramms

Das bestehende Förderprogramm weist folgende Defizite auf:

- keine Möglichkeit der Umschichtung von Fördergeldern zwischen stationärem und ambulantem Bereich
- Abschottung zwischen den Förderregionen, kein ausreichender überregionaler Finanzausgleich
- keine organisatorische Kopplung an die individuelle Weiterbildung des Weiterbildungsassistenten

cc) Weiterentwicklung des Förderprogramms

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2000/2001 die Notwendigkeit der Fortsetzung des Förderprogramms für die allgemeinmedizinische Weiterbildung begrüßt: „Es sind dringend die Rahmenbedingungen zu schaffen

und die Weiterbildungsplätze sowie Fördersummen zur Verfügung zu stellen, die notwendig sind, damit dieses Förderprogramm wie geplant vollständig umgesetzt werden kann“ (vgl. Rz. 76 der Kurzfassung des Gutachtens). Ferner gibt der Rat einige Anregungen zur Durchführung der Weiterbildung. Dazu gehört u.a. die „Einführung von Verbundweiterbildungssystemen“ (vgl. ebenda Rz. 76 ff.).

Dr. Köhler

Vorsitzender des Vorstandes
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung