

Stellungnahme des Deutschen Hausärzterverbandes

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

„Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)“

**Bundestags-Drucksache 16/9559
vom 16.06.2008**

Vorbemerkung

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung beabsichtigt die Bundesregierung, die Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen herzustellen. Die in dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz geschaffenen Grundlagen zur Reform des Organisationsrechts der Krankenkassen werden damit weiterentwickelt.

Der Deutsche Hausärzteverband begrüßt die Absicht des Gesetzgebers, auf diese Weise die für die Krankenkassen geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen an die aktuelle Wettbewerbs- und Marktsituation anzupassen.

Eine für alle Krankenkassen gleich geltende Rechtsgrundlage ist nicht zuletzt für ein optimales Markt- und Vertragsgeschehen von hoher Bedeutung.

Konsistente Rahmenbedingungen für Insolvenzfragen der Krankenkassen sind auch für die Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen ein Sicherheitsfaktor, der eine nachhaltige Bedeutung für das Vertragsgeschehen konkreter Versorgungsaufträge hat.

Der Deutsche Hausärzteverband wird zu den GKV-relevanten Einzelregelungen des vorliegenden Gesetzentwurfes keine Stellungnahme abgeben.

Mit dem vorliegenden Gesetzgebungsverfahren sind eine Reihe von Änderungsanträgen aus den Koalitionsfraktionen formuliert worden, zu denen wir, soweit sie Fragen der hausärztlichen Versorgung betreffen, uns im Folgenden äußern.

Änderungsantrag 9 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD:

„§ 73 b Abs. 4 Sätze 1 bis 4 SGB V – Hausarztzentrierte Versorgung“

Der Deutsche Hausärzteverband begrüßt die geplante Neuregelung:

I. Nach dieser Vorschrift haben die Krankenkassen zur flächendeckenden Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen spätestens bis zum 30. Juni 2009 Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten. Sofern sich die Vertragsparteien nicht einigen können, kann die Gemeinschaft die Einleitung eines Schiedsverfahrens beantragen. Ist ein solcher Vertrag zustande gekommen oder soll ein Vertrag zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen geschlossen werden, können Verträge auch abgeschlossen werden mit

1. vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1 a SGB V teilnehmen,
2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
3. Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1 a teilnehmen, anbieten,
4. Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit Gemeinschaften nach Nummer 2 sie hierzu ermächtigt haben.

Mit der Neuregelung verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, das mit dem GKV-WSG eingeführte eigenständige Verhandlungsmandat der Gemeinschaften von Hausärzten zu stärken. Die Krankenkassen sollen deshalb verpflichtet werden, Vertragsverhandlungen in erster Linie mit diesen Gemeinschaften aufzunehmen, soweit sie die gesetzliche Quote erfüllen und damit gewährleisten, dass sie mindestens die Hälfte der in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte vertreten. Entscheidend ist dabei, dass Gemeinschaften, die diese Quote erfüllen, gewährleisten können, dass eine flächendeckende Sicherstellung mit Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung durch den Vertragsabschluss erreicht wird.

Die Neuregelung erfolgt offensichtlich vor dem Hintergrund, dass die Krankenkassen seit dem GKV-Modernisierungsgesetz verpflichtet sind, ihren Versicherten eine hausärztliche Versorgung zur Verfügung zu stellen. Durch das GKV-WSG ist ausdrücklich das Wort „flächendeckend“ eingeführt worden, so dass nunmehr die Verpflichtung der Krankenkassen übergeht zu einer Sicherstellung der *flächendeckenden* hausärztlichen Versorgung. Um dieses Ziel zu erreichen, hat das GKV-WSG den Kreis der Vertragspartner in § 73 b SGB V erweitert. Das Ziel einer flächendeckenden Versorgung ist dabei aber nachweisbar nicht erreicht worden.

Dies bringt auch die Begründung des vorliegenden Änderungsantrags deutlich zum Ausdruck, wenn zutreffend ausgeführt wird, dass trotz der ausdrücklichen gesetzlichen Verpflichtung im GKV-WSG Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nicht in ausreichender Zahl zustande gekommen seien.

Die vorgeschlagene Neuregelung soll deshalb sicherstellen, dass nunmehr die hausarztzentrierte Versorgung flächendeckend zur Verfügung steht.

Hiermit wird der hohen Bedeutung, die die hausärztliche Versorgung in unserer Gesellschaft und bei den Patientinnen und Patienten hat, Rechnung getragen. In der Hausarztpraxis werden immerhin mehr als 80 Prozent der gesundheitlichen Probleme der Patienten gelöst.

Die Hausarztpraxis ist und bleibt der zentrale Ort zur Versorgung der Menschen.

Hier werden nicht nur gesundheitliche Probleme gelöst, sondern hier wird der Mensch, der Patient, als Ganzes wahrgenommen. In der Hausarztpraxis wird nicht nur das einzelne Krankheitsbild gesehen und untersucht, sondern das, was die Patienten an individuellem Hintergrund gleichfalls mitbringen. Belastende Situationen in der Familie, Probleme am Arbeitsplatz, eine unsichere Einkommenssituation, fehlende Zukunftsperspektiven, soziale Isolation sind grundsätzlich Faktoren, die bei jeder Erkrankung in Diagnose und Therapie mit berücksichtigt werden müssen.

Hausärzte kennen in der Regel diesen Gesamtzusammenhang bei ihren Patienten. Sie kennen ihre Eltern, ihre Kinder, ihre Arbeitssituation und wissen um ihr soziales Umfeld. Diese Kenntnis ist immer auch Bestandteil der Behandlung, mit dem ein medizinisches oder scheinbar medizinisches Problem in der Hausarztpraxis zu lösen versucht wird.

Die Hausarztpraxis als Ort der Versorgung wird in Zukunft ein noch stärkeres Gewicht bekommen.

Die aufgrund der demographischen Entwicklung zunehmende Morbidität und insbesondere Multimorbidität verlangt nach einem zentralen Ort der Versorgung, von dem aus Therapie und Behandlung gesteuert werden können, von dem aus die Menschen in der Bewältigung der von Krankheit gezeichneten Alltagssituation begleitet werden können.

Die Aufgaben und Anforderungen an die hausärztliche Versorgung werden damit in Zukunft noch komplexer.

Aus diesen Gründen ist es zwingend erforderlich, allen Patientinnen und Patienten überall in diesem Land eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten.

Die Weiterentwicklung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und angemessenen Bedingungen für die hausärztliche Tätigkeit kann nur im Rahmen eines Vertragswettbewerbs gewährleistet werden. Das Kollektivvertragssystem zeigt sich aktuell und in der Zukunft nicht in der Lage, die drängenden Probleme in der hausärztlichen Versorgung adäquat zu lösen.

Hausärztemangel in vielen Regionen in Ost- und Westdeutschland, Nachwuchsmangel sowie die Notwendigkeit der Organisation neuer Versorgungskonzepte angesichts einer sich verändernden Morbiditätsstruktur der älter werdenden Bevölkerung, sind die wesentlichen Kennzeichen der hausärztlichen Versorgungssituation.

In einem Vertragswettbewerb, der mit dieser gesetzlichen Neuregelung im hausärztlichen Versorgungsbereich angestoßen würde, werden die notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen, um mit sinnvollen Versorgungs- und Vergütungskonzepten den dargestellten Problemen zu begegnen.

In diesem Kontext ist das gesetzgeberische Ziel als solches im Ergebnis verfolgenswert und sinnvoll:

Eine gute flächendeckende hausärztliche/hausarztzentrierte Versorgung muss, wie oben dargelegt, ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel sein, das die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung verbessert und auch geeignet ist, dem Hausarzt die Wahrnehmung seiner Steuerungsverantwortung zu ermöglichen. Daneben werden unnötige Doppeluntersuchungen und Krankenhauseinweisungen vermieden sowie insbesondere auch eine koordinierte, medizinisch sinnvolle und effiziente Pharmakotherapie erleichtert.

II. Wie bereits im Rahmen unserer Stellungnahme zum GKV-WSG formuliert, regen wir noch einmal an, die Kassenärztlichen Vereinigungen als mögliche Vertragspartner (§ 73b Abs. 4) der Krankenkassen für Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung zu streichen.

Die Teilnahme von Kassenärztlichen Vereinigungen (Körperschaften des öffentlichen Rechts) an einem Vertragswettbewerb mit privaten Anbietern - außerhalb des Gesamtvertragssystems – ist rechtsdogmatisch unzulässig und verhindert im Übrigen einen fairen Vertragswettbewerb.

Änderungsantrag 37 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD:

Artikel 4 a: Änderung des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes

„Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin“

Der Deutsche Hausärzteverband begrüßt in dem vorliegenden Änderungsantrag insbesondere die darin zum Ausdruck kommende Bereitschaft der SPD und der CDU/CSU, sich erneut der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin anzunehmen. Schon im ersten Satz der Begründung wird deutlich, dass die Regierungsparteien einer familiennahen hausärztlichen Versorgung eine herausgehobene Rolle bei der medizinischen Versorgung der Versicherten beimessen.

Die Tatsache, dass nun zum dritten Mal nach dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz vom 09. Dezember 1998 und dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22. Dezember 1999 das Förderprogramm Allgemeinmedizin angepasst wird, belegt, dass die Notwendigkeit einer finanziellen Förderung der Weiterbildung im hausärztlichen Bereich prinzipiell von den Gesundheitspolitikern der Koalition sehr ernst genommen wird.

Hintergrund des vorliegenden Änderungsantrages ist die Erkenntnis, dass das Förderprogramm in der heutigen Fassung teilweise durch strukturelle Defizite gekennzeichnet ist. Diese resultierten aus

- der Differenzierung des Förderprogramms in einen ambulanten und stationären Teil, die dazu führt, dass die finanziellen Mittel nicht von einem in den anderen Sektor fließen können;
- einer starken Regionalisierung des Förderprogramms mit der Folge, dass nicht ausgeschöpfte Fördermittel in einer Region nicht ohne weiteres in andere Regionen mit höherem Bedarf transferiert werden können und
- der Tatsache, dass das Förderprogramm nicht sichert, dass die Gehälter der Weiterbildungsassistenten während des Weiterbildungsabschnitts in der Hausarztpraxis dem Abschnitt in der stationären Weiterbildung angepasst sind.

Im ersten Absatz des Änderungsantrages wird festgelegt, dass die bisherigen Vertragspartner - Krankenkassen, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) - zukünftig einen dreiseitigen Vertrag statt zweier bilateraler Verträge abschließen. Im Buchstaben b) werden die Vertragsparteien verpflichtet, eine Benehmensherstellung mit der Bundesärztekammer herbeizuführen.

Durch einen gemeinsamen Vertrag von KBV, DKG und Krankenkassen wären formale Kriterien erfüllt, um eine sektorenübergreifende und damit gezielte Förderung von Weiterbildungsstellen im ambulanten bzw. stationären Bereich zu ermöglichen.

Kritisch zu bewerten ist allerdings, dass als Vertragspartner auf der ärztlichen Seite ausschließlich die Kassenärztliche Bundesvereinigung über die Förderung der Weiterbildung im hausärztlichen Bereich verhandelt. Auf diese Weise wird ein institutionalisiertes Mitspracherecht der Fachgruppe der Hausärzte faktisch verhindert. Der mit dieser Regelung fortgeschriebene alleinige Vertretungsanspruch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Fachgruppe der Hausärzte passt nicht mehr in die sich ändernde Versorgungs- und Vertragslandschaft im deutschen Gesundheitswesen: zunehmend wird die hausärztliche Versorgung im Rahmen des § 73 b SGB V (Hausarztzentrierte Versorgung) durch andere Organisationen und nicht mehr (nur) durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sichergestellt und repräsentiert.

Demzufolge wäre es sachgerecht, den Deutschen Hausärzteverband als die repräsentative Vertretung der Hausärzteschaft als Vertragspartner in das Förderprogramm einzubinden.

Im zweiten Absatz wird eine „angemessene Vergütung“ für Weiterbildungsassistenten in allen Weiterbildungseinrichtungen vorgeschrieben. Die unbestimmte Formulierung einer „angemessenen Vergütung“ reicht nicht aus, das Problem der unterschiedlichen Bezahlung für Weiterbildungsassistenten im stationären und ambulanten Bereich zu lösen.

Nicht sinnvoll erscheint auch, dass die Höhe der Fördersumme pro Stelle, die von den Krankenkassen für die Weiterbildungsphase im niedergelassenen Bereich bereitgestellt wird, auch weiterhin von der Höhe der Förderung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen abhängig ist.

Eine solche Regelung, welche die Förderhöhe von den Mehrheitsverhältnissen in den Kassenärztlichen Vereinigungen abhängig macht, stellt eine kontinuierliche und verlässliche finanzielle Förderung in ausreichender Höhe nicht sicher. Der Gesetzgeber sollte die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichten, die maximale Förderung zu zahlen.

Des Weiteren wird im zweiten Absatz festgelegt, dass in Gebieten, die gemäß § 100 Abs. 1 SGB V in absehbarer Zeit von Unterversorgung bedroht sind bzw. bereits unterversorgt sind, eine höhere Fördersumme pro Weiterbildungsassistent gezahlt werden soll. Diese sinnvolle Regelung, um in den vom Hausärztemangel besonders betroffenen Gebieten zusätzliche Anreize zu schaffen, darf nicht zu einer Umverteilung der Fördermittel aus anderen Gebieten führen.

Stattdessen sollten die Krankenkassen verpflichtet werden, über die vertraglich festgelegten Zuschüsse bzw. Anzahl der Stellen hinaus, zusätzliche Mittel für unterversorgte oder von Unterversorgung bedrohte Gebiete zur Verfügung zu stellen.

In dem Änderungsantrag wird eine Mindestzahl von 5.000 zu fördernden Stellen pro Jahr festgelegt. Diese Mindestzahl löst die aktuelle Höchstgrenze von 6.000 Stellen ab. Damit ist zwar zukünftig theoretisch eine größere Anzahl von geförderten Weiterbildungsstellen möglich, realistischerweise muss aber davon ausgegangen werden, dass die heutige Zahl von 6.000 Stellen nicht überschritten wird.

Angesichts der zahlenmäßigen Situationen in der hausärztlichen Versorgung muss dagegen sichergestellt werden, dass diese Zahl auch nicht unterschritten wird, so dass hier eine Mindestgrenze von 6.000 geförderten Weiterbildungsstellen zur zahlenmäßigen Stabilisierung des Förderprogramms notwendig ist.

Der Änderungsantrag sieht schließlich eine „zentrale Stelle“ vor, die die Fördermittel verwalten soll. Der Deutsche Hausärzteverband hat bereits in der Vergangenheit die Einrichtung einer zentralen Koordinierungsstelle für die Verteilung der Fördermittel gefordert.

Insoweit geht der vorliegende Änderungsantrag in die richtige Richtung. Dieser Schritt wird allerdings relativiert durch die Möglichkeit, dass diese „zentrale Stelle“ auch auf der Landesebene eingerichtet werden könnte. Hier sollte der Gesetzgeber die Vorgaben klarer formulieren.

An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass auch bei der Förderung von Verbänden als Vertragspartner hausärztliche Organisationen explizit nicht vorgesehen sind. Die im Vertragsentwurf vorgesehenen Vertragspartner haben keinerlei Erfahrung mit der Auswahl von geeigneten Weiterbildungsverbänden für die hausärztliche Weiterbildung.

Aus diesem Grund ist ein obligatorisches Mitspracherecht und Verhandlungsmandat des Deutschen Hausärzteverbandes notwendig.

Zusammenfassend ist es grundsätzlich zu befürworten, dass die Regierungsparteien sich mit der Förderung der hausärztlichen Weiterbildung befassen.

Der Deutsche Hausärzteverband weist noch einmal eindringlich darauf hin, dass die Vertragspartner des Förderprogramms keine Einrichtungen sind, die die hausärztliche Versorgungsebene repräsentieren.

Die Erkenntnis, dass Hausärzte in ärztlichen Körperschaften in einer strukturellen Minderheitenposition sind, hat dazu geführt, dass in den letzten Jahren eine Reihe von gesetzlichen Interventionen eingeführt werden mussten, Hausärzten die notwendigen Handlungsoptionen einzuräumen: Trennung der Gesamtvergütung, Einführung eines hausärztlichen Fachausschusses in der KBV, eigenständiges Verhandlungs- und Vertragsmandat hausärztlicher Organisationen.

Bei der Sicherung des hausärztlichen Nachwuchses und der Verteilung von Fördergeldern müssen nun Organisationen der Hausärzte - insbesondere der Deutsche Hausärzteverband - ebenso beteiligt werden.

Das Haupthindernis bei der Absolvierung der hausärztlichen Weiterbildung - die geringe Vergütung während der ambulanten Weiterbildungsphase in einer Hausarztpraxis - wird durch den vorliegenden Gesetzentwurf beseitigt.

Allerdings ist die Definitionshoheit für die Förderhöhe bei der KBV nicht optimal angesiedelt. Die Vergütungshöhe an die stationären Gehälter anzupassen ist ein notwendiger Schritt, um keine Nachteile für die hausärztliche Weiterbildung in dieser Frage fortbestehen zu lassen.

Es sei hier daran erinnert, dass ausschließlich die spezifische allgemeinmedizinische Weiterbildung sinnvollerweise und zwingend eine Praxisphase vorsieht und die Fördersumme seit Beginn des Initiativprogramms keine nennenswerte Anpassung erfahren hat.

Zu begrüßen ist, dass die Regierungsparteien in diesem Änderungsantrag eine „zentrale Stelle“ zur Verwaltung der Fördermittel ermöglichen wollen. Dies ist eine Forderung des Deutschen Hausärzteverbandes, um die Vergabe der Fördermittel effizienter zu gestalten und zu verhindern, dass Fördermittel nicht ausgeschöpft werden.

Eine „Zentralisierung“ auf Landesebene könnte allerdings dazu führen, dass das Problem der nicht ausgeschöpften Fördermittel durch regionale Begrenzung Bestand haben dürfte.

Änderungsantrag 11 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD:

„§ 95 SGB V: Aufhebung der Altersgrenze für Vertragsärzte“

Der vorliegende Änderungsantrag sieht vor, die Regelungen zur Altersgrenze der an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aufzuheben. Ärzte sollen demnach auch nach Vollendung des 68. Lebensjahres vertragsärztlich tätig sein können.

Der Deutsche Hausärzteverband befürwortet ausdrücklich die Aufhebung der Altersgrenze für Vertragsärzte.

Insbesondere für den hausärztlichen Versorgungsbereich können von einer Aufhebung der Altersgrenze positive Effekte auf die Versorgungsdichte ausgehen.

Das Problem des aktuellen Hausärztemangels in weiten Teilen der neuen deutschen Bundesländer, aber auch in ländlichen westlichen Regionen, kann damit zwar nicht gelöst, aber als ein Instrument genutzt werden, in einer Übergangsphase auf die hausärztliche Versorgung in einem Gebiet nicht gänzlich verzichten zu müssen.

Wenn Hausärzte auch nach Vollendung des 68. Lebensjahres weiterhin ihrer hausärztlichen Tätigkeit nachgehen wollen, sind durch diese gesetzliche Neuregelung die Voraussetzungen dafür geschaffen.