



Stellungnahme des Hartmannbundes zum Entwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

[Stand: 10. Oktober 2011]

Vorbemerkung

Der vorliegende Entwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) würdigt in bisher nicht gekanntem Maße die Tatsache eines durch die Versicherten indizierten zunehmenden Versorgungsbedarfs. Zugleich erkennt er dringenden Handlungsbedarf bei der Vergütung von Leistungen und der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln, bei der Organisation der Selbstverwaltung und bei der Flexibilisierung der ärztlichen Berufsausübung an. Entsprechende Regelungen, die diesen Erkenntnissen folgen und gerecht werden, begrüßt der Hartmannbund ausdrücklich.

Gleichwohl bleiben sie in der Umsetzung nicht konsequent berücksichtigt: Am bestehenden System aus Vergütungs- und Zulassungsbegrenzungen bei gleichzeitiger Beibehaltung des Sachleistungsprinzips wird grundsätzlich festgehalten. Dies ist vor allem den Differenzen der beteiligten und/oder betroffenen Akteure sowie dem Wunsch nach einem politisch tragfähigen Konsens geschuldet und insofern anzuerkennen. Es ist jedoch festzustellen, dass mit den im o.g. Entwurf vorgesehenen Maßnahmen die Versorgungssituation für die Versicherten nicht wesentlich verbessert werden kann; ein nachhaltiges „Mehr“ an Ärztinnen und Ärzten zur Deckung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs ist damit nicht realisierbar.

Unabhängig von der Feststellung, dass angesichts der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts ein grundlegender Strukturwandel notwendig ist, dem intelligente Steuerungsinstrumente bei der Inanspruchnahme und Finanzierung von GKV-Leistungen mit dem Ziel einer tatsächlich bedarfsorientierten Versorgung zugrunde liegen müssen, sieht der Hartmannbund im o.g. Entwurf vor allem Nachbesserungsbedarf bei den vorgesehenen Maßnahmen zur Steuerung des Zulassungsverhaltens von Vertragsärzten, bei der Vergütungssystematik sowie bei der Ausgestaltung der angestrebten „Ambulanten spezialärztlichen Versorgung“.

1. Vertragsärztliche Vergütung

Die vorgesehenen Regelungen zur vertragsärztlichen Vergütung werden im Grundsatz begrüßt. Das betrifft vor allem:

- die Aufhebung zur Verpflichtung, vertragsärztliche Leistungen im EBM als Versichertenpauschalen abzubilden, zugunsten der Einzelleistungsvergütung,
- den endgültigen Wegfall der Orientierungspunktwerte für Unter- und Überversorgung,

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0188(8)
gel. VB zur öAnhörung am 19.10.
11_VStG
10.10.2011

- die geplante Regionalisierung der Verhandlungen zur Gesamtvergütung und Honorarverteilung, womit die KVen mehr Handlungsspielräume erhielten und vor allem in der Frage der Honorarverteilung künftig die Gestaltungshoheit hätten, was den regionalen Besonderheiten künftig wieder stärker Rechnung trüge,
- die Möglichkeit für Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern,
- die geplante Berücksichtigung telemedizinischer Leistungen im EBM,
- die Aufhebung der Fallzahlbegrenzung oder -minderung in unterversorgten Gebieten und die verpflichtende zusätzliche Prüfung weiterer Maßnahmen zur Gewährleistung der Sicherstellung
- sowie die Aufhebung der Begrenzung der extrabudgetären Leistungen bereits ab 2012.

Inwiefern diese Regelungen jedoch maßgeblich zu einer Steigerung der Attraktivität der Niederlassung in unterversorgten Gebieten führen können, bleibt abzuwarten. Der Hartmannbund wertet diese Maßnahmen als logisch notwendige Schritte im Rahmen der bestehenden Vergütungssystematik, um die Versorgung in unterversorgten Gebieten für Leistungserbringer zumindest attraktiver gestalten zu können.

Dies gilt erst recht, wenn die bisherige Praxis zur Ermittlung der Gesamtvergütung beibehalten wird. Die im Referentenentwurf vorgesehene, jedoch auf Druck der Krankenkassen zurückgenommene Berücksichtigung des tatsächlichen Behandlungsbedarfs auf Basis der Ist-Leistungsmengen muss wieder in die Beschlussvorlage aufgenommen werden, denn die Ist-Leistungsmengen dokumentieren zuverlässig die Veränderung der Morbidität und daraus folgend die veränderte Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen. Ein Ignorieren des tatsächlichen Behandlungsbedarfs – dessen Zunahme nicht nur der demografischen Entwicklung, sondern auch dem medizinischen Fortschritt und der damit steigenden Erwartungshaltung der Versicherten geschuldet ist – würde die ambulante Versorgung weiter nachhaltig schwächen.

Die Pauschalierung bei der Vergütung ambulanter vertragsärztlicher Leistungen sollte gänzlich zurückgenommen werden. Grundlage der vertragsärztlichen Vergütung dürfen nicht Verteilungsschlüssel, sondern muss die erbrachte Leistung des Arztes sein. Als Abrechnungs- und Vergütungsmodell ist dabei das Kostenerstattungsprinzip vorzuziehen.

Der Gesetzgeber sollte daher auch die Möglichkeiten für die Erprobung der Kostenerstattung auf Wirksamkeit, Akzeptanz und Zukunftsfähigkeit in Modellprojekten offensiver ausgestalten und die bestehenden Benachteiligungen für gesetzlich Krankenversicherte bei der Wahl der Kostenerstattung beseitigen und eine tatsächliche Gleichberechtigung von Kostenerstattung und Sachleistungsprinzip in der GKV herbeiführen.

Als wichtigen Schritt zur Entlastung der Vertragsärzte von bürokratischen Verpflichtungen ist die Abkehr von der verpflichtenden Anwendung der Ambulanten Kodierrichtlinien zu werten.

2. Bedarfsplanung, Sicherstellung der Versorgung, Selbstverwaltung

Die Berücksichtigung eines Demografiefaktors und die Neufestlegung regionaler Planungsbereiche im Rahmen der Bedarfsplanung sind dann zu begrüßen, wenn dies auch zu einer Neudefinition der Regelversorgung auf der Basis aktueller Daten führt. Grundsätzlich ist jedoch festzuhalten, dass die Steuerung des Niederlassungsverhaltens durch die Einführung der Bedarfsplanung nicht verhindern konnte, dass in immer mehr Regionen eine Unterversorgung droht oder gar festgestellt werden muss. Zudem basiert die Definition der Regelversorgung (100 Prozent) auf einem historischen Ist-Zustand. Eine Berücksichtigung des tatsächlichen, aktuellen Versorgungsbedarfs findet nicht statt. Diese Form der Planung hat sich damit als nicht sachgerecht erwiesen und sollte daher gänzlich abgeschafft werden.

Bei der geplanten Öffnung von Pflege- und Reha-Einrichtungen für die ambulante Versorgung und der Ermächtigung von Kliniken auch bei lokalem zusätzlichem Versorgungsbedarf stellt sich die Frage nach dem Effizienzgewinn: Das Versorgungspotential bleibt gleich niedrig; Kliniken sowie Pflege- und Reha-Einrichtungen leiden in strukturschwachen Regionen genauso am bereits bestehenden Ärztemangel wie die ambulante Versorgung.

Eine Lockerung der Residenzpflicht kann zumindest dafür sorgen, dass die für Ärzte wichtigen Kriterien der persönlichen und familiären Lebensplanung (kulturelle Angebote, schulische Ausbildung, Arbeitsmöglichkeiten für den Partner) nicht ganz so stark in Konflikt zu einer vertragsärztlichen Tätigkeit in strukturschwachen Regionen treten.

Besonders fragwürdig ist hingegen die Regelung zum Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen in überversorgten Gebieten per Verwaltungsakt, wenn kein Angehöriger oder bisher angestellter Arzt die Praxis fortführen will, nach Abschluss des Kaufvertrags. Diese Praxis – nach Abschluss einer vertraglichen Vereinbarung per Verwaltungsakt diese aufzulösen – sichert zwar dem Praxisinhaber den Marktpreis, ist aber für den Bewerber unzumutbar.

Zugleich ist völlig offen, aus welchen Mitteln die KVen derartige „Verwaltungsakte“ finanzieren sollen: Auch der Verwaltungshaushalt einer KV wird von den Ärzten gespeist, die die Versorgung sicherstellen. Der Hartmannbund rät daher dringend, von der vorgesehenen Regelung zum Praxisaufkauf durch die KVen abzusehen.

Die vorgesehenen Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten (z.B. anschließende Bevorzugung bei der Nachbesetzung von Arztsitzen in überversorgten Regionen) sind unzureichend. Stattdessen sind die Länder und Kommunen in der Pflicht, dieses gesamtgesellschaftliche Problem anzugehen. Entsprechend sollte den Ländern nur dann ein Beanstandungsrecht und die Möglichkeit einer Ersatzvornahme bei den Bedarfsplanungsbeschlüssen eingeräumt werden, wenn sie entsprechende Investitionen in die soziokulturelle und Infrastrukturentwicklung strukturschwacher Regionen nachweisen können. Mitsprache und Mitbestimmung ist nur dann sinnvoll, wenn eine finanzielle Mitverantwortung besteht.

In diesem Zusammenhang ist die Einrichtung eines Strukturfonds aus Mitteln der Gesamtvergütung zur Finanzierung von Fördermaßnahmen in unterversorgten Gebieten in Frage zu stellen. Die die

Versorgung sicherstellenden Ärzte dürfen nicht für strukturpolitische Fehler der Länder und Kommunen bestraft werden. Statt dies den KVen freizustellen, sollten die Länder dazu verpflichtet werden, solche Strukturfonds – aus Steuermitteln finanziert – bereitzustellen.

Den zusätzlichen Einflussmöglichkeiten der Politik auf die Zusammensetzung des GBA steht der Hartmannbund ebenfalls skeptisch gegenüber. Grundsätzlich stellt dies eine Schwächung der Selbstverwaltung dar. Ein sich daraus ergebender Nutzen für die ambulante Versorgungssituation ist nicht erkennbar.

3. Ambulante spezialärztliche Versorgung

Das Ziel einer sektorenübergreifenden Versorgungsstruktur ist zu begrüßen. Der Effizienzgewinn, der mit der im Gesetzentwurf vorgesehenen „Ambulanten spezialärztlichen Versorgung“ (ASV) erreicht werden soll, ist allerdings fraglich. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die ASV nicht zu einer Verdrängung von ambulanten Strukturen führen darf, die eine wohnortnahe und flächendeckende Versorgung gewährleisten. Voraussetzungen dafür sind:

- **Eingrenzung auf tatsächlich hochspezialisierte Leistungen erfordernde Erkrankungen.** – Die Definition spezialärztlicher Leistungen sowie die Kriterien für Schwere oder Seltenheit der sie erfordernden Erkrankung sind in dreiseitigen Verträgen zwischen den Beteiligten zu fixieren. Diese Aufgabe sollte weder dem GBA noch dem Gesetzgeber obliegen, um politisch motivierte Ausweitungen der Leistungen mit dem Ziel einer langfristigen Verdrängung der ambulanten fachärztlichen Strukturen zu vermeiden.
- **Einheitliche Vergütung auf Basis der ärztlichen Leistung (GOÄ).** – Eine (pauschalierte) Vergütung nach EBM ist wegen ihrer Leistungsfeindlichkeit und mangelnden Differenziertheit prinzipiell – d.h. auch für einen Übergangszeitraum – abzulehnen. Sie führt zu einer Benachteiligung der niedergelassenen Fachärzte, da diese im Vergleich zu Kliniken keine Möglichkeiten der Quersubventionierung besitzen und im Rahmen eines Preiswettbewerbs dauerhaft benachteiligt würden. So haben möglicherweise neben den Krankenkassen auch Krankenhäuser im Wettbewerb der Sektoren ein Interesse an (relativ zur Einzelleistungsvergütung) niedrigen Pauschalen. Die angestrebte Vergütungsregelung über dreiseitige Verträge ist daher ohne Alternative. In diesem Zusammenhang ist auch die in § 87 Absatz 5a SGB V für den Übergang vorgesehene Zusammensetzung des Bewertungsausschusses zur Bewertung ärztlicher Leistungen nach §116b SGB V (3 DKG-, 3 KBV- und 6 Kassenvertreter) zu kritisieren, da diese Stimmverteilung die niedergelassenen Fachärzte strukturell schlechter stellen würde.
- **Berücksichtigung der unterschiedlichen Finanzierungsbedingungen.** – Der (vorläufige) Investitionskostenabschlag für Kliniken scheint zunächst sinnvoll, führt aber durch die einseitige Verbilligung der Leistung im Krankenhaus zu einer Wettbewerbsverzerrung. Die Krankenkassen könnte dies zu einer einseitigen Steuerung der Patientenströme in Richtung Krankenhaus veranlassen. Um diesen Effekt zu vermeiden, ist die Reformierung der dualen Krankenhausfinanzierung hin zu einer monistischen Finanzierung unabdingbar.

- **Finanzierung nicht allein auf Kosten der Gesamtvergütung.** – Neben einer Bereinigung der Gesamtvergütung ist auch eine Berücksichtigung in den Krankenhausbudgets vorzusehen.
- **Gleich hohe Qualitätsanforderungen.** – Eine niedrige Zugangsschwelle für teilnehmende Ärzte und Kliniken ist grundsätzlich zu vermeiden. Es ist sicherzustellen, dass im Sinne der Patientensicherheit und gemäß der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und anderer Vorschriften im vertragsärztlichen Bereich ausschließlich Fachärzte die ambulante spezialärztliche Behandlung durchführen dürfen. Entsprechend muss die Zulassung zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung arztbezogen erfolgen.

Da aufgrund der Zusammensetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses eine gleichberechtigte Vertretung der Interessen der beiden beteiligten Sektoren nicht sichergestellt werden kann (die Gesamtheit der Stimmen der Ärzte/Krankenhäuser entspricht lediglich der Stimmenzahl der Krankenkassen, hinzu käme die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden), ist im Sinne einer tatsächlich gleichberechtigten Interessenvertretung der ambulant tätigen Vertragsärzte auf der einen und der Krankenhäuser auf der anderen Seite eine dreiseitige Vertragsregelung (analog § 115b SGB V) vorzusehen.

- **Überweisungsvorbehalt.** – Die Notwendigkeit eines Überweisungsvorbehaltes ergibt sich aus dem hochspezialisierten Charakter der ambulanten spezialärztlichen Versorgung. Die notwendige Basis jeder spezialärztlichen Untersuchung oder Behandlung muss eine gesicherte Diagnose, zumindest aber eine fachlich fundierte Verdachtsdiagnose sein.
- Eine **Kooperation mit dem ambulanten Sektor** ist grundsätzlich sinnvoll. Dies gilt nicht nur – wie bisher vorgesehen – für Leistungen der onkologischen Versorgung. Sinnvoll wäre eine Kooperation für alle Indikationen, vor allem im Rahmen bereits bestehender Strukturen. Eine zwingende Pflicht zur Kooperation ist dagegen nicht sinnvoll, vor allem im Hinblick auf im Einzelfall schlicht nicht vorhandene Kooperationspartner oder aufgrund von Differenzen nicht zustande kommende Kooperationen.

Positiv bewertet der Hartmannbund die vorgesehene nichtbudgetierte Vergütung der erbrachten Leistungen. Dies ermöglicht eine adäquate Behandlung der Patienten, die sich allein an der medizinischen Notwendigkeit orientiert.

4. Vertragsärztliche Pflichten

Die Ausweitung der Regelungen zum § 128 SGB V bewertet der Hartmannbund kritisch. In der Sache liegt mit der Neufassung des § 128 SGB V ein nicht unerheblicher Eingriff in die Gesetzgebungskompetenz der Länder auf dem Gebiet der ärztlichen Berufsausübung vor, die zu verfassungsrechtlich bedenklichen Wertungswidersprüchen zwischen Sozial- und Berufsrecht führt.

- Die Zielrichtung des neu hinzugefügten Absatzes 5a, wonach Vertragsärzte, die „Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung anstelle der ihnen zustehenden Leistung der GKV beeinflussen“, damit künftig gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten verstoßen sollen, ist nicht nachvollziehbar: Das Berufsrecht verpflichtet den Arzt, sein ärztliches Han-

deln ausschließlich am Wohl des Patienten auszurichten und diesen mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu versorgen. Dabei dürfen die Interessen Dritter – wozu auch die Gemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten zählt – nicht maßgebend sein. Die Entscheidung darüber, welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden geeignet sind, obliegt – u.a. unter Berücksichtigung der Aufklärungspflicht – ausschließlich dem behandelnden Arzt, wobei dieser die Wünsche und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu respektieren hat. Die o.g. Formulierung kann daher nur als Eingriff in die Berufsfreiheit des Arztes und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten gewertet werden und ist somit ersatzlos zu streichen.

- Die Ausweitung des Tatbestandes der unerlaubten Zuwendung im Zusammenhang mit der Abgabe von Hilfsmitteln um „Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich mit beeinflussen können“, ist nicht eindeutig, da die verschiedenen möglichen Formen der Einkünfte nicht hinreichend spezifiziert sind. Die Regelung ist somit juristisch nicht tragfähig und schafft angesichts der bestehenden berufsrechtlichen Regelungen unnötige Rechtsunsicherheit.

Generell ist sowohl die Einheit der Rechtsordnung anzumahlen, als auch vor der erheblichen Verunsicherung zu warnen, die eine übermäßige legislative Tendenz zur Kriminalisierung der freiberuflichen Tätigkeit mit sich bringt.

5. Sonstiges

Die längeren Genehmigungszeiträume für Heilmittel sowie der vorgesehene Grundsatz „Beratung vor Regress“ sind im Sinne einer Steigerung der Attraktivität der vertragsärztlichen Tätigkeit ausdrücklich zu begrüßen. Das gilt auch für die Regelung, dass ein Regress erst nach dem Zeitraum fällig werden kann, für den beraten wurde. Grundsätzlich vertritt der Hartmannbund jedoch die Auffassung, dass Ärzte nicht für die Kosten der von ihnen verordneten Heil- und Arzneimittel verantwortlich gemacht werden können, da sie auf die Preisgestaltung keinerlei Einfluss haben und berufsrechtlich verpflichtet sind, die für den Patienten angemessene Therapie zu gewährleisten.

Die Ausweitung der Möglichkeit zur Delegation ärztlicher Leistungen zur Entlastung der Ärzte wird begrüßt. Jedoch müssen solche Leistungen angemessen in den Vergütungsvereinbarungen berücksichtigt werden. Entsprechende Vorgaben sind anzustreben.

Die geplanten Neuregelungen zu MVZ, wonach der ärztliche Leiter dort auch selbst als Arzt tätig und in medizinischen Fragen weisungsfrei sein muss, sind zu begrüßen.

Die Anpassung der Vertretungsregelung für niedergelassene Ärzte bei Erziehungs- und Pflegezeiten sowie deren Anrechnung auf die Dauer der ärztlichen Tätigkeit bei einer Zulassungsvergabe bzw. Nachbesetzung von Arztsitzen ist als wichtiger Schritt zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu begrüßen.