

Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Regierungsentwurf) – GKV-Versorgungsstrukturgesetz –

Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V., begrüßt die Intention des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes und die darin beschriebene Agenda. Die Politik erkennt erstmals an, dass es in Deutschland einen Ärztemangel gibt und die ambulante Versorgung in Zukunft stark gefährdet ist; ein Umstand den Vorgängerregierungen und die von ihnen bestellte Leitung des Bundesgesundheitsministeriums stets leugneten. Gründe des Ärztemangels liegen im demografischen Wandel – auch in der Ärzteschaft –, in der sinkenden Attraktivität des Arztberufes und in den anachronistischen Regelungen der Bedarfsplanung. Im vorliegenden Entwurf zu einem Versorgungsstrukturgesetz setzt die Politik dabei weitestgehend auf die bestehenden selbstverwalteten Strukturen – insbesondere den Kollektivvertrag über die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Gemeinsamen Bundesausschuss – und baut bestehende Befugnisse und Verantwortlichkeiten der Körperschaften und Institutionen weiter aus.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz geht die schwarz-gelbe Regierungskoalition nun an die Reform der Strukturen des Gesundheitswesens und spannt den Bogen des gesundheitspolitischen Programms: Mit dem Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG) und dem GKV-Finanzierungsgesetz hat die schwarz-gelbe Koalition das dritte große Gesetzesvorhaben im Bereich Gesundheit auf den Weg gebracht. Nachdem das AMNOG inzwischen Wirkung zeigt – so konnten im ersten Quartal dieses Jahres im Arzneimittelbereich erstmals Ausgabensenkungen verzeichnet werden – wurde durch das GKV-Finanzierungsgesetz das für dieses Jahr drohende Defizit in der Gesetzlichen Krankenversicherung zunächst abgewendet werden.

Im Einzelnen beschränkt sich die Stellungnahme des NAV-Virchow-Bundes auf Bereiche mit direkten Auswirkungen auf niedergelassene Ärzte:

Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung und MVZ

Das Setzen von Anreizen wird als der richtige Weg erachtet, die Niederlassung in ländlichen und unterversorgten Gebieten attraktiver zu gestalten. Daher wird die Abschaffung der Mengensteuerung durch **Abstaffelung** von Mehrleistungen in strukturschwachen Gebieten begrüßt. Dabei ist jedoch zu klären, woher die Mittel für diese Mehrausgaben fließen. Sie können keinesfalls durch bloße Umverteilung innerhalb der Ärzteschaft anderen Fach- und Arztgruppen entzogen werden.

Der NAV-Virchow-Bund begrüßt die Intention des Gesetzgebers, reine Kapitalinteressen bei Gründung und Betrieb von **Medizinischen Versorgungszentren** zu begrenzen und stattdessen die Freiberuflichkeit der in MVZ tätigen Ärztinnen und Ärzte

zu stärken. Insofern unterstützt der Verband das Vorhaben, dass der ärztliche Leiter eines MVZ in der Einrichtung selbst tätig sein muss und in medizinischen Fragen keinerlei Weisungen unterliegt.

Ebenfalls Zustimmung findet der Plan, wonach MVZ künftig nicht mehr in der Rechtsform von Aktiengesellschaften, sondern nur noch in Personengesellschaften oder Gemeinschaften mit beschränkter Haftung gegründet sein dürfen.

Der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands sieht jedoch die dringende Notwendigkeit, dass Medizinische Versorgungszentren künftig auch von Zusammenschlüssen von Ärzten gegründet werden dürfen, beispielsweise durch Ärztenetze und -verbände. Hierzu ist es erforderlich, diesen Zusammenschlüssen den sozialrechtlichen Status eines Leistungserbringers zu gewähren. Gerade diese Ausweitung der Gründereigenschaften stellt den Betrieb eines von Freiberuflichkeit bestimmten Versorgungszentrums – insbesondere in strukturschwachen Regionen – zukünftig sicher.

Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems

Der NAV-Virchow-Bund hält es für zweckmäßig und sachgerecht, dass die Honorarverteilung wieder auf Ebene der regionalen Kassenärztlichen Vereinigung geregelt wird. Versorgung wird **regional** und differenziert organisiert und kann nicht nach zentralistischen Vorgaben festgelegt werden. Zu befürworten ist die Veränderung, die Honorarverteilung nur noch im Benehmen statt im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen vorzunehmen. Hier sollte der Gesetzgeber für mehr Wettbewerb sorgen, in dem auf Landesebene **kassenartenspezifische Honorarverteilungsverträge** ermöglicht werden. In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass ein einheitliches Abstimmungsverhalten mit beträchtlichem Abklärungsbedarf innerhalb des Kassenlagers verbunden war. Das „gemeinsam und einheitliche Handeln“ hat sich hierbei eher als Hindernis erwiesen, da jede Kassenart für sich primäre Eigeninteressen verfolgt. Eine einheitliche Meinungsbildung auf Kassenseite und damit auch die gesamten Honorarverhandlungen wurden dadurch erheblich erschwert. Daher sollte die Abschlusskompetenz wieder auf die Ebene der Gesamtvertragspartner, also nach Kassenarten getrennt, verlagert werden.

Die strikte Trennung von haus- und fachärztlichem Honorartopf muss der Gesetzgeber deutlicher formulieren. Des Weiteren fordert der NAV-Virchow-Bund die komplette **Trennung der haus- und fachärztlichen Honorartöpfe** von den psychotherapeutischen. Bislang verursachten die Krankenkassen durch Ausweitung von durch Kassen genehmigten Antrags- und Richtlinienpsychotherapien damit eine unverhältnismäßige Belastung des fachärztlichen Honorartopfes.

Der NAV-Virchow-Bund fordert, die im Referentenentwurf enthaltene Streichung der erweiterten Möglichkeiten zur **Zulassung bei Arztgruppen unter 1.000 Ärzten (Humangenetiker und Nuklearmediziner)** beizubehalten. Diese Regelung hat zu einem ausgeweiteten Niederlassungsverhalten dieser Fachgruppe und einer massiven Honorarverlagerung in diesen Bereich geführt.

Die ersatzlose Streichung der **Ambulanten Kodierrichtlinien** wird begrüßt, die im Gesetzestext formulierte Begründung uneingeschränkt geteilt („... weil Aufwand und Nutzen in keinem sachgerechten Verhältnis zueinander stehen“).

Ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV)

Der NAV-Virchow-Bund begrüßt zunächst, dass ein nicht budgetierter Leistungsbe- reich entsteht und der Versuch unternommen wird, die Sektoren zwischen ambulant und stationär zu überwinden. Vorrangiges Ziel muss jedoch sein, **Sektoren zu ü- berwinden** und nicht einen dritten Sektor entstehen zu lassen, um den sich die betei- ligten Leistungserbringer streiten und den die Beteiligten gegen alle anderen ab- schotten.

Anstatt Zugangsvoraussetzungen, Indikationskataloge und Qualitätsanforderungen über langwierig zu entwickelnde Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesaus- schuss bestimmen zu lassen, fordert der NAV-Virchow-Bund dreiseitige Verträge zwischen Kassen, Kliniken und Ärzten. Dies ist zweckmäßiger, sachgerechter und vor allem schneller umsetzbar. Gegenüber einer vereinheitlichten „Richtlinien- Versorgung“ durch den G-BA kann so jedenfalls regionalen Besonderheiten in der Versorgung Rechnung getragen werden.

Zugangsvoraussetzung zur spezialfachärztlichen Versorgung muss die Überwei- sung durch einen niedergelassenen Facharzt sein. Der Indikationskatalog ist durch den gemeinsamen Bundesausschuss strikt zu definieren. Dies erfordert insbesonde- re Trennschärfe bei der Definition der „besonderen Verlaufsformen“ in der Onkologie.

Zentraler Punkt sind aus Sicht des NAV-Virchow-Bundes aber die gleichen Wettbe- werbsbedingungen für den ambulanten und stationären Bereich. In beiden Sektoren müssen der **Facharztstandard** und die **persönliche Leistungserbringung** Voraus- setzung für die Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sein. Dies müsste beispielsweise durch Abrechnung über die lebenslange Arztnummer (LANR) sichergestellt werden. Eine Institutsermächtigung für den § 116b SGB V wird abgelehnt.

Des Weiteren ist die Frage offen, wer die materiellen und sachlichen **Zulassungs- voraussetzungen** zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung überprüft. In der Klinik müssen die gleich hohen Qualitätsstandards herrschen, wie sie über die Kas- senärztlichen Vereinigungen gewährleistet werden.

Die KVen sind aus Sicht des NAV-Virchow-Bundes mit Einführung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung ohnehin viel stärker in der Pflicht als bislang: Sie sollten für einen **bürokratiearmen Zugang** ihrer Mitglieder für die ambulante spezialärztli- che Versorgung sorgen. Den Nachweis für die Teilnahmeberechtigung am spezial- ärztlichen Versorgungsbereich sollte zukünftig allein über die jeweilige KV erfolgen und nicht, wie im Referentenentwurf vorgesehen, über die jeweilige Landesbehörde. Die KV kann zudem die erforderlichen Qualitätsanforderungen der teilnehmenden Ärzte ermitteln. Da zahlreiche an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teil-

nehmende Ärzte parallel auch „regulär“ fachärztlich sein werden, würden Doppelstrukturen aufgebaut und den teilnehmenden Ärzten ein erhebliches Mehr an Bürokratie zugemutet.

Um weiterhin keine neue Bürokratie entstehen zu lassen, sollte der Gesetzgeber für ambulante spezialärztliche Leistungen eine **Abrechnung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen** ermöglichen.

Um Chancengleichheit auch bei der Finanzierung zu gewährleisten, ist der Vergütungsabschlag von 5% für die Krankenhäuser kein ausreichender Weg. Die massiven Investitionsvorteile der Krankenhäuser gegenüber Praxisärzten werden damit keinesfalls ausgeglichen. Bis zur dringend erforderlichen Einführung der monistischen Finanzierung der Krankenhäuser wäre stattdessen ein **Vergütungszuschlag** für den niedergelassenen Bereich zielführend. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Leistungen auf EBM-Basis vergütet werden sollen und dieser derzeit auf einem Punktwert von real 3,2 Cent statt den betriebswirtschaftlich kalkulierten 5,11 Cent basiert.

Eine **Bereinigung** allein im Bereich der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung wird abgelehnt. Hierdurch wird die Spezialversorgung zu Lasten der übrigen wohnortnahen fachärztlichen Versorgung etabliert. Zur Wahrung der Chancengleichheit müssten die entsprechenden Budgets der Krankenhäuser ebenfalls bereinigt werden. Stattdessen wäre es nicht nur sachgerecht, es würde auch die Bedeutung des neu geschaffenen Sektors unterstreichen, wenn die ambulante spezialärztliche Versorgung über eine **extrabudgetäre Finanzierung** erfolgen würde.

Durch Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes wurde die bislang gängige Praxis, gut funktionierende und sinnvolle **Kooperationen** zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern **beim Ambulanten Operieren** beendet. Ein wichtiges Modell ist dabei die Arbeit eines niedergelassenen Operateurs in einem Krankenhaus als Kooperationsarzt. Hierbei operiert der niedergelassene Arzt seine eigenen Patienten ambulant in einem Krankenhaus mit Hauptabteilung desselben Fachgebietes. Die Abrechnung wird über das Krankenhaus erledigt und der Operateur erhält vom Krankenhaus dafür eine Vergütung.

Das Bundessozialgericht urteilte nun, dass nach § 115 b SGB V ambulante Operationen im Krankenhaus nur von am Krankenhaus angestellten oder von Belegärzten durchgeführt werden dürften. Diese aus unserer Sicht rein formaljuristische Betrachtungsweise steht einer sinnvollen, Sektoren überwindenden und zudem kostengünstigen Zusammenarbeit entgegen. Patienten bevorzugen es, von einem ihnen bekannten Arzt operiert zu werden. Gleichzeitig ist es patientenorientiert wenn die Operation in einem Krankenhaus stattfindet, das für den Eventualfall alle Möglichkeiten bereithält. Bei dem bislang praktizierten Modell werden gerade die häufig beklagten Schnittstellenprobleme gelöst. Insofern ist die beschriebene Konstruktion neben den anderen klassischen Möglichkeiten, die weiter bestehen sollen, ausgesprochen sinnvoll, stößt jedoch jetzt auf juristische Probleme. Wenn der Gesetzgeber mit der Überwindung der Sektoren ernst machen will, muss im Versorgungsgesetz durch ent-

sprechende Formulierungen diese Möglichkeit ausdrücklich erlaubt werden. Voraussetzend sollte diese Lösungsmöglichkeit auch für die Operation bei stationären Patienten ermöglicht werden. Eine Lösungsmöglichkeit bestünde in den Änderungen des § 107 Abs. 1 SGB V sowie des § 2 Abs. 2 KHEntgG.

In § 107 Abs. 1 SGB V könnte ein klarstellender Zusatz in Nr. 3 aufgenommen werden: „3. Mithilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichen, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischen Personal, das durch Rechtsgeschäft gleich welcher Art zur Mitwirkung bei der Hilfeleistung verpflichtet ist, darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu helfen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder der Geburtshilfe zu leisten...“.

Hiermit wäre klargestellt, dass einerseits das Krankenhaus als Träger der Behandlung jederzeit über entsprechendes Personal verfügen muss, andererseits jedoch gleichgültig ist, auf welcher rechtlichen Grundlage die Verpflichtung des Personals zur Mitwirkung bei der Hilfeleistung erfolgt.

Um klarzustellen, dass Leistungen, die durch Kooperationspartner als stationäre Leistungen erbracht werden, wird es für richtig erachtet, § 2 Abs. 2 KHEntgG um folgenden Satz 2 zu ergänzen, der bisherige Satz 2 würde zu Satz 3. Der neu einzufügende Satz 2 könnte lauten: „Zu den Krankenhausleistungen gehören auch solche Leistungen, die durch ärztliches Personal, das in den Arbeitsablauf des Krankenhauses eingegliedert ist, ohne jedoch beim Krankenhaus angestellt zu sein, erbracht werden.“

Fachärztliche Legaldefinition

Das Sozialgesetzbuch beinhaltet nach wie vor keine Legaldefinition des Facharztes (§ 73). Obwohl die Beschreibung des hausärztlichen Bereiches etabliert und die Schaffung eines ambulanten spezialärztlichen Versorgungsbereichs vorgesehen ist, findet der Facharzt keinerlei Erwähnung. Dies nachzuholen ist nicht nur ein Anerkenntnis der Versorgungsrealität, sondern wäre zudem ein positives Signal für alle niederlassungswilligen Fachärzte. Dies wäre auch als Impuls gegen den Ärztemangel, der auch im fachärztlichen Bereich droht, zu verstehen. Zudem entstehen weder für die Krankenkassen noch für die öffentliche Hand Kosten.

Delegation ärztlicher Leistungen

Der NAV-Virchow-Bund begrüßt den im Gesetz formulierten Auftrag an Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband, eine Liste delegationsfähiger Leistungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung zu erstellen. Ergänzend hierzu muss die Bundesärztekammer Einwirkungsmöglichkeiten haben. Ein reines Beteiligungsrecht und die Möglichkeit zur Stellungnahme allein reichen hierzu nicht aus.

Bei jeder Form von Delegation ärztlicher Leistungen muss die Letztverantwortung des Arztes erhalten bleiben. Auch im Bereich ärztlich verantworteter aber delegierter Leistungen muss das Prinzip gelten, dass Geld der Leistung zu folgen hat.

Eine Substitution ärztlicher Aufgaben wird strikt und kategorisch abgelehnt.

Ärztennetze

Im Arbeitsentwurf zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz bestand noch die Möglichkeit, Ärztenetzen einen (Teil-)Sicherstellungsauftrag für eine regionale Vollversorgung zu übertragen. Diese Passage fehlt im Referentenentwurf zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz völlig.

Inzwischen bestehen heute über 400 Netze in denen schätzungsweise rund 30.000 Ärzte tätig sind. Einige sind inzwischen so weit entwickelt, dass diese bereits direkte Verträge mit einigen Krankenkassen abgeschlossen haben und einen Teil der medizinischen Versorgung selbst gestalten.

Um Praxisnetze, die über nennenswerte Versorgungsverträge verfügen, ein professionelles Netzwerkmanagement umgesetzt haben, Versorgung gestalten oder teilweise übernehmen, zu stärken und Anreize zur Weiterentwicklung weiterer bestehender Netze zu bieten, ist eine Unterstützung durch den Gesetzgeber erforderlich. Krankenkassen alleine sehen ohne die rechtlichen Rahmenbedingungen und entsprechende Anreize keine Veranlassung, diesen Versorgungsbereich weiterzuentwickeln.

Letztendlich ist es das Ziel, eine moderne, wirtschaftliche und patientenfreundliche regionale Versorgung zu gewährleisten. Dabei kommt den Praxisnetzen zukünftig eine besondere Rolle zu. Um Kooperationen in Netzstrukturen für Ärzte attraktiver zu gestalten und um für Kostenträger die richtigen Anreize zu setzen, diese Netzstrukturen aktiv zu begleiten, schlagen wir folgende Schritte für das GKV-Versorgungsstrukturgesetz vor:

Leistungserbringereigenschaften für Ärztenetze im SGB V

Es ist von zentraler Bedeutung, dass kooperative Strukturen von Ärzten oder Praxisnetze im Sinne einer regionalen effizienzorientierten Vollversorgung (REV) **zugelassene Leistungserbringer im SGB V** werden. Dies betrifft insbesondere die Beteiligung an Strukturverträgen (§ 73a, Absatz 1, Satz 1 SGB V) und die Möglichkeit zur Gründung von Medizinischen Versorgungszentren.

Anreiz statt Zwang – Stärkung des Engagements von Krankenkassen

Krankenkassen haben in der Vergangenheit die gesetzlichen Möglichkeiten für innovative Versorgungsformen nur sehr zurückhaltend genutzt. Neben dem Mangel an finanziellen Mitteln fehlte der nötige Druck, abseits des Kollektivvertrages neue Wege zu beschreiten.

Stattdessen müssen die **Anreize für Krankenkassen** ausgebaut werden, mit Praxisnetzen im Sinne einer regionalen effizienzorientierten Vollversorgung, Versorgungsverträge abzuschließen. Dazu bestimmt der Gesetzgeber, dass jährlich ein Anteil von zunächst einem Promille des Gesundheitsfonds für den Abschluss und die Umsetzung von Selektivverträgen mit fachübergreifenden Praxisnetzen durch die Kassen genutzt werden müssen. Tun sie es nicht, darf aber das zur Verfügung stehende Geld nicht an die Kassen fließen. Es entsteht also ein „**Innovations-Fonds**“ im Gesundheitsfonds.

Zugleich oder stattdessen erhalten die Kassen – analog Morbi-RSA – einen Zuschlag je Patient, der in einem Praxisnetz eingeschrieben ist und im Selektivvertrag versorgt wird. Diese „Netz-Pauschale“ deckt den zusätzlichen Steuerungs- und Koordinierungsaufwand der Kassen sowie der beteiligten Ärzte ab und fließt zu einem definierten Anteil natürlich auch an die Ärzte in Form von Zusatzvergütungen.

Vergütungsaufschläge innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung

Der Gesetzgeber verpflichtet die Kassenärztliche Bundesvereinigung, mehrheitlich vertragsärztlich getragene Zusammenschlüsse, die für definierte Regionen Verantwortung für die medizinische und wirtschaftliche Versorgung übernehmen, definierte Managementstrukturen aufweisen und ihre Ergebnisqualität einem Qualitätsvergleich stellen, den gleichen Regeln zu unterwerfen wie andere Berufsausübungsgemeinschaften auch. Diese Vergütungsaufschläge werden um einen Versorgungsaufschlag ergänzt, wenn in der Region oder einer Teilregion ein bestimmtes Maß an ärztlicher Versorgung unterschritten wird (§ 105 SGB V). Zusätzlich können Elemente einer qualitätsbezogenen Vergütung (Pay for Performance), entsprechend den Effizienzgewinnen im Rahmen der Budgetübernahme, eingeführt werden.

Lokaler (Teil-)Sicherstellungsauftrag

Kooperative Strukturen von Ärzten oder Praxisnetze erhalten von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung für eine definierte Region und auf einen definierten Zeitraum einen lokalen (Teil-)Sicherstellungsauftrag. Voraussetzung hierfür ist die Zertifizierung oder Akkreditierung auf der Basis von zu schaffenden Kriterien. Damit könnten die Kassenärztlichen Vereinigungen Netze mit einem entsprechenden regionalen Versorgungsauftrag beleihen. Damit hätten die Netze die Möglichkeit sowohl kollektivvertragliche Leistungen zu erbringen (kassenartenübergreifend und unabhängig von einzelvertraglichen Lösungen) als auch einzel- oder selektivvertragliche Versorgungsangebote zu vereinbaren. Ärzte und Patienten, die nicht in Netzstrukturen versorgen oder versorgt werden, verbleiben im Kollektivvertrag.

Anforderungskatalog für die Zertifizierung oder Akkreditierung von Ärztenetzen

Kriterien für eine Zertifizierung oder Akkreditierung sind die Erfüllung von Standards für die Bereiche

- Organisationsstruktur
- Netzwerk-Management

- Prozesse
- IT-Entwicklung
- interne Strukturen
- Qualitätsparameter
- Übernahme der wirtschaftlichen Verantwortung (Budgetverantwortung)

Als Vorbedingung haben Praxisnetze nachzuweisen, dass Sie mindestens drei Jahre existieren und mindestens zwei Jahre in der Umsetzung fach- und sektorenübergreifender Projekte und Verträge Erfahrungen gesammelt haben. Idealerweise verfügt das Netz über Erfahrungen in der Umsetzung von Verträgen mit Budgetverantwortung.

Kostenerstattung

Der im Vorfeld von Teilen der Koalition bekundete Wille zur Liberalisierung der Möglichkeiten zur Ausweitung von Kostenerstattung findet im Versorgungsstrukturgesetz keinen Niederschlag. Weder eine Ausweitung des § 13 SGB V, noch eine Konkretisierung über Wahltarife der Krankenkassen sind im Gesetzestext formuliert. Dadurch dokumentiert sich die fehlende Entschlossenheit der Politik, dieses Kernanliegen von weiten Teilen der niedergelassenen Ärzteschaft in dieser Legislaturperiode weiterzuverfolgen. Der NAV-Virchow-Bund fordert nachdrücklich die Ausweitung der Möglichkeit zur Kostenerstattung, da das Gesundheitssystem nur durch Elemente der sozial gestalteten Kostenbeteiligung und Eigenverantwortlichkeit des Patienten zukunftsfest und finanzierbar entwickelt werden kann. Das vorliegende Gesetz bleibt damit weit hinter den Erwartungen und den formulierten Zielen des Koalitionsvertrages zurück.

Berlin, im September 2011

Klaus Greppmeir
Hauptgeschäftsführer