

**Gemeinsame Stellungnahme**  
**des Berufsverbandes Deutscher Rheumatologen e.V.,**  
**des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken e.V.**  
**und der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie**  
**zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der**  
**gesetzlichen Krankenversicherung**

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit  
  
Ausschussdrucksache  
17(14)0188(28)  
gel. VB zur öAnhörung am 19.10.  
11\_VStG  
13.10.2011

Grundsätzlich ist sehr zu begrüßen, dass das Bundesministerium für Gesundheit mit dem Referentenentwurf für das Versorgungsgesetz die sehr ernsthafte Absicht erkennen lässt, mit den Gesetzesänderungen eine nachhaltige Versorgungsverbesserung zu erreichen.

Für eine Verbesserung der Versorgung von Patienten mit chronisch-entzündlichen Rheumaformen wie z. B. rheumatoider Arthritis, Morbus Bechterew, Psoriasisarthritis, Vaskulitiden und Kollagenosen (Prävalenz ca. 1.5 Mio Einwohner) bestehen in dem Referentenentwurf des BMG zielführende Vorgaben. In diesem Zusammenhang wäre es hilfreich, noch einzelne Konkretisierungen und Ergänzungen zu erhalten.

Anregungen für Ergänzungen und für Konkretisierungen zum geplanten Versorgungsgesetz sind aus der Sicht der Rheumatologie nachstehend aufgeführt:

#### **Zu II.2.1. Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung:**

Ein wichtiges, möglicherweise das größte Hemmnis für die Behebung der Versorgungsdefizite in der ambulanten rheumatologischen Versorgung ist die derzeit bestehende Bedarfszulassung, die durch die Gleichstellung der Rheumatologen mit den Facharztinternisten eine erhebliche Erschwernis bei der Zulassung zur ambulanten Versorgung darstellt.

Die vorgesehene Neugestaltung der Bedarfszulassung ist für die rheumatologische Versorgung nur dann hilfreich, wenn diese Fachgruppe (Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie) eine *eigene Bedarfszulassung* erhält. Dies ist im Referentenentwurf des BMG nicht vorgesehen.

Der aktuelle Referentenentwurf sieht eine Regionalisierung der Zulassungssteuerung über Landesausschüsse vor. Ohne bundeseinheitliche Vorgaben wird dies absehbar für die Rheumatologie zu regional sehr unterschiedlichen Versorgungsgraden führen.

**Lösungsvorschlag:** Neben der bisherigen Einteilung der Fachgebiete sollte eine gesonderte Berücksichtigung von (bisher nicht erfassten) Fachgebieten erfolgen, bei denen für die im Fachgebiet versorgten Indikationen eine Unterversorgung festzustellen ist.

## **Formulierungsvorschlag:**

**§101 Satz (2) Absatz 2** soll folgendermaßen ergänzt werden:

2. weil die Zahl der Ärzte einer Arztgruppe bundesweit die Zahl 1.000 übersteigt, *„oder weil die Zahl der Ärzte einer Arztgruppe nicht hinreichend ist, um die Versorgung im zugeordneten Versorgungsbereich zu gewährleisten“*.

**§ 101 Satz (2) Absatz 3.** soll folgendermaßen ergänzt werden:

3. zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung *„und hierbei insbesondere zur Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung in einem Versorgungsbereich in dem auf der Basis des Verhältnisses von Prävalenz der Erkrankungen und der Zahl der im Versorgungsbereich tätigen Ärzte, eine Unterversorgung festgestellt wurde“*.

**Begründung:** im Falle der Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie wäre es für die Verbesserung der Versorgung außerordentlich wünschenswert, dass die Zahl der Ärzte bundesweit die Zahl 1.000 übersteigen würde, um damit eine gesonderte Bedarfszulassung zu erhalten und die bisherigen Zulassungshemmnisse zu beseitigen. Entsprechend der Arztlzahlzunahme in den letzten Jahren ist allerdings frühestens für das Jahr 2040 mit einer entsprechenden Anzahl an Rheumatologen zu rechnen. Um diese paradoxe und in der täglichen Zulassungspraxis bisher versorgungsfeindliche Vorgabe für unsere Arztgruppe und ggf. andere Fachgruppen im SGB V zu „heilen“, ist die vorgeschlagene Ergänzung in Satz (2) Absatz 2 § 101 SGB V erforderlich.

Die Ergänzung in Satz (2) Absatz 3 § 101 SGB V ist unseres Erachtens sinnvoll, um eine zielführende Vorgabe für die Ermittlung von Unterversorgung, bzw. Überversorgung in einem Versorgungsbereich zu geben. Auf der Basis der Prävalenz der Erkrankungen, der bestehenden Arztlzahlen und der Zeit, die pro Arzt für einen Patienten mit der jeweiligen Erkrankung im Mittel erforderlich ist, lässt sich der Versorgungsbedarf und daran gemessen eine Unter- und Überversorgung ermitteln.

## **Zu II.2.4. Ambulante spezialärztliche Versorgung in der Neufassung des §116b**

Wir sehen in dieser Vorgabe des Referentenentwurfes die Chance, eine deutliche Verbesserung der Versorgung von Patienten mit chronisch-entzündlichen Rheumaformen zu erreichen. Nahezu alle chronisch-entzündlichen Rheumaformen und damit mehr als 80% des Versorgungsspektrums einer ambulanten internistisch-rheumatologischen Einrichtung sind in der Konkretisierung des GBA zum §116b aufgeführt.

Damit sind die Rheumatologen (=Fachärzte/innen für Innere Medizin und Rheumatologie) bezüglich der spezialärztlichen Versorgung in einer ähnlichen Position wie die Fachärzte für Innere Medizin und Onkologie.

Zielführend für eine bessere und umfangreichere Patientenversorgung ist der Wegfall von derzeit bestehenden Zulassungssperren, die Fallzahl- und Leistungs-bezogene Budgetbefreiung, die zumindest fakultativ die Versorgung von mehr Patienten durch Ambulanzen wie durch Niedergelassene ermöglicht und die in der Patientenversorgung wieder einen Leistungsbezug herstellt. Eine Leistungs-bezogene Vergütung ist gerade in der Versorgung von schwer erkrankten Patienten, die engmaschiger Kontrollen bedürfen, zielführend, um eine hohe und nachhaltige Versorgungsqualität zu gewährleisten.

Der vorliegende Referentenentwurf für eine Änderung des §116b enthält aus unserer Sicht allerdings auch Inhalte, die u. U. eine tatsächliche Verbesserung der Versorgung erschweren könnten.

**Mögliche Problemfelder in der Neufassung des §116 b SGB V, der spezialärztlichen Versorgung sind:**

- Die **Abrechnung und Wirtschaftlichkeitsprüfung** erfolgt allein über die Krankenkassen: es werden damit für diesen Sektor für die niedergelassenen Ärzte Verhältnisse hergestellt wie vor der Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen. Aus der Sicht der niedergelassenen Rheumatologen handelt es sich um einen Systembruch. Absehbar teure und aufwändige Verwaltungsstrukturen müssten von den Krankenkassen für den ambulanten Versorgungssektor neu aufgebaut werden, die für die haus- und fachärztliche Versorgung bereits umfänglich vorgehalten werden.
- **Lösungsvorschlag:** für die Abrechnung der zugelassenen Vertragsärzte können nach wie vor die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung stehen. Dies wäre aus Sicht der niedergelassenen spezialärztlichen Versorger ein sinnvoller Beitrag zur Reduzierung der Bürokratie, da ein Teil der ambulanten Versorgung (v. a. die Indikationen weichteilrheumatische Erkrankungen, stoffwechselbedingte rheumatologische Erkrankungen, osteologische Erkrankungen) nach wie vor im KV-System abzuleisten sind.  
Für Wirtschaftlichkeitsprüfungen sollten im Rahmen der spezialärztlichen Versorgung nach wie vor die Kassenärztlichen Vereinigungen für den ambulanten und die Krankenkassen für den stationären Versorgungssektor zuständig sein.

**Formulierungsvorschlag einer Ergänzung bzw. Änderung für § 116b Absatz (6) SGB V des Referentenentwurfes:**

- *„Die Abrechnung der Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung durch Vertragsärzte sowie die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität kann über die Kassenärztliche Vereinigung erfolgen.*
- Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität für Krankenhausärzte erfolgt *über die Krankenkassen.*
- Zu den Qualitätsvorgaben des Zuganges zur spezialärztlichen Versorgung: es werden seitens des BMG sachgerecht für alle Leistungserbringer gleiche Qualifikationsvoraussetzungen und einheitliche Versorgungsbedingungen gefordert. Mit der entsprechenden Konkretisierung ist der GBA beauftragt.
- **Lösungsvorschlag:** die für die bisherigen Ambulanzen nach § 116 b SGB V verpflichtend vorgesehene Team-orientierte multimodale interdisziplinäre

Behandlung mit Vorhalten von zahlreichen verschiedenen Fachärzten sollte z. B. nicht allein an ein Krankenhaus der Maximalversorgung oder an eine Klinikette gebunden sein, sondern alternativ sollte z. B. auch ein zu benennendes regionales Netzwerk, welches eine umfassende kooperative Versorgung mit erforderlichen Fachärzten, Physio-, Ergotherapeuten, Rheumachirurgen, etc. hat, gleichfalls geeignet sein.

Der GBA ist zu beauftragen, im Rahmen der Regelung der sachlichen und personellen Anforderungen an die spezialärztliche Versorgung, dafür Sorge zu tragen, dass ein hoher Qualitätsstandard der Versorgung gewährleistet wird, der von Seiten der strukturellen Voraussetzungen allen Versorgungsebenen den Zugang zur spezialärztlichen Versorgung ermöglicht.

- **Formulierungsvorschlag für § 116b Absatz (3) SGB V:** ... Er (GBA) regelt die sachlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialärztliche Leistungserbringung sowie die einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135 a in Verbindung mit § 137. *„Bei der Festlegung der Zugangsvoraussetzungen zur spezialärztlichen Versorgung, den geforderten Mindestvoraussetzungen hinsichtlich Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität unterstützt der Gemeinsame Bundesausschuss, die Festlegung von Zugangsvoraussetzungen, die geeignet sind, aus allen Versorgungsbereichen die spezialärztliche Versorgung umzusetzen..*

**Eine aus unserer Sicht im Referentenentwurf nicht hinreichend gelöste Chance zur Verbesserung der Versorgung:**

**Selektivverträge für Fachärzte nach § 73c, § 140:**

Krankenkassen meiden kooperativ angelegte Selektivverträge nach §73c und § 140.

Der Referentenentwurf zeigt keinen Ansatzpunkt, dass sich hieran Substantielles ändern könnte.

- Gemeinsam mit der KBV-Vertragswerkstatt haben wir im Jahre 2009 die Grundlagen für qualitätsorientierte add-on Selektivverträge mit dem Versorgungskonzept Rheumatoide Arthritis geschaffen. Das Versorgungskonzept ist aus Sicht der Beteiligten und auch der Deutschen Rheumaliga geeignet, die Versorgung von Patienten mit rheumatoider Arthritis nachhaltig zu verbessern. Trotz des Interesses zahlreicher Krankenkassen kam es nur in zwei Bundesländern (Brandenburg und Sachsen) jeweils mit der dortigen AOK zu einem kooperativ ausgerichteten add-on Selektivvertrag.

Die jeweiligen Verträge wurden zwischen den regionalen KV`en und der AOK nach §73 a zeitlich auf ein Jahr befristet abgeschlossen. Es wird hieraus offensichtlich, dass Krankenkassen Verträge nach §73c und § 140 meiden, dass sie das wirtschaftliche

Risiko sehr klein halten möchten (Befristung auf 1 Jahr) und dass nur wirtschaftlich stabil dastehende Kassen überhaupt bereit sind, sich auf das Feld der o.g. Selektivverträge zu begeben.

Seitens des BDRh sehen wir in Selektivverträgen die Chance Versorgungsleistungen zu implementieren, die in der Regelversorgung und absehbar auch in einer künftigen selektivärztlichen Versorgung nicht realisierbar sind und die geeignet sind die Versorgung nachhaltig und gezielt zu verbessern. Es sind dies:

- eine strukturierte Kooperation mit den Hausärzten über konsentrierte Behandlungspfade und ein Zuweisermanagement (gezielte, kompetentere Zuweisung über Screening-Bögen, kontinuierliche rheumatologische Fortbildung der Hausärzte),
- Verbesserung der Versorgung und Erfolgskontrolle durch eine an Zielgrößen wie Krankheitsaktivität, Remissionsrate und Neuvorstellungsraten ausgerichteten Patientenversorgung (Zielgrößen die in zahlreichen Studien zu einer nachweislichen Verminderung der Morbidität und Verbesserung der Krankheitsprognose und zu weniger Kosten für die Gesellschaft führen),
- Erhöhung der Transparenz der Versorgung durch IT-erfasste Erhebung der Krankheitsaktivität, durch Arzneimittelmanagement, Benchmarking, Etablierung eines lernenden Systems, begleitende Versorgungsforschung.
- Verbesserte, umfassendere Patientenversorgung durch Entlastung und Verbesserung der Effizienz der Tätigkeit des Rheumatologen durch Einsatz einer gesondert weitergebildeten Rheumatologischen Fachassistenz. Strukturierte Patientinformation (Patientenschulung) und Krankheitsassessment durch die Fachassistenz.

Nur der letzte Punkt ist absehbar über die vorgesehene Delegation ärztlicher Leistungen auch über das Versorgungsgesetz realisierbar.

**Zusammenfassend wäre ein kooperativ angelegter bundesweiter Selektivvertrag am besten geeignet eine nachhaltige, qualitätsorientierte und transparente Versorgung zu etablieren.**

**Lösungsvorschlag:** Förderung qualitätsorientierter Programme *auf Bundesebene* über einen Strukturfond in den 0.1% der jeweiligen Gesamtvergütung seitens der Kassenärztlichen Vereinigung und seitens der Krankenkassen einfließen. Verpflichtende Erfolgsprüfung nach 3 Jahren auf Patientenebene (Lebensqualität, Morbidität, Krankheitsaktivität) und Kassenebene (Wirtschaftlichkeit, Gesundheitsökonomie).

Eine Zersplitterung der entsprechenden Vertragslandschaft, wie sie derzeit vorgegeben ist, bei der in hohem Maße Sonderwünsche und -vorstellungen einzelner regionaler Krankenkassen bedient werden, ist langfristig nicht hilfreich.

**Sehr positiv bewertet werden die vorgesehenen Gesetzesänderungen hinsichtlich:**

- der Förderung mobiler Versorgungskonzepte
- einer Modifizierung der Zulassungsregelungen für Medizinische Versorgungszentren zur Sicherung der Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen,
- der Flexibilisierung und Deregulierungen im Bereich der Richtgrößen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen insbesondere im Heilmittel-, aber auch im Arzneimittelbereich,
- der Neuausgestaltung der Regelungen zur Datentransparenz mit dem Ziel, die Datengrundlage für Versorgungsforschung und Weiterentwicklung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zu verbessern
- der Delegation ärztlicher Leistungen
- des Ausbaus der Telemedizin

**Für den Vorstand des Berufsverbandes Deutscher Rheumatologen e.V.**

Dr. Edmund Edelmann  
1. Vorsitzender

**Für den Vorstand des Verbandes Rheumatologische Akutkliniken e.V.**

Prof. Dr. Heinz-Jürgen Lakomek  
1. Vorsitzender

**Für den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie**

Prof. Dr. Jürgen Braun  
Präsident