



GESAMTGESCHÄFTSSTELLE

BVOU e.V. / DGOOC e.V. / DGU e.V.
Straße des 17. Juni 106 - 108
10623 Berlin
bvou@bvou.net
info@dgooc.de
office@dgu-online.de

BVOU e.V./DGOOC e.V./DGU e.V. • Straße des 17. Juni 106 - 108 • 10623 Berlin

05. November 2014

Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

Stellungnahme BVOU und DGOU

Muskulo-skelettale Erkrankungen sind für einen Großteil der Kosten im Gesundheitssystem verantwortlich. Der demographische Wandel und der Lebenswandel der Gesellschaft (z. B. Adipositas) werden den Anteil dieser Erkrankungen an den Gesamtkosten weiter erhöhen. Neben einer hochwertigen operativen Versorgung ist insbesondere eine wohnortnahe konservative Versorgung von Patienten mit Erkrankungen, Behinderungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen des muskulo-skelettalen Systems essentiell.

Der vorliegende Gesetzesentwurf wird dieser Problematik nicht gerecht, ganz im Gegenteil, er kann dazu führen, dass die Behandlung der Patienten in Deutschland mit den genannten Gesundheitsschäden sich signifikant verschlechtert.

Aus Sicht des Berufsverbandes (BVOU) und der Fachgesellschaft (DGOU) der Ärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie ergeben sich deswegen folgende Kritikpunkte am genannten Gesetz:

1. Frist für Terminvergabe (hier: § 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung, Absatz 1a und b)

Kernproblem

Terminmanagement ändert nichts an den grundlegenden Problemen, vor der Fachärzte in der Versorgung stehen – man muss dabei nicht einmal nur auf die wirtschaftliche Situation abheben:

- a. Termintreue des Patienten
- b. Ein freies Terminmanagement ist auch Behandlungsmanagement: Frühe Termine für Erstdiagnosen und gestaffelt spätere für Kontrollfälle
- c. Der Termin bei „irgendeinem Arzt“ verdrängt den bewährten „Termin bei meinem Arzt“ – die Arzt-Patientenbindung würde gelöst.
- d. Die freie Arztwahl und der Gang zum Wunscharzt wird ignoriert.
- e. Probleme in der Terminvergabe haben ihre Ursache weniger in einer mangelnden Behandlungskapazität des jeweiligen Arztes. Die Budgetierung setzt hier häufig Grenzen.

Hauptkritikpunkt:

Aufgabe des Facharztstatus bei der Terminvergabe: „Die Behandlung im Krankenhaus hat nicht zwingend durch Ärztinnen und Ärzte mit einer bereits abgeschlossenen Facharztweiterbildung zu erfolgen. Es gelten vielmehr die für die Behandlung im Krankenhaus geltenden Grundsätze, d. h. es gilt der Facharztstandard.“

Daraus folgt:

Wie wird sich dies auf die Qualität auswirken? Wird dies einen Qualitätsabbau in der ambulanten Versorgung zur Folge haben? Zumal gerade auch ein „Qualitäts-Institut“ gegründet werden soll.

2. Sektionierung im KV-System (hier: § 79 Organe, Absatz 3a)

Kernproblem

Die Sektionierung soll einerseits überwunden werden; andererseits wird sie zwischen Haus- und Fachärzten eingeführt.

Hauptkritikpunkte

- a) Leistet einer Entsolidarisierung Vorschub – was durch den Gesetzgeber, aber auch durch die Versorgungsrealität (z. B. Selektivverträge mit Haus- und Fachärzten) angestoßen wird, wird so aufs Spiel gesetzt.
- b) Verfassungsrechtliche Bedenken
- c) Eingriff während einer laufenden Legislaturperiode eines demokratisch gewählten Gremiums
- d) Votum gegen die Sektionierung durch KBV, BÄK und 59 (Berufs)Verbände

Unterpunkt: Fachausschüsse (hier: § 79c Beratender Fachausschuss für hausärztliche Versorgung; weitere beratende Fachausschüsse)

Kernproblem

Einrichtung eines dritten Ausschusses für angestellte Ärztinnen und Ärzte

Eine dritte Ebene in Form eines Beratenden Fachausschusses wird eingezogen, der

- a) als Angestellte mit den Praxisinhabern (ggf. gleich Arbeitgebern) in Interessenkonflikt stehen könnte
- b) zwei unterschiedliche Prinzipien mit diametral entgegengesetzten Interessen: hier freiberuflich/selbständig, da angestellt/abhängig beschäftigt
- c) es wird erwartet, dass die Angestellten sich hier weniger engagieren, als (krankenhausnahe) Verbände, so dass eine weitere Reibungsfläche innerhalb des KV-Systems entstehen könnte

3. Praxisnetze (hier: § 87b Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung), Absatz 2)

Gut ist generell, zertifizierte Netze nun verpflichtend zu fördern.

Hauptkritikpunkt

Dies wird konterkariert durch den Ansatz, die Förderung aus der MGV zu bestreiten (morbidityorientierte Gesamtvergütung):

- a) Weitere Aushöhlung der MGV
Verteilungskämpfe zwischen Ärzten, die an Netzen teilnehmen und solchen, die nicht teilnehmen.
Eine gute Versorgungsebene wird so unnötig geschwächt.

4. Medizinische Versorgungszentren (hier: § 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, Absatz 1)

Hauptkritikpunkt

Wettbewerbsverzerrung durch MVZ-Gründung durch Kommunen – dies auch in normalversorgten Gebieten, die über andere finanzielle Fördermöglichkeiten (trotz angespannter Haushaltslage) verfügen. Ein klarer Wettbewerbsnachteil für freiberufliche (Fach)Ärzte.

5. Ambulante Spezialärztliche Versorgung (ASV) (hier: § 116b Ambulante spezialfachärztliche Versorgung, insbesondere Abs. 8)

Kernproblem

Statt „gleichlange Spieße“ der ambulanten und stationären Ebene, sehen die Niedergelassenen eine einseitige Stärkung des stationären Sektors.

Hauptkritikpunkt

- a) Bestandschutz für Kliniken, die vor dem 31.12.2011 bereits eine Genehmigung für die Leistungserbringung nach 116b haben. (Ursprünglich war im Gesetz vorgesehen, dass die generelle Genehmigung für die Leistungen erlischt, die in der ASV umgesetzt werden.)
- b) Öffnung der Hochschulambulanzen (unabhängig von der ASV) mit der Folge einer parallelen Versorgungsebene.
- c) So wird das Versprechen eines gleichen Zugangs für alle Sektoren zur ASV nicht umgesetzt.

6. Sektionierung im KV-System (hier: § 79 Organe, Absatz 3a)

Kernproblem

Die Sektionierung soll einerseits überwunden werden; andererseits wird sie zwischen Haus- und Fachärzten eingeführt.

Hauptkritikpunkte

- e) Leistet einer Entsolidarisierung Vorschub – was durch den Gesetzgeber, aber auch durch die Versorgungsrealität (z. B. Selektivverträge mit Haus- und Fachärzten) angestoßen wird, wird so aufs Spiel gesetzt.
- f) Verfassungsrechtliche Bedenken
- g) Eingriff während einer laufenden Legislaturperiode eines demokratisch gewählten Gremiums
- h) Votum gegen die Sektionierung durch KBV, BÄK und 59 (Berufs)Verbände

Unterpunkt: Fachausschüsse (hier: § 79c Beratender Fachausschuss für hausärztliche Versorgung; weitere beratende Fachausschüsse)

Kernproblem

Einrichtung eines dritten Ausschusses für angestellte Ärztinnen und Ärzte

Eine dritte Ebene in Form eines Beratenden Fachausschusses wird eingezogen, der

- d) als Angestellte mit den Praxisinhabern (ggf. gleich Arbeitgebern) in Interessenkonflikt stehen könnte
- e) zwei unterschiedliche Prinzipien mit diametral entgegengesetzten Interessen: hier freiberuflich/selbständig, da angestellt/abhängig beschäftigt
- f) es wird erwartet, dass die Angestellten sich hier weniger engagieren, als (krankenhausnahe) Verbände, so dass eine weitere Reibungsfläche innerhalb des KV-Systems entstehen könnte

7. Aufkaufen von Arztsitzen

Kernproblem

Die Grenze eines Versorgungsgrades ab 110 Prozent, ab der Sitze aufgekauft werden sollen, ist reine Statistik und spiegelt nicht die Versorgungswirklichkeit wieder.

- a) Die Bedeutung der Praxen in „übertersorgten Gebieten“ für die Versorgung des angrenzenden Umlandes wird unterschätzt.
- b) (Aktuell Dr. med. Norbert Metke, Vors. KV BaWü, auf dem DKOU: die Praxen werden künftig einen Patientenanstieg (u. a. Demographie) zu bewältigen haben, gleichzeitig sollten sie statt auf Menge auf Qualität setzen, d. h., nicht nur Patienten durchschleusen, sondern eine wertige Facharztmedizin anbieten, denn das „Mehr“ an Versorgung bekommen sie ohnehin nicht bezahlt. In dieser Konstellation die Zahl der Praxen zu reduzieren, das Versorgungsnetz auszudünnen, weist in eine falsche Richtung, da der Druck auf die Praxen weitersteigen würde).

Hauptkritikpunkt

Wie wirtschaftlich zuverlässig ist die Niederlassung dann eigentlich noch? Die Investitionsbereitschaft der jetzigen Praxisinhaber wird sinken und die Bereitschaft von jungen Medizinern in die Praxis zu gehen ebenso. Das Eigentum wird nicht mehr ausreichend durch den Gesetzgeber geschützt.

8. Stellung der Facharztmedizin

Kernproblem

Im vorgelegten Gesetzentwurf wird die Zielsetzung des Koalitionsvertrages – „Darüber hinaus soll die fachärztliche Versorgung gestärkt werden.“ – ignoriert. Der Gesetzgeber muss die ambulante Versorgung aus Haus- und Fachärzten gemeinsam im Blick haben. Einseitigkeiten gehen zu Lasten einer effizienten Patientenversorgung. Der Gesetzesentwurf schwächt die fachärztliche ambulante Medizin und dünnt sie aus.

Die Terminvergabe für Facharzttermine ist „erwartet inakzeptabel bei gedeckelter Vergütung. Absurd ist außerdem, dass Facharztsitze stillgelegt werden, gleichzeitig aber Wartezeiten abgebaut werden sollen und ein größerer Durchlauf von Patienten in den Facharztpraxen gefordert und bei Nichterfüllung sanktioniert wird.“

Hauptkritikpunkt

Die Förderung der Weiterbildung in der Niederlassung – beim Haus- und Facharzt – fehlt.

Dies trägt nicht der Entwicklung Rechnung, dass wesentliche Inhalte der Weiterbildung nur noch im niedergelassenen (fachärztlichen) Bereich vollzogen werden können.

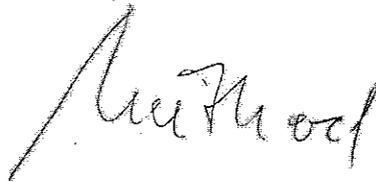
Hinweis zu § 73a und c

Die § 73a (Strukturverträge) und c (Besondere ambulante ärztliche Versorgung) sind aufgehoben und unter § 140a zusammengefasst (dieser heißt bislang „Integrierte Versorgung“ und soll künftig „Besondere Versorgung“ heißen). Der Arbeitsentwurf sieht vor, einige Inhalte des § 73c in den § 140a zu übernehmen. Das ist aber unzureichend und außerdem missverständlich formuliert.

Die bestehenden Probleme bei der Bereinigung bleiben ebenfalls ungelöst.



Dr. med. J. Flechtenmacher
Präsident BVOU



Prof. Dr. med. F. U. Niethard
Generalsekretär DGOOC



Prof. Dr. med. R. Hoffmann
Generalsekretär DGU