



Stellungnahme des Hartmannbundes zum Entwurf des Gesetzes der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

Freiberuflichkeit erhalten

Der Hartmannbund kritisiert die auch durch das geplante Versorgungsstärkungsgesetz fortgesetzte Politik staatlicher Eingriffe in die freiheitliche Ausübung des Arztberufes und des politischen Eingreifens in den Bereich der ärztlichen Selbstverwaltung. Die auf dieser Grundlage basierenden Regelungen des Gesetzentwurfes werden entschieden abgelehnt. Die Bundesregierung ist aufgefordert, Freiheit und Individualität als Grundsätze der ärztlichen Berufsausübung anzuerkennen und zu wahren – so wie es die Große Koalition im Koalitionsvertrag vereinbart hat. Die Freiheit des Arztberufes, insbesondere die Therapie- und Behandlungsfreiheit, sind entscheidende Faktoren einer intakten Arzt-Patienten-Beziehung, bestimmend für den Therapieerfolg und damit das Fundament der ärztlichen Berufsausübung. Eine starke Selbstverwaltung ist ebenfalls Garant für den Erhalt der Freiberuflichkeit des Arztes. Zahlreiche im Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehene Regelungen gefährden diese fundamentalen Säulen eines funktionierenden Gesundheitssystems.

Terminservicestellen

(Betrifft: § 75 Absatz 1 SGB V)

Der Hartmannbund lehnt die im Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) enthaltene Regelung zur Lösung der Wartezeitenproblematik mittels Terminservicestellen aus prinzipiellen ordnungspolitischen Erwägungen sowie mit Blick auf die mangelnde Praktikabilität ab.

Die geplante Regelung (Art. 1 Nr. 18 GKV-VSG) ist ein tiefgreifender Eingriff in die ärztliche Selbstständigkeit, verbunden mit der Installierung kostenaufwendiger – von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu finanzierender – Bürokratie.

Die Terminvergabe in Arztpraxen erfolgt in erster Linie nach medizinischen Gesichtspunkten und entsprechenden organisatorischen Erfordernissen. Daher ist die Terminvergabe im Einzelfall vorrangig durch den Arzt zu organisieren. Eine vom Gesetzgeber festgelegte Wartezeit, respektive - Obergrenze ist dabei kontraproduktiv und nicht umsetzbar. Zudem ist die Regelung paradox angesichts der parallel im gleichen Gesetz geplanten Verschärfung der Regelung zum Praxisabbau in bedarfsplanerisch überversorgten Gebieten; nominell zu viele Praxen stehen in eklatantem Widerspruch zu (oft auch gefühlt) zu langen Wartezeiten. Damit wird das Problem nicht gelöst, sondern noch verschärft.

Nach den Regelungen des Gesetzes müssen sich Patienten vor Inanspruchnahme der Terminvergabestellen nicht vorher selbst um einen Termin bemüht haben, auch eine Überweisung ist nicht in jedem Falle erforderlich. Das Gesetz stellt zwar auf die medizinische Notwendigkeit ab, eine Definition dessen kann aber nur durch einen Arzt erfolgen, so dass prinzipiell eine Überweisung sinnvoll wäre. Für solche Fälle besteht aber bereits jetzt die Möglichkeit des direkten kollegialen Kontaktes. Es bleibt somit offen, wer in Fällen ohne Überweisung das Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit prüft.

Sehr vage bleibt auch die Beschreibung – allerdings mit expliziten Vorgaben – zur Zumutbarkeit der Entfernung zum angebotenen Behandlungstermin: Differenzierung nach Facharztgruppen, Patientengruppen, rüstige oder gebrechliche Patienten, Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse im Planungsbereich (Termin immer innerhalb des Planungsbereiches?), öffentliche Verkehrsanbindung. Dies alles soll über bundesmantelvertragliche Regelungen konkretisiert werden, um „bundesweit eine möglichst einheitliche Verfahrensweise [...] zu gewährleisten“.

Kann die Vier-Wochen-Frist nicht eingehalten werden, muss die Terminservicestelle, bei medizinischer Notwendigkeit, einen Termin in einem zugelassenen Krankenhaus anbieten. Diese Regelung negiert, dass auch und gerade in den Kliniken aufgrund einer Vielzahl offener Stellen und zunehmender Arbeitsdichte Ärzte bereits an der Belastungsgrenze arbeiten und somit zusätzliche Patienten aus dem ambulanten Bereich kaum bewältigen dürften und eine solcherart spontane Inanspruchnahme für die Kliniken auch nicht planbar ist. Zudem berücksichtigt die Regelung nicht, dass gerade in den grundversorgenden Facharztfeldern in vielen Kliniken keine Hauptabteilungen mehr bestehen und somit auch die dazugehörigen (zusätzlichen) Ärzte fehlen, weil Kliniken diese Fälle meist nur noch über Belegabteilungen und (externe) Belegärzte oder konsiliarisch sicherstellen. Darüber hinaus befördert die Öffnung der Kliniken durchaus bestehende Verlagerungstendenzen vertragsärztlicher Kapazitäten in Kliniken und damit eine weitere Verknappung von Praxisressourcen.

Die Ausweichmöglichkeit auf die Krankenhäuser verschärft die Ursachen für die Wartezeiten weiterhin dadurch, dass alternative Behandlungen im Krankenhaus zu Lasten der Gesamtvergütung zu honorieren sind und so die Verknappung der Behandlungskapazitäten ebenfalls verschärft werden.

Zur Sicherstellung der Behandlungsmöglichkeiten im Krankenhaus enthält das Gesetz darüber hinaus die explizite Regelung, dass bei Behandlung im Krankenhaus im Gegensatz zur Behandlung in der vertragsärztlichen Praxis ausdrücklich auf den Facharztstandard abgestellt wird, eine Behandlung durch Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung also nicht erforderlich ist. Dies steht in eklatantem Widerspruch zu den öffentlichen Verlautbarungen der Regierung, künftig verstärkt den Fokus auf Qualität zu richten.

Aufkauf von Vertragsarztsitzen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

(Betrifft: Artikel 1 Nr. 33 - § 103 SGB V)

Der Hartmannbund lehnt die Pläne zu verpflichtenden Praxisschließungen („Soll-Regelung“) durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in überversorgten Planungsbereichen ebenso wie Forderungen nach einer zwingenden Befristung von vertragsärztlichen Zulassungen ab.

Beide Maßnahmen suggerieren als zwei Seiten einer Medaille, dass es sich beim Ärztemangel vor allem um ein Verteilungsproblem handelt. Dementsprechend glaubt man, durch noch restriktivere Zulassungsregelungen in sogenannten überversorgten Gebieten die Versorgung in strukturschwachen Regionen verbessern zu können. Tatsächlich würden diese Regelungen jedoch die Versorgungssituation für die Versicherten perspektivisch eher verschlechtern, statt diese zu verbessern.

Eine Befristung vertragsärztlicher Zulassungen würde die Motivation junger Ärzte sich niederzulassen, generell und nachhaltig dämpfen und damit die Versorgungsprobleme in der ambulanten Versorgung weiter zementieren. Befristete Zulassungen sind Eingriffe in die verfassungsrechtlich garantierte Berufsausübungsfreiheit und auch wirtschaftlich nicht darstellbar. Erforderliche Investitionen würden weiter erschwert. Durch Schließungen und Nichtnachbesetzung nach Zulassungsablauf würde in den betreffenden Zulassungsbezirken die Versorgung verschlechtert. Im Gegenzug kann nicht sichergestellt werden, dass niederlassungswillige Ärzte durch derartige Maßnahmen tatsächlich in Regionen ausweichen, in denen eine Niederlassung gewünscht ist.

Neben dem massiven Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit sind die geplanten Maßnahmen zudem als Eingriff in das Eigentumsrecht derjenigen Praxisinhaber zu werten, die bei drohendem Ablauf ihrer Zulassung keinen Nachfolger für ihre Praxis finden können.

Der Hartmannbund als Verband aller Ärzte Deutschlands lehnt die Pläne der Koalition zur Stimmgewichtung bei gemeinsamen Abstimmungen von haus- und fachärztlichen Vertretern in den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) bzw. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ab. Die Zusammensetzung der Vertreterversammlungen erfolgt im Ergebnis eines demokratischen Prozesses bei den KV-Wahlen und darf als solches unter keinen Umständen bei Abstimmungen ausgehöhlt werden.

Nachbesetzung

(Betrifft: § 103 Absatz 3a Satz 4 SGB V)

In der Einführung einer dreijährigen Frist für Angestellte oder Jobsharer, um im Nachbesetzungsverfahren jenseits der Versorgungssituation berücksichtigt werden zu können, sieht der Hartmannbund ebenfalls einen unzulässigen Eingriff in die verfassungsmäßig geschützte Eigentumsgarantie und Berufsausübungsfreiheit. Eine Verkürzung auf ein Jahr würde die Übergabe von Vertragsarztpraxen nicht derart unverhältnismäßig einschränken und einem vermeintlichen Missbrauch hinreichend vorbeugen.

Sektionierung des KV-Systems

(Betrifft: § 79 Absatz 3a SGB V)

Der aktuelle Entwurf zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) sieht – neben einer satzungsdefinierten Trennung der Abstimmungsmöglichkeiten bei ausschließlich haus- bzw. fachärztlichen Angelegenheiten – im Falle von gemeinsamen Abstimmungen die Einführung einer Stimmgewichtung vor, mit dem Ziel, insgesamt eine Parität der Stimmen zwischen Vertretern der Hausärzte und Vertretern der Fachärzte in der Vertreterversammlung zu erreichen.

Eine solche Maßnahme widerspricht eklatant demokratischen Grundprinzipien: Die in die Vertreterversammlungen gewählten oder entsandten Ärztevertreter nehmen diese Ämter im Ergebnis eines demokratischen Prozesses wahr. Eine Verschiebung der daraus entstehenden Stimmverhältnisse ist nach guter demokratischer Sitte zu akzeptieren und kann ausschließlich durch ein erneutes, anderes Wahlergebnis korrigiert werden, nicht aber über Korrekturfaktoren.

Eine solche Verfälschung von demokratisch erzielten Wahlergebnissen muss von allen, auch von den aktuell profitierenden Arztgruppen als undemokratisch abgelehnt werden, kann diese doch bei einer Änderung der Mehrheitsverhältnisse schnell in eine gegenteilige Wirkung umschlagen.

Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung

(Betrifft: § 299 Absatz 1 Satz 5 Nr. 2 SGB V)

Der G-BA erhält die Möglichkeit, in Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen von einer Pseudonymisierung der versichertenbezogenen Daten abzusehen, wenn es „für die Qualitätssicherung die Überprüfung der ärztlichen Behandlungsdokumentation fachlich oder methodisch erforderlich ist und die technische Beschaffenheit des die versichertenbezogenen Daten speichernden Datenträgers eine Pseudonymisierung nicht zulässt oder eine Pseudonymisierung nur mit einem bezogen auf das Ziel der jeweiligen Qualitätssicherung unverhältnismäßig hohen Aufwand vorgenommen werden kann (...)“. Diese Öffnung zu Lasten des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht sehen wir kritisch. Allein der Zweck der Überprüfung ärztlicher Behandlungsdokumentation rechtfertigt keine Ausnahmen von der Pseudonymisierungspflicht; insbesondere dann nicht, wenn der Verschlüsselung „nur“ ein unverhältnismäßig hoher Aufwand entgegensteht. Es ist zudem ureigene Aufgabe des Gesetzgebers und nicht die eines Selbstverwaltungsgremiums, Datenschutz zu definieren.

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte

(Betrifft: § 32 b Absatz VI Ärzte-ZV / Zahnärzte-ZV)

Der Hartmannbund begrüßt die Klarstellung der Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte zur Zulässigkeit einer Vertretung auch für angestellte (Zahn-)ärzte.

Die geplante Formulierung der Regelung „Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Arzt“ als auch deren Verankerung im § 32 b - der Regelung zur Anstellung von Ärzten - legen den Schluss nahe, dass der Vertreter eines angestellten Arztes selbst ebenfalls abhängig Beschäftigter des Anstellungsbefugten sein muss. Es wäre also künftig damit zu rechnen, dass sich im Bereich der „Praxisvertretung“ der selbstständige Vertreter des Vertrags(zahn)arztes und der angestellten Vertreter des angestellten (Zahn)Arztes gegenüberstehen. Dieser Umstand lässt befürchten, dass der Tendenz, sämtliche Praxisvertreter als abhängig Beschäftigte einzustufen, Vorschub geleistet wird. In der jüngeren Vergangenheit wurden seitens der Deutschen Rentenversicherung zunehmend Praxisvertreter, die für einen vorübergehenden Zeitraum eine Praxis vertretungsweise führen, als scheinselbstständig eingestuft.

Zweitmeinung

(Betrifft: Artikel 1 Nr. 5 – § 27b SGB V)

Die institutionalisierte Zweitmeinung lehnt der Hartmannbund ab.

Das vorgesehene Verfahren fördert das Misstrauen und untergräbt das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis zugunsten reiner Kostensenkungsmotive. In der vorliegenden Form ist das Verfahren im Wesentlichen darauf angelegt, medizinische Prozeduren zu verhindern. Es begegnet damit lediglich dem Symptom einer vermeintlich ärztlich indizierten Mengenausweitung, geht jedoch nicht die Ursachen für tatsächlich messbare Mengenausweitungen an. Die vorgesehene Finanzierung des Verfahrens aus den ohnehin budgetierten Mitteln der ärztlichen Gesamtvergütung bedeutet zudem eine weitere Einschränkung der Honorierung

ärztlicher Leistungen, obwohl Zweitmeinungsuntersuchungen keine wirtschaftliche, angemessene, notwendige *und* zweckmäßige medizinische Untersuchung darstellt.

Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

(Betrifft: Artikel 1 Nr. 19 – § 75a SGB V)

Grundsätzlich positiv bewertet der Hartmannbund die im Gesetzentwurf verankerte stärkere Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (mehr Finanzmittel und mehr Förderstellen).

Zu kritisieren ist jedoch, dass es (a) bei der hälftigen Finanzierung aus Mitteln der ärztlichen Gesamtvergütung bleibt, und dass (b) andere fachärztliche ambulante Weiterbildungen keine Berücksichtigung finden.

Delegation ärztlicher Leistungen

(Betrifft: Artikel 1 Nr. 24 – § 87 SGB V)

Die Qualität der Patientenversorgung kann nur aufrechterhalten werden, wenn gewährleistet ist, dass Diagnose und Therapie federführend in der Hand des Arztes bleiben. Der Hartmannbund begrüßt, dass dies im Gesetz anerkannt wird.

Die Beseitigung aller bisheriger beschränkenden Voraussetzungen für die Delegation ärztlicher Leistungen – wie zum Beispiel den vorherigen persönlichen Arzt-Patientenkontakt – sieht der Hartmannbund kritisch. Damit der Arzt die Gesamtverantwortung für Diagnose und Therapie tragen kann, ist es unumgänglich, die Delegation an sinnvolle Voraussetzungen zu knüpfen. Ebenso muss die Deutungshoheit über die Delegationsfähigkeit beim Arzt liegen. Dass die Möglichkeit zur Delegation ärztlicher Leistungen auf alle Regionen ausgeweitet wird und somit auch für nicht unterversorgte Gebiete im EBM verankert werden muss, begrüßt der Hartmannbund ausdrücklich. So kann die Versorgung durch den Einsatz von nichtärztlichen Versorgungsassistenten flächendeckend sinnvoll unterstützt werden.

Ebenso positiv sieht der Hartmannbund die Ausweitung der Delegation auf geeignete Bereiche der fachärztlichen Versorgung. Grundsätzlich gilt für Delegation ärztlicher Leistungen, dass die sinnvolle und effiziente Patientenversorgung das Ziel darstellen muss; nicht die Reduktion von Behandlungskosten.