

An das
Bundesministerium für Gesundheit
Referat 221
Rochusstraße 1
53123 Bonn

Dr. med. Dirk Heinrich
Bundesvorsitzender
Fon: 0 30 / 28 87 74 – 0
Fax: 0 30 / 28 87 74 – 1 13
E-Mail: heinrich@nav-virchowbund.de

nur per E-Mail: 221@bmg.bund.de

Berlin, den 3. November 2014

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V., als fachübergreifender Zusammenschluss von niedergelassenen, niederlassungswilligen und ambulant tätigen Haus- und Fachärzten in Deutschland nimmt zum oben genannten Gesetzentwurf wie folgt Stellung:

Problemstellung und Zielsetzung des Gesetzentwurfes, zukünftig eine flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung sicherzustellen ist angesichts der demografischen Herausforderung – sowohl in der Bevölkerung als auch auf Seiten der niedergelassenen Haus- und Fachärzte –, des medizinischen Fortschritts und der punktuell bestehenden strukturellen Schwächen im Gesundheitssystem nachvollziehbar und begrüßenswert.

In Gesamtschau der Einzelmaßnahmen durch das Gesetzesvorhaben bleibt aber festzustellen, dass das Gesetz keine grundlegenden Reformen angeht und die Konstruktionsfehler des Gesundheitssystems bestehen bleiben: Die Budgetierung bleibt festgeschrieben, feste Preise und die damit verbundene Planungssicherheit für niedergelassene Ärzte werden nicht angegangen, statt dessen wird die Niederlassung als Option für Haus- und Fachärzte durch einen verpflichtenden Aufkauf in nummerisch überversorgten Gebieten zukünftig ein unkalkulierbares Wagnis mit gravierenden Auswirkungen auf die ambulante Versorgung.

Auch die Bedarfsplanung, die Grundlage für Zulassungen und politische Entscheidungen, bleibt unverändert, obwohl die jüngste Anpassung entgegen den ursprünglichen Erwartungen nicht mehr, sondern weniger Arztsitze zur Folge hatte¹. Es bleibt bei einer Fortschreibung einer willkürlichen Stichtagsregelung aus dem Jahre 1991 auf Grundlage von

¹ SVR-Gutachten 2014, Kap. 6, 446. (Tab. 35), Seite 356

Verhältniszahlen, anstatt die Bedarfsplanung an dem heutigen und zukünftigen Behandlungsbedarf unter Einbeziehung sozio-demografischer Einflussfaktoren zu orientieren.

Im Ergebnis setzt der Gesetzentwurf einen politisch konsentierten und detailliert formulierten Koalitionsvertrag um, ohne jedoch das große Leitmotiv des Vertrages, die „Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ als „unverzichtbares Element für die flächendeckende ambulante Versorgung“ zu berücksichtigen.

Einer der deutlichsten Eingriffe in diese Freiberuflichkeit ist der **verpflichtende Aufkauf von Arztsitzen** in numerisch übertersorgten Gebieten (§ 103 SGB V). Allein das Signal, dass nach Inkrafttreten des Gesetzes über 25.000 Praxen in Deutschland (darunter rund 16.000 Fachärzte sowie 2.200 Hausärzte) potentiell von der Abwicklung bedroht sind, ist verheerend: Betroffene Praxen werden keine Investitionsentscheidungen mehr treffen. Fragen zur Abwicklung sind ungeklärt oder werden in den Kollektivhaftungsbereich der niedergelassenen Ärzte verschoben. Der Anteil der Privateinnahmen einer betroffenen Praxis, bestehende Mitarbeiter-Arbeitsverträge und langfristige Mietverträge müssen aus der Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigungen entschädigt werden, ohne dass diese aus Beitragsgeldern der Versicherten geschöpften Gelder der Versorgung von Patienten zu Gute kommen. Zudem treten Enteignungstatbestände bei einem Arztsitzaufkauf aus einer bestehenden Gemeinschaftspraxis ein, deren juristische Bewertung noch völlig offen ist. Deshalb müssen auch die Honoraranteile der aufgekauften Arztsitze in Rückstellungen der Kassenärztlichen Vereinigungen fließen und würden zunächst der Versorgung der Patienten entzogen.

Folgende Punkte zeigen auf, warum diese Gesetzesänderung einer flächendeckenden und gut erreichbaren medizinische Versorgung entgegensteht:

- Die heutige Bedarfsplanung ist eine reine Fortschreibung von Verhältniszahlen und berücksichtigt nicht ausreichend die Mitversorgereffekte sowie den tatsächlichen Behandlungsbedarf der Patienten heute und zukünftig. Durch eine Reduktion von Arztsitzen in vermeintlich übertersorgten Gebieten wird zudem das zukünftige Modell der Mitversorgung durch stadtdansässige Praxisärzte in unterversorgten Regionen des Umlandes („flying doctors“) von vornherein verhindert.
- Arztpraxen auch in numerisch übertersorgten Bereichen haben volle Sprechzimmer. Durch diese Gesetzesänderung wird suggeriert, diese Praxen hätten keine Versorgungsrelevanz. Bei Wegfall dieser Praxen muss dieser Versorgungsbedarf von den verbliebenen Praxen übernommen werden, mit Auswirkungen auf Wartezeiten bei diesen Ärzten.
- Eine Entschädigung aus vermeintlich versorgungsrelevanten Gründen kann nicht aus den für die Versorgung bereitgestellten Mitteln der vertragsärztlichen Vergütung und damit von der Gesamtheit der Vertragsärzteschaft in einer Form der Kollektivhaftung getragen werden. Diese Mittel fehlen in der Versorgung der Patienten.
- Ein – auch nur theoretisch – drohender Aufkauf des Arztsitzes führt zu einem frühzeitigen Ende der Investitionsbereitschaft in die Praxis.
- Für die junge nachwachsende Arztgeneration wird die Niederlassung durch mangelnde Planungssicherheit sowie Rechtsunsicherheit zu einer weitgehend bedeutungslosen Option werden.

Der offensichtliche Widerspruch, wie der potentielle Abbau von rund 16.000 Facharztsitzen mit der gesetzgeberischen Maßgabe, zukünftig binnen vier Wochen einen Facharzttermin zu vermitteln (§ 75 SGB V), in Einklang zu bringen ist, ist nicht auflösbar. Die Einführung von **Terminservicestellen** wird an den ursächlichen Problemen, der bestehenden Budgetierung, und an der Versorgungssituation nichts ändern, dennoch wird aber dadurch die reale

Dimension der so genannten Wartezeiten-Problematik deutlich werden. Es werden Fachbereiche identifiziert werden, bei denen es zu wenige Fachärzte – und zwar sowohl in Praxis als auch Klinik – gibt und es wird sich zeigen, wie viel Wert Patienten auf die freie Wahl ihres Wunscharztes legen werden. Dieses Vorhaben ist eigentlich im Bereich der Versorgungsforschung anzusiedeln; nun werden hierfür aber Mittel der Gesamtvergütung für die ambulante Versorgung und damit der Versorgung von Patienten entzogen. Daher ist in diesem Zusammenhang die Ausstellung einer „qualifizierten Überweisung“ mit klarer dokumentierter Fragestellung sowie eine Evaluation dieser Terminpraxis unerlässlich, um das sehr komplexe Problem der Wartezeiten differenziert darzustellen. Durch eine Evaluation können zudem regionale und fachgruppenbezogene Bereiche der Unterversorgung, die Termintreue von Patienten und die Ausprägung des Wunsches von Patienten auf die freie Arztwahl besser identifiziert werden.

Bemerkenswert ist das Eingeständnis des Gesetzgebers, dass der Facharztstatus bei diesen ersatzweisen Terminvergaben im Krankenhaus keinen Bestand mehr haben soll:

*„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.**“ (Begründung zu Nummer 20, Seite 84)*

Angesichts einer von der Politik gerade angestoßenen Qualitätsdiskussion – samt Gründung eines eigenen „Qualitäts-Institutes“ – steht die Gesetzgebung in diesem Bereich diametral entgegen des Vorgängergesetzes. Dieser Qualitätsabbau in der ambulant fachärztlichen Versorgung im Klinikbereich muss politisch erklärt werden.

Die hausärztliche Versorgung muss gestärkt werden, daran besteht kein Zweifel. Deshalb ist die **Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin** (§ 75 a SGB V) zwar grundsätzlich richtig, aber schon jetzt werden die bereitgestellten Mittel nicht genutzt, weil nicht genügend Bewerber zur Verfügung stehen. Darüber hinaus empfinden die Vertragsärzte es als unangemessenen Eingriff in ihre Rechte, dass der Gesetzgeber eine freiwillige Förderung durch die Kassenärzte jetzt gesetzlich fest schreibt. In Zukunft wird es ein solches Entgegenkommen der Vertragsärzteschaft nicht mehr geben. Zu Recht trifft hier der Spruch „Undank ist der Welt Lohn“ zu.

Es fehlt eine generelle Regelung zur Förderung der Weiterbildung in der Niederlassung, die sowohl Haus- als auch Fachärzte betrifft. Denn durch die Verlagerung des Behandlungsgeschehens von stationär nach ambulant werden viele Weiterbildungsinhalte heute schon ausschließlich im niedergelassenen Bereich durchgeführt. Diese Unwucht zu Lasten der Fachärzte in den gesetzgeberischen Maßnahmen der jüngsten Vergangenheit ist für einen fachübergreifenden Verband wie den NAV-Virchow-Bund inakzeptabel, denn ambulante Versorgung funktioniert nur durch Haus- und Fachärzte gemeinsam.

„Darüber hinaus soll die fachärztliche Versorgung gestärkt werden.“ (Koalitionsvertrag)

Es wird nicht erkennbar, dass diese Vorgabe des Koalitionsvertrages auch nur annähernd umgesetzt wird.

Grundsätzlich zu begrüßen ist die Möglichkeit für Patienten, vor planbaren Operationen eine **Zweitmeinung** (§ 27 b SGB V) einzuholen und dass diese von den Krankenkassen auch bezahlt werden muss. Allerdings kommt das Zweitmeinungsverfahren nur bei Operationen zur Anwendung, bei deren „zahlenmäßiger Entwicklung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen“ sei (z.B. Rücken-, Knie-, Hüft-OPs). Es steht für den Gesetzgeber also nicht primär der Patientennutzen im Vordergrund, sondern die Versorgungssteuerung, also letztendlich die Kostendämpfung. Eine bürokratiearme und für

den Arzt haftungsrechtlich befriedigende Lösung, falls ein Patient auf das obligatorische Zweitmeinungsverfahren verzichten will, fehlt in dem Gesetz.

Nachdem viele KVen die Möglichkeiten der **Förderung von Praxisnetzen** (§ 87 b SGV V) nicht umgesetzt haben, ist es folgerichtig, diese Förderung für zertifizierte Netze nun verpflichtend vorzuschreiben. Es ist jedoch der völlig falsche Ansatz, diese Förderung aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zu bestreiten. Der von Praxisnetzen über die Regelversorgung hinaus geleistete Mehrwert ist Innovation und eben nicht die Regelversorgung. Daher haben die etablierten Praxisnetze in der Agentur deutscher Arztnetze seit jeher vorgeschlagen, die Förderung außerhalb der Gesamtvergütung zu bezahlen. Die jetzige Regelung führt zur weiteren Schmälerung der budgetierten Gesamtvergütung, zum anderen befördert sie unnötige Verteilungsdiskussionen unter Netzärzten und Nicht-Netzärzten. Auch die Möglichkeit, Netze aus dem Strukturfonds zu fördern, ändert an diesen Verteilungsdiskussionen nichts, da auch die Strukturfonds aus der ambulanten Vergütung gebildet werden. Viele Kassenärztliche Vereinigungen haben zudem zum heutigen Zeitpunkt noch nicht einmal die gesetzlich erforderlichen Rahmenvorgaben für die Anerkennung von Netzen umgesetzt. Auch hierzu muss der Gesetzgeber eine Verpflichtung vorsehen, wenn die verpflichtende Förderung nicht Makulatur sein soll.

Der von den Arztnetzen dringend geforderte Leistungserbringerstatus für anerkannte Praxisnetze wurde nicht im Gesetz aufgenommen. Dadurch würde ihnen ermöglicht, selbst Medizinische Versorgungszentren zu gründen. Zwar begrüßt der NAV-Virchow-Bund die Möglichkeit, rein fachgleiche **MVZ** (§ 95 SGB V) – also rein hausärztliche MVZ oder MVZ gleicher Fachgruppen – zu gründen als einen logischen Schritt für die Verbesserung der Grundversorgung, die Möglichkeit für Praxisnetze, MVZ zu gründen, fehlt hingegen vollständig. Stattdessen sollen nun auch Kommunen Träger von MVZ werden können – und zwar auch in normal- und überversorgten Gebieten. **Kommunale MVZ** bilden jedoch eine grobe Wettbewerbsverzerrung gegenüber selbständigen Praxisärzten, da die Kommunen unbegrenzt auf Steuergelder zurückgreifen können, während niedergelassene Ärzte ihre Investitionen selbst erwirtschaften müssen. Zudem wird mit dem Druck auf die Kommunalpolitiker durch die Abwicklung unrentabler Krankenhäuser die Versuchung groß, Klinikschließungen mit kommunalen MVZ-Gründungen zu kompensieren, die wiederum mit den selbständig tätigen Praxisärzten in Konkurrenz treten.

Eine weitere Bedrohung für niedergelassene Ärzte ist die fortgesetzte **Förderung des Krankenhausbereichs**, mittelbar oder unmittelbar zu Lasten der Praxisärzte:

- so soll die Möglichkeit für Krankenhäuser zur ambulanten Öffnung (§ 116 a SGB V) ausgebaut werden,
- der Notdienst ggf. mit zugelassenen Krankenhäusern koordiniert werden (§ 75 SGB V),
- in der Ambulanten Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) erhalten die Kliniken einseitig einen Bestandsschutz (§ 116 b SGB V), wenn sie in diesem Bereich vor dem 31.12.2011 tätig waren und
- Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V) erhalten verbesserten Zugang zur ambulanten Versorgung bei „schweren und komplexen Krankheitsbildern“.

Besonders mit der Öffnung der Hochschulambulanzen wird ein paralleler Versorgungsbereich zur ASV errichtet, bei dem wiederum die Krankenhäuser Wettbewerbsvorteile genießen. Insgesamt konterkarieren diese Vorhaben den Grundsatz der „gleich langen Spieße“ zwischen ambulant und stationär.

Die bisherigen Regelungen zu Strukturverträgen (§§ 73 a & c) werden im Gesetzentwurf in einer Neufassung des § 140a SGB V zusammengeführt. Diese Bündelung von innovativer

Versorgung vereinheitlicht die bisher in unterschiedlichen Paragraphen geregelten Vorschriften und beschränkt sich nicht mehr allein auf sektorübergreifende Versorgung. Dabei muss jedoch zukünftig die Möglichkeit bestehen bleiben, gleichberechtigt neben den Hausarztverträgen nach § 73 b SGB V auch Facharztverträge (vormals § 73 c SGB V) mit den Krankenkassen abzuschließen. Die Verlagerung der Rechtsaufsicht über diese **Integrierte Versorgung** auf die Landesbehörden beendet zwar die bisherige unzumutbare Zentral-Aufsicht durch das Bundesversicherungsamt, die staatliche Einflussnahme bleibt dadurch aber unverändert erhalten. Auch die Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigungen in die Integrationsversorgung beendet den einstmals politisch begründeten Ausschluss eines großen Versorgungsbereichs.

Der geplante **Innovationsfonds** (§ 92 a SGB V) kann zwar modernen Versorgungsformen einen neuen Impuls geben, aber auch hier stehen alle Entscheidungen unter dem direkten Einfluss von Staat und Kassen. Der Innovationsausschuss, der über die Verteilung der Gelder bestimmt, besteht aus je drei Vertretern des Kassen-Spitzenverbandes und des Bundesgesundheitsministeriums, aber nur aus je einem Vertreter von Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern sowie dem unparteiischen Vorsitzenden. Da die Entscheidungen aber mit einer Mehrheit von mindestens sieben Stimmen gefällt werden müssen, haben Kassen und Ministerium immer eine Sperrminorität. Förderberechtigt sind Krankenkassen und ihre Verbände, Vertragsärzte, zugelassene MVZ, Krankenhäuser, KVen und Patientenorganisationen. Hier fehlen die anerkannten Praxisnetze, die auf Grund ihrer Anerkennung einen innovativen Versorgungsansatz bereits nachgewiesen haben.

Die vermeintlich sachgerechte Lösung beim Problem der **Haftpflichtprämien selbständiger Hebammen** (§ 134 a SGB V) birgt einen Präzedenzfall mit ungeahnten Konsequenzen. Durch die Verlagerung des Haftungsrisikos auf die Krankenkassen entsteht so eine Blaupause für alle Gesundheitsberufe, die in Zukunft über Delegation (§ 87 SGB V) und Substitution (§ 92 a SGB V, Modellvorhaben) mehr Aufgaben erhalten sollen: Sie können dann mehr Kompetenzen erhalten, sind aber von der Haftung befreit. Dies ist nicht nur ein bedenklicher Systembruch, sondern zudem eine weitere Übernahme versicherungsfremder Leistungen durch die GKV. Angesichts eines Gleichbehandlungsgrundsatzes muss es folgerichtig auch ärztlichen Fachgruppen mit signifikant gestiegenen Berufshaftpflichtprämien (z.B. Gynäkologen, Orthopäden, Chirurgen) ermöglicht werden, ihr Haftungsrisiko auf die Krankenkassen zu übertragen.

Diese Förderung von **Delegation und Substitution** ärztlicher Leistungen ist ein weiterer Eingriff in die Freiberuflichkeit niedergelassener Ärzte: Modellvorhaben zur Substitution sollen weiterentwickelt und die „berufsrechtlichen Regelungen hierzu angepasst“ werden. Auch hier droht erneut ein staatlicher Eingriff in das ärztliche Berufsrecht. Ärztliche Leistungen sind ärztliche Leistungen und daher aus rechtlichen und qualitativen Gründen nicht substituierbar. Der Ausbau von bereits bestehenden vielfältigen Kooperationen zwischen Ärzten und Gesundheitsberufen muss hingegen gefördert und ausgebaut werden.

Die „Verbesserung“ des **Entlassmanagements** (§ 39 SGB V) birgt die Gefahr einer stärkeren Polypharmakotherapie und einem Anstieg der Arzneimittelkosten. Wenn Patienten bei Entlassung nunmehr weiterhin die Krankenhausmedikation verwenden, die zumeist teurer ist als die Medikation im ambulanten Bereich, sind Kostensteigerungen zu erwarten. Zudem werden Klinikpatienten in der Regel mit einer Vielzahl von Medikamenten entlassen, die in der ambulanten Versorgung oftmals reduziert werden. Besser wären hier Regelungen zur Wirkstoffverordnung wie sie im ambulanten Bereich bereits erprobt sind.

Positiv hingegen ist die Absicht, die **vertragsärztliche Vergütung** (§ 87 a SGB V) weiterzuentwickeln, um **regionale Unterschiede** auszugleichen. Es ist längst überfällig, dass Kassenärztliche Vereinigungen in den Ländern, die deutlich unter dem Bundesschnitt liegen, nun verhandeln können, um auf den Bundesschnitt zu kommen. Keinesfalls jedoch darf es dabei zu Umverteilungen zwischen den einzelnen KVen kommen.

Beachtenswert ist die Anzahl der Regelungen im Gesetz, die jeweils das ambulante Honorarvolumen mindern und somit nicht mehr der Versorgung des Patienten zur Verfügung stehen. Der **Mittelabzug aus der Gesamtvergütung** entsteht durch:

- Entschädigungen beim verpflichtenden Aufkauf von Arztsitzen
- die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin
- die Förderung von Praxisnetzen innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung
- weitere bürokratische Aufwendungen im ärztlich finanzierten KV-System, beispielsweise durch die Einrichtung von Terminservicestellen
- Abfluss von ambulanten Vergütungsteilen durch die Bereinigung bei der Terminvergabe (4-Wochen-Frist) in einem Krankenhaus

Bei der Neuregelung von **Wirtschaftlichkeitsprüfungen** (§ 106 SGB V) ist eine Vereinfachung der diversen gesetzlichen Regelungen zu beobachten, was grundsätzlich zu begrüßen ist, dennoch wird der erst jüngst gesetzlich geregelte Grundsatz „Beratung vor Regress“ nun zu Gunsten von regionalen Verhandlungslösungen aufgegeben. Auch dies wird in der niedergelassenen Ärzteschaft als ein schlechtes Signal wahrgenommen, da das Regressrisiko noch immer das Haupthemmnis für den Gang in die Niederlassung ist. Denn es steht zu befürchten, dass angesichts der persönlichen Haftung von Vorständen in Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen das „Regress-Geschäft“ auf regionaler Ebene eine Wiederbelebung finden wird. Zu begrüßen ist, dass veranlasste Leistungen und Arzneimittel in Rabattverträgen nicht den Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterliegen.

Tiefgreifend sind die Eingriffe in die ärztliche Selbstverwaltung: Durch die gesetzliche Vorgabe (§ 79 SGB V) der **Trennung** von Stimmen innerhalb der Vertreterversammlung von **KBV und KVen** begeht der Gesetzgeber einen verfassungsrechtlich höchst fragwürdigen Eingriff in die Selbstverwaltung, noch dazu in ein demokratisch gewähltes Gremium während einer laufenden Wahlperiode. Das so entstehende gewichtete Stimmrecht einzelner Vertreter ist verfassungsrechtlich bedenklich, demokratisch fragwürdig und erhöht die Gefahr einer weiteren Entsolidarisierung innerhalb der Ärzteschaft.

Darüber hinaus soll neben den bestehenden beratenden Fachausschüssen für Haus- und Fachärzte ein neuer **Fachausschuss für angestellte Ärzte** in den KVen eingerichtet werden. Was angesichts steigender Zahlen angestellter Ärzte vordergründig nachvollziehbar scheint, wird in der praktischen Umsetzung scheitern: Schon heute finden sich kaum angestellte Ärzte für eine ehrenamtliche Mitwirkung im KV-System. In Folge dessen werden vorwiegend Klinik-dominierte MVZ-Organisationsformen und -Verbänden in diese Fachausschüsse einziehen.

Der Gesetzgeber scheint zu vergessen, warum er die ärztliche Selbstverwaltung eingerichtet hat. Die Übertragung der Kontrolle der irrationalen Potenziale von Krankheit und Pflegebedürftigkeit auf eine ärztliche Selbstverwaltung, die diese Konflikte durch die Verlagerung auf den Einzelfall auflöst, entlastet den Staat von diesen zentral und generell unlösbaren Konflikten. Der niedergelassene Kassenarzt übernimmt die Lösung dieser Konflikte im Einzelfall, was ihn schwierigen Konflikten aussetzt, weil er Sparsamkeit und Effizienz gegen eine optimale Versorgung austarieren muss. Dies ist für Patient und Arzt nur dann aushaltbar, wenn genügend Freiraum eingeräumt wird. Dieses Gesetz engt diesen Freiraum in vielen Regelungen weiter ein. Damit wird das KV-System weiter ausgehöhlt und schrittweise zu einer Regulierungsbehörde für die ambulante ärztliche Versorgung degeneriert. Damit fällt dann der Grundkonflikt doch auf den Staat zurück. Da er das nicht aushalten kann, wäre es besser er besänne sich auf die wertvolle Rolle der Selbstverwaltung anstatt sie zu zerstören.

Das KV-System wird durch diese staatlichen Eingriffe weiter ausgehöhlt und schrittweise zu einer Regulierungsbehörde für die ambulante ärztliche Versorgung degeneriert. Insbesondere vor dem Hintergrund der Einrichtung von Terminservicestellen ist der nächste Schritt staatlicher Einflussnahme bereits vorprogrammiert und es droht ein „Amt für fachärztliche Terminvergabe“. Insgesamt betrachtet, droht durch die zahlreichen staatlichen Eingriffe und vorbereitenden Strukturveränderungen mehr denn je eine **Staatsmedizin** für die zukünftige Mehrheiten im Deutschen Bundestag heute schon den Schalter erhalten, den sie dann nur noch umlegen müssen.

Zusammenfassend betrachtet bringt der Gesetzentwurf wenige Verbesserungen, ist aber in vielen Bereichen inkonsistent, symptombezogen, regulierend und in einigen Teilen populistischen aber unsachgemäßen Zielen folgend, keines Falls jedoch ein in sich stimmiger Ansatz, der die Strukturen des Gesundheitssystems grundlegend zukunftsfest verändern wird.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Dirk Heinrich