

STELLUNGNAHME
DES DEUTSCHEN HAUSÄRZTEVERBANDES E.V. ZUM

ENTWURF EINES GESETZES ZUR WEITERENTWICKLUNG DER
GESUNDHEITSVERSORGUNG
(GESUNDHEITSVERSORGUNGSWEITERENTWICKLUNGSGESETZ – GVWG)

STAND: 12. NOVEMBER 2020

I. ALLGEMEINES

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz greift der Gesetzgeber diverse redaktionelle Unklarheiten im SGB V auf und bereinigt diverse v. a. ältere Rechtsverweise. Gleichzeitig werden einige Versorgungsthemen mit Neuregelungen aufgegriffen. Angesichts der Vielzahl an Änderungen konzentriert sich die vorliegende Stellungnahme des Deutschen Hausärzteverbandes auf die für die hausärztliche Versorgung relevanten Änderungen, die aus Sicht des Verbandes einer weiteren Überarbeitung bedürfen.

II. STELLUNGNAHME

A. Artikel 1 Nr. 12 – FÖRDERUNG DER KOORDINATION IN HOSPIZ- PALLIATIVNETZWERKEN

Obleich die Einführung regionaler Netzwerkkoordinatoren grundsätzlich zu begrüßen ist, sind aus Sicht des Deutschen Hausärzteverbandes gleichwohl folgende Aspekte kritisch zu bewerten:

1. Eine paritätische Finanzierung der Förderung durch die kommunalen Träger der Daseinsfürsorge birgt das Risiko, dass insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen der Aufbau solcher Netzwerke an den Limitationen der kommunalen Haushalte dieser Regionen scheitert. Dies wäre angesichts des zu erwartenden hohen Versorgungsbedarfs in diesen Regionen wenig zielführend.
2. Einer der zentralen Akteure der palliativmedizinischen Versorgung ist und bleibt der Hausarzt, der viele Patienten bereits im Rahmen einer lebenslangen Betreuung kennt und deren Versorgungsbedürfnisse bewerten kann. Aus diesem Grund sollten diese Netzwerke, bei aller grundsätzlichen Offenheit gegenüber anderen Akteuren, verpflichtend eine hausärztliche Beteiligung vorsehen.
3. Der besonderen Rolle der Hausärzte in der regionalen palliativmedizinischen Versorgung Rechnung tragend sollte die Förderrichtlinie nach Absatz 3 zusätzlich auch mit dem Deutschen Hausärzteverband abgestimmt werden. Überdies erscheint die Frist für die Erstellung dieser Richtlinie ungewöhnlich lang und könnte die faktische Umsetzung dieser sinnvollen Strukturen unnötig verzögern.

B. Artikel 1 Nr. 20 – Terminservicestellen

Die geplante Ausweitung des Auftrags der Terminservicestellen (TSS), auch Online-Arzttermine für die Patienten zu vermitteln, wird vom Deutschen Hausärzteverband abgelehnt. Zum einen entspricht es nicht dem Leitbild der hausärztlichen Versorgung, das in einer engen, vertrauensvollen und auf Dauer angelegten Beziehung zwischen Hausärzten und ihren Patienten sein Fundament findet. Im Gegensatz zu dem Bedürfnis von Versicherten, punktuell für eine medizinische Problematik möglichst zeitnah einen Facharzttermin zu erhalten, verfügt der Versicherte in aller Regel über einen Hausarzt, der ihn in Akutfällen kurzfristig oder aber sonst mit entsprechender Terminvereinbarung behandelt. Eine anonyme Vermittlung beliebiger Online-Termine bei bundesweit tätigen Ärzten kann dies nicht gewährleisten. Zum anderen steht zu befürchten, dass sich im Rahmen einer ausschließlichen Fernbehandlung substanzielle Defizite in der Anamnese ergeben, die auch durch moderne Technologie nicht adäquat kompensiert werden können. Während die ausschließliche Fernbehandlung für diverse Versorgungskonstellationen durchaus anwendbar erscheint, wird sie einer angemessenen hausärztlichen Versorgung nicht gerecht. Deshalb sollte die anonyme Vermittlung von Terminen in der hausärztlichen Versorgung gesetzlich ausgeschlossen werden.

Auch die geplante neue Ausnahme zum generellen Überweisungsvorbehalt vor Inanspruchnahmen der TSS wird seitens des Deutschen Hausärzteverbandes kritisch bewertet. So ist es unverständlich, warum, nachdem die Ersteinschätzung in der Notfallambulanz eines Krankenhauses keinen akuten Behandlungsbedarf feststellen konnte, gleichwohl eine unmittelbare Inanspruchnahme der TSS möglich

sein soll. Gerade diese Patienten, die fälschlich eine Notfallambulanz im Krankenhaus aufgesucht haben, sollten systematisch zurück in die reguläre Versorgung überführt werden, in der der Hausarzt die Patienten den unterschiedlichen Versorgungsebenen und -angeboten zuweist. Mit der geplanten Regelung werden ansonsten erneut Anreize für die fälschliche Inanspruchnahme der Notfallambulanzen an Krankenhäusern eröffnet, die dann den direkten Zugriff auf die Serviceangebote der TSS ermöglichen würden.

Über die Serviceangebote der TSS kann es dabei nicht gelingen, die Steuerungsdefizite zu kompensieren, die aufgrund des Fehlens einer strukturierten primärärztlichen Versorgung bestehen.

C. Artikel 1 Nr. 26 i. V. m. Nr. 27 – Berufshaftpflichtversicherung für Vertragsärzte

Der Deutsche Hausärzteverband bewertet die geplanten Regelungen zur Berufshaftpflichtversicherung kritisch. Dabei ist völlig unstrittig, dass Hausärzte nicht zuletzt auch aufgrund bestehender berufsrechtlicher Verpflichtungen eine Berufshaftpflichtversicherung in angemessener Höhe abschließen müssen, um sich gegen eventuelle Risiken im Rahmen der Behandlung abzusichern.

Gleichwohl erscheint die Festlegung einer einheitlichen Mindesthöhe der Versicherung über alle Arztgruppen nicht sachgerecht, da sowohl die Schadenshöhe als auch die Schadenshäufigkeiten in den unterschiedlichen Arztgruppen deutlich variieren. Somit wären bei einer differenzierteren Betrachtung auch differenziertere Mindestversicherungssummen (ggf. auch niedriger als drei Millionen Euro) zu erwarten. Statt einer gesetzlichen Festlegung einer einheitlichen Mindestversicherungssumme sollten stattdessen die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung (Kassenärztliche Bundesvereinigungen und GKV-Spitzenverband) beauftragt werden, innerhalb von sechs Monaten Mindestversicherungssummen festzulegen, die die erwartete Schadenhöhe in den unterschiedlichen Arztgruppen adäquat widerspiegeln. Anstelle dessen sieht der Referentenentwurf vor, dass zusätzlich zu einer gesetzlich verpflichtenden Mindestversicherungssumme über alle Arztgruppen nach § 95e Absatz 2 noch höhere Versicherungssummen vereinbart werden können.

Unverständlich ist überdies, warum an der geplanten Möglichkeit zur verbindlichen Festlegung höherer Mindestversicherungsprämien die Kammern beteiligt werden sollen. Die hier geplante Regelung richtet sich ausschließlich an VertragsärztInnen, deren Beteiligung über die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vollständig sichergestellt ist. Sofern man, richtigerweise, die Frage der verpflichtenden Berufshaftpflichtversicherung übergreifend für alle in Deutschland tätigen Ärzte regeln möchte, sind selbstverständlich die Kammern zu beteiligen. Gleichwohl kann die Regelung dann nicht, wie derzeit geplant, mit der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung verknüpft werden.

Während der in Absatz 3 Satz 1 geplante Nachweis einer angemessenen Berufshaftpflicht im Rahmen des Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Genehmigungsverfahrens wohl sachgerecht ist, schießt die in Absatz 3 Satz 2 geplante Verpflichtung zur ständigen Aktualisierung von Änderungen der Versicherungskonditionen gegenüber den Zulassungsausschuss deutlich über das Ziel hinaus. Hierdurch werden erhebliche bürokratische Aufwände (Meldepflichten) für die Ärzte, aber auch für die Zulassungsausschüsse geschaffen, ohne dass eine mangelhafte Berufshaftpflichtversicherung bei VertragsärztInnen nach Kenntnis des Deutschen Hausärzteverbandes bisher regelhaft Probleme in der Versorgung verursacht hätte. Vor allem sind die vorgesehenen Konsequenzen für VertragsärztInnen deutlich überzogen, die, sofern sie dieser Pflicht nicht nachkommen, bis zum Ruhen der Zulassung führen sollen. Sofern eine gewisse Aktualität des Versicherungsstatus als zwingend notwendig erachtet wird, wäre stattdessen eine Abfrage des Zulassungsausschusses alle fünf oder acht Jahre denkbar.

Auch die in Absatz 6 vorgesehene Abfrage der aktuellen Versicherungsstatus aller VertragsärztInnen bundesweit scheint angesichts mangelnder bekannter Probleme in der Versorgung mit Blick auf die

Haftpflichtversicherungen überzogen. Mehr als 170.000 Meldungen von VertragsärztInnen, die innerhalb von drei Monaten durch die knapp 30 Zulassungsausschüsse bearbeitet werden sollen, scheinen ein unrealistisches Unterfangen. Sofern eine flächendeckende Erstmeldung überhaupt als erforderlich gesehen wird, sollte die vorgesehene Frist hierfür deutlich erweitert werden (neun Monate).

D. Artikel 1 Nr. 30 – Ersteinschätzung vor ambulanter Notfallbehandlung im Krankenhaus

Die geplante Regelung in § 120 SGB V überrascht insofern, als sie wesentliche Punkte der geplanten gesamthaften sektorenübergreifenden Regelungen zur Notfallversorgung vorwegnimmt. Nach Wahrnehmung des Deutschen Hausärzteverbandes herrschte ein gesellschaftlicher und politischer Konsens, dass die Frage der Weiterentwicklung der Notfallversorgung noch einmal gesamthaft und sektorenübergreifend zu beraten ist. Das Ergebnis dieser Beratungen sollte im Anschluss in einem Notfallreformgesetz kodifiziert werden. Einzelregelungen, die nur punktuelle Fragestellungen der Notfallversorgung adressieren, scheinen in diesem Zusammenhang wenig hilfreich.

Die hier vorgesehene Regelung, nach der die KBV im Benehmen mit DKG und GKV-SV Vorgaben und Qualitätsanforderungen zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des ambulanten medizinischen Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung in Krankenhäusern erstellen muss, wird seitens des Deutschen Hausärzteverbandes kritisch bewertet. Zwar ist es grundsätzlich zu begrüßen, dass die Versorgung in Notfallambulanzen an Krankenhäusern aus der ambulanten Perspektive vorgedacht wird. Gleichwohl fehlt mit den Integrierten Notfallzentren und dem dort bisher diskutierten „gemeinsamen Tresen“ weiterhin ein zentraler Bestandteil einer funktionalen Notfallversorgung an Krankenhäusern, ohne den diese Vorgaben ggf. ins Leere laufen.

Mit dieser Regelung wird überdies dauerhaft und systematisch eine Versorgungsstruktur parallel zur bestehenden primärärztlichen Versorgungsebene geschaffen, die letztlich sehr vergleichbare Patienten versorgen wird. Für das Ziel eines für die Patienten nachvollziehbaren Versorgungsebenenmodells im deutschen Gesundheitswesen und eine starke primärärztliche Versorgung scheint eine solche zusätzliche Struktur wenig hilfreich.

E. Artikel 1 Nr. 34 – § 136a SGB V – Förderung der Transparenz und Qualität der Versorgung

Der Deutsche Hausärzteverband weist darauf hin, dass die Qualität der Daten sowie datenschutzrechtliche Einschränkungen an vielen Stellen eine Nutzung der verfügbaren administrativen Daten auf Ebene der Einzelpraxis nicht erlauben wird.

Nicht sachgerecht erscheinen die geplanten Qualitätsberichte für Einzelpraxen in der hausärztlichen Versorgung. Gerade die hausärztliche Versorgung ist in ihrer Breite und Tiefe für Patienten schwer zu überblicken. Aus diesem Grund muss bezweifelt werden, dass eine solche Übersicht für jede einzelne Hausarztpraxis im Rahmen der geplanten Qualitätsberichte sachgerecht erstellt und veröffentlicht werden kann, sodass Patienten daraus einen belastbaren Mehrwert bei einer möglichen Auswahl ihres Hausarztes ableiten können.

So lässt beispielsweise die Information, dass in einer bestimmten Hausarztpraxis bisher keine Patienten einer bestimmten Indikation versorgt werden, nicht den Schluss zu, dass diese Praxis für die hausärztliche Versorgung einer solchen Erkrankung ungeeignet wäre. Jedoch ist zu erwarten, dass Patienten solchen oder ähnlichen Steuerungsimpulsen folgen werden und sich im Zweifel auf Basis dieser Informationen kompetent fühlen, sich an bestimmte Ärzte zu wenden. Mit Blick auf eine strukturierte und ressourcenschonende Versorgung ist die Wahrnehmung dieser Lotsenfunktion jedoch letztlich Aufgabe des Hausarztes. Die bekannten Probleme aus der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Kausalzusammenhänge bei der Ergebnisqualität, Problem der kleinen Fallzahlen, mangelnde Risikoadjustierung etc.) werden mit der geplanten Regelung ohne Not und ohne dass dafür

bereits Lösungen oder Erfahrungen aus dem stationären Bereich vorliegen, auf die ambulante Versorgung übertragen und damit potenziert.

F. Artikel 1 Nr. 39 – § 137f SGB V – Einführung eines DMP Adipositas

Der Deutsche Hausärzteverband begrüßt grundsätzlich die Weiterentwicklung der DMP-Programme, die einen wesentlichen positiven Beitrag zur Versorgung von chronischen Erkrankungen leisten. Die Versorgung der Volkskrankheit Adipositas stellt dabei eine gesamtgesellschaftliche und versorgungspolitische Herausforderung dar, die über eine DMP ggf. die notwendige Aufmerksamkeit erhalten kann.

Die Umsetzung der DMP erfordert jedoch den Beteiligungswillen der gesetzlichen Krankenkassen, die gerade auf regionaler Ebene die Prozesse und Strukturen rund um das DMP stützen müssen. Das Engagement der Krankenkassen in den DMP hat gleichwohl seit dem Wegfall der DMP-Zuschläge im Morbi-RSA merklich nachgelassen. Sofern eine Weiterentwicklung der DMP politisch gewünscht ist, sollten erneut Anreize für die Krankenkassen geschaffen werden, sich daran zu beteiligen, sei es über Zuschläge im Morbi-RSA oder an anderer Stelle.

Die zunehmende Zahl an DMP führt überdies dazu, dass insbesondere mit Blick auf die bekannten sogenannten Volkskrankheiten, die bei Patienten oft in Kombinationen auftreten (z. B. Adipositas und Diabetes, KHK und Depression etc.), der Fokus im Rahmen der DMP auf eine (Haupt-) Erkrankung gelegt wird. Sinnvoller wäre es jedoch, wenn die DMP selbst bereits die Kombination diverser chronischer Erkrankungen antizipieren und dafür klare Vorgaben und Versorgungsempfehlungen geben würden. Ergänzend zum geplanten DMP Adipositas sollte der G-BA deshalb auch damit beauftragt werden, für die Kombination unterschiedlicher in den DMP adressierter Krankheiten Vorgaben zu erarbeiten.

III. WEITERE PUNKTE

A. Förderung der Weiterbildung

Die Einfügung des § 75a SGB V (Förderung der Weiterbildung) und vor allem die flächendeckende Etablierung von Kompetenzzentren Weiterbildung (§ 75a VII Nr. 3 SGB V) in Deutschland, gehört zu einer der erfolgreichsten Maßnahmen, den Nachwuchs in der Allgemeinmedizin zu fördern.

Bundesweit steigt die Zahl neuer FachärztInnen für Allgemeinmedizin langsam, aber deutlich und kontinuierlich. Beispielsweise in Hessen werden in diesem Jahr wahrscheinlich etwa 144 Abschlüsse erreicht, gut doppelt so viele wie im Jahr 2013, wo 74 Abschlüsse erreicht wurden.

Die Gesamtzahlen aus allen 17 Landesärztekammern werden bei der Bundesärztekammer zusammengestellt (Ärztestatistik unter <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/>) und bestätigen diesen Trend: Im Jahr 2013 waren es 1.112 Abschlüsse und im Jahr 2019 sind es 1.689 Abschlüsse im Fach Allgemeinmedizin. Das deckt zwar noch nicht den Versorgungsbedarf, dennoch zeigt sich ein positiver Trend.

Um diesen positiven Schwung in Zukunft weiter zu verstetigen, regen wir an, die bisherige Kann-Regelung des § 75a Absatz 7 Nr. 3 SGB V in eine Muss-Regelung zu überführen und, damit die Arbeit vor Ort nicht durch Meinungsverschiedenheiten der einzelner Vertragspartner gefährdet wird, um eine Schiedsregelung zu ergänzen.

B. Angemessene Vergütung von Medizinischen Fachangestellten

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz wurden die Rahmenbedingungen für das Pflegepersonal insbesondere in Krankenhäusern wesentlich verbessert. Diese politisch gewollte Stärkung der Pflege wird vom Deutschen Hausärzteverband grundsätzlich begrüßt.

Gleichwohl führen diese Regelungen aus dem Pflegepersonalstärkungsgesetz im Ergebnis jedoch zu einer Schieflage in der ambulanten Versorgung, auf die der Deutsche Hausärzteverband hinweisen möchte. Zwar ist der Personalmarkt für Pflegekräfte und MFA nicht identisch, weist aber, insbesondere mit Blick auf bestehende Anerkennungsverfahren, deutliche Überschneidungen auf. Aus der hausärztlichen Praxis wird uns berichtet, dass MFA systematisch für Pflegestellen an Krankenhäusern abgeworben werden. Dabei werden Gehälter geboten, die mit der Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRGs für die Krankenhäuser vollständig finanziert werden, die aber in den Hausarztpraxen aufgrund der Beschränkungen des EBM nicht wirtschaftlich abbildbar sind. Sofern aufgrund dieser Ungleichbehandlung dauerhaft relevante Mengen an MFA für die Pflege abgeworben werden, kann dies auch nicht im Rahmen der Ausbildung, die derzeit auf den eigenen Bedarf der Praxen ausgerichtet ist, kompensiert werden und stellt somit letztlich das gesamte System der dualen Ausbildung infrage.

Aus diesem Grund fordert der Deutsche Hausärzteverband eine systematische Anpassung der Vergütung der technischen Leistungsanteile im EBM, in dem die Gehälter der MFA einkalkuliert sind, um die bestehende Unwucht zulasten der Krankenhäuser ausgleichen zu können. Die geforderten Anpassungen des EBM sind gleichwohl auf Basis der bestehenden engen gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung des EBM nicht möglich. Denn aufgrund der fehlenden gesetzlichen Regelung zur Finanzierung für den ambulanten Bereich ist der Handlungsspielraum der Vertragspartner des BMV-Ä sehr begrenzt. Die Kalkulation der Leistungen des EBM erfolgt gemäß § 87 Absatz 2 SGB V auf betriebswirtschaftlicher Basis mit Hilfe des Standardbewertungssystems. Dabei sind grundsätzlich die vom Statistischen Bundesamt nach dem Gesetz über die Kostenstrukturstatistik bei Arztpraxen erhobenen Daten der Kostenstruktur und damit empirische Kosten der Vertragsärzte zu verwenden. Die Berücksichtigung zusätzlicher normativer Kostenelemente wie beispielsweise das Pflegepersonalstärkungsgesetz ist dabei nicht vorgesehen.

Wenn der Gesetzgeber in der aktuellen und zurückliegenden Gesetzgebung so fundamental in den Arbeitsmarkt der Pflegekräfte eingreift und Marktmechanismen außer Kraft setzt, sind ergänzende Regelungen im § 87 SGB V zwingend erforderlich, die den Partnern des BMV-Ä den Handlungsspielraum geben, hier notwendige Anpassungen vornehmen zu können.

Ansprechpartner:

Deutscher Hausärzteverband e.V. | Edmund-Rumpler-Straße 2 | 51149 Köln | www.hausaerzteverband.de

Bundesvorsitz: ✉ ulrich.weigeldt@hausarztverband.de | ☎ 030 88714373-30

Geschäftsführer: ✉ joachim.schuetz@hausarztverband.de | ☎ 02203 97788-03

Junior-Geschäftsführer: ✉ sebastian.john@hausarztverband.de | ☎ 030 88714373-34