



Berufsverband der Deutschen Radiologen e.V. • August-Exter-Straße 4 • 81245 München

Bundesministerium für Gesundheit
Referat 221
Herrn Dr. Dirk Bernhardt
Friedrichstr. 108
10117 Berlin

Per Mail 221@bmg.bund.de

**Berufsverband der
Deutschen Radiologen**

August-Exter-Straße 4
81245 München

Telefon: 089 89 62 36 10
Telefax: 089 89 62 36 12

Internet:
www.radiologenverband.de
e-mail:
info@radiologenverband.de

16.08.2018

Stellungnahme zum Entwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes – TSVG – Stand 23.07.2018

Sehr geehrter Herr Bernhardt,

für die Gelegenheit, zum Referentenentwurf Stellung nehmen zu können, möchten wir uns zunächst bedanken und dürfen nachfolgend die Regelungen kommentieren, zu denen wir weiteren Diskussionsbedarf sehen:

Zu Artikel 1, Nummer 16, § 35 a Absatz 3

Die Änderung sollte vollständig entfallen

Begründung:

Auch für das Sozialrecht gilt, dass die Amtssprache deutsch ist (§ 19 SGB X).

Die Verpflichtung des GBA, sämtliche Entscheidungen und Begründungen zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln in englischer Sprache zu veröffentlichen, bedeutet einen erheblichen organisatorischen und wirtschaftlichen Mehraufwand, der nur für wenige Versicherte hilfreich sein dürfte. Die hier betroffene Öffentlichkeit besteht vielmehr vornehmlich aus Pharmakonzernen, die eine Übersetzung der Beschlüsse selbst bewerk-

stellen und finanzieren können. Gelder der Versicherungsgemeinschaft sollten dafür nicht ver(sch)wendet werden.

Zu Artikel 1, Nummer 32, § 73 und Nummer 40 c § 87 Absatz 2a Satz 23,

Die Ergänzung sollte in geänderter Formulierung nicht in § 73 Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 sondern in § 73 Absatz 2 Satz 1 erfolgen:

„15 Der Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins durch einen an der hausärztlichen oder vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer bei Überweisung an einen anderen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer.“

Korrelierend sollte § 87 Absatz 2a Satz 23 wie folgt gefasst werden:

„Die Regelungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst sind nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren; mit Wirkung zum 1. April 2019 sind die Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall von allen Leistungserbringern abrechnungsfähig, die einen Versicherten in Akutfällen während der Sprechstundenzeiten auf Vermittlung eines anderen Arztes nach § 73 Absatz 2 Satz 1 Nr. 15 oder der Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 behandeln“.

Außerdem ist dann auch der Verweis in der Neuregelung zu § 87a Absatz 3 Nr. 4 und die Änderungen zu § 295 Absatz 1 Nr. 1 und Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 entsprechend anzupassen.

Die ausdrückliche Abbildung der Vermittlung von Behandlungsterminen ist zu begrüßen, auch wenn damit zunächst lediglich die gelebte Praxis im Gesetz Niederschlag findet. Es ist die effektivste Möglichkeit, wenn der behandelnde Haus- oder Facharzt die Dringlichkeit der Überweisung zu einem anderen Facharzt auf Grundlage seiner eigenen ärztlichen Erkenntnisse einschätzt und dem entsprechend ggf. direkt einen zeitnahen Termin vereinbart. Diese Priorisierung ist deshalb nicht auf die hausärztliche Versorgung beschränkt

und sollte deshalb nicht (nur) in § 73 Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 erwähnt werden, sondern vielmehr als neue Ziff.15 in § 73 Absatz 2 Satz 1 für den gesamten Bereich der vertragsärztlichen Versorgung.

Korrelierend muss dazu sichergestellt werden, dass nicht nur der behandelnde (überweisende) Haus- oder Facharzt die in § 87 Absatz 2a Satz 23 vorgesehene Vergütung erhält, sondern auch derjenige Arzt, der in solchen Akutfällen auf Vermittlung eines anderen Arztes ebenso wie auf Vermittlung der Terminservicestellen die Behandlung zeitnah übernimmt.

Zu Artikel 1, Nummer 40 b, § 87 Absatz 2 Satz 3ff

1. Zu § 87 Absatz 2 Satz 3

Wortlaut der Neufassung:

*Im Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist die Bewertung der Leistungen nach Satz 1 und die Überprüfung der wirtschaftlichen Aspekte nach Satz 2 **insbesondere bei medizinisch-technischen Geräten** unter Berücksichtigung der Besonderheiten der betroffenen Arztgruppen auf in bestimmten Zeitabständen zu aktualisierender betriebswirtschaftlicher Basis durchzuführen.*

Der Einschub „insbesondere bei medizinisch-technischen Geräten“ kann entfallen.

Begründung

Die Neufassung des § 87 Absatz 2 Satz 3 enthält eine Fokussierung auf Leistungen mit medizinisch-technischen Geräten, die nicht erforderlich ist. Der bisherige Wortlaut umfasst auch solche Leistungen, die mit medizinisch-technischen Geräten erbracht werden und für die in der Tat ein regelmäßig die Aktualisierung der betriebswirtschaftlichen Kalkulationsgrundlagen erforderlich ist.

Ausweislich der Gesetzesbegründung geht der Gesetzgeber aber von der Vorstellung aus, dass bei Einsatz von medizinisch-technischen Geräten Rationalisierungsréserven vorhanden seien, die für die „sprechende Medizin“ nutzbar gemacht werden können.

Der EBM in seiner jetzigen Struktur und Berechnungssystematik erfüllt den bestehenden Auftrag des Gesetzes, nämlich die Bestimmung des wertmäßigen Verhältnisses der einzelnen Leistungen in Punkten im Ergebnis nur noch unzureichend und muss deshalb aktualisiert werden. Plausibilisierungsrechnungen haben jedoch gezeigt, dass weniger im Bereich der Bewertung technischer Methoden Fehlbewertungen bestehen, sondern vielmehr bei der Zeitbewertung ärztlicher Leistungen bei einer Vielzahl von Fachgebieten.

Es ist deshalb nicht sachdienlich, die Neubewertung nur einzelner Leistungsbereiche zu fordern. Erforderlich ist vielmehr die **zwingende Vorgabe**, durch das Institut des Bewertungsausschusses und die Vertragspartner auf Bundesebene eine einheitliche **Bewertungsmethode** als Grundlage zu definieren und umzusetzen, **die für alle Einzelleistungen aller Fachgruppen gleichermaßen anzuwenden ist**. Dabei sollte insbesondere die Bewertung der persönlichen ärztlichen Leistung und die Nutzung der Praxisinfrastruktur und medizinisch-technischen Ausstattung getrennt zu bewerten sein.

Eine unterschiedliche Bewertung der rein persönlichen ärztlichen Arbeitszeit, die einerseits unmittelbar am Patienten als „sprechende Medizin“ definiert wird, gegenüber der ärztlichen Auswertung diagnostisch-technischer Leistungen ist dabei weder begründbar noch erforderlich und wäre damit verfassungsrechtlich nicht zu rechtfertigen. Es kann keinen Unterschied machen, ob ein Arzt ein Anamnese- oder Beratungsgespräch mit dem Patienten führt, am Patienten eine Ultraschalluntersuchung durchführt, oder MRT-Bilder auswertet. Gerade auch Radiologen als patientennahes diagnostisches Fach erbringen neben der Auswertung und Befundung bildgebender Verfahren in erheblichem Umfang Gesprächsleistungen mit dem Patienten und führen Untersuchungen und interventionelle diagnostische und therapeutische Verfahren am Patienten durch. Jede andere Bewertung würde zudem auch die Notwendigkeit und den Stellenwert diagnostischer Leistungen mit medizinisch-technischer Ausstattung für die Patientenversorgung verkennen. Auch der Hausarzt als „Lotse“ kann den Patienten nur im Gesundheitswesen führen, wenn er über ein funktionierendes Echolot in Form von diagnostischen Erkenntnissen durch Bildgebung, Labor, Pathologie, Genetik etc. verfügt.

Eine einheitlich geltende Bewertungssystematik für alle ärztlichen Leistungen würde allerdings auch Fehlbewertungen bei einzelnen medizinisch-technischen Leistungen aufdecken und korrigieren, soweit sie derzeit tatsächlich vorliegen sollten.

2. Zu § 87 Absatz 2 Satz 4

Wortlaut der Neufassung:

Basis der Kalkulation bilden grundsätzlich die Daten der Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten des Statistischen Bundesamtes nach dem Gesetz über die Kostenstrukturstatistik (KoStrukStatG); ergänzend können sachgerechte Stichproben von Daten über die Einnahmen und Aufwendungen bei vertragsärztlichen Leistungserbringern verwendet werden.

Die Regelung ist zu begrüßen.

Begründung:

Einerseits bilden die Daten des Statistischen Bundesamts sicher derzeit die valideste Datengrundlage für eine einheitliche Bewertungssystematik. Andererseits spiegelt die Erhebung als steuerliche-Ist-Kosten-Betrachtung nur den tatsächlichen Aufwand der Praxen wider. Ein Investitionsstau durch nicht erfolgte Modernisierung kann die Erhebung dabei aber nicht abbilden und würde damit die Einführung neuer Methoden, Techniken und Leistungen verhindern. Deshalb ist es erforderlich, wie vorgesehen, die Berücksichtigung auch anderer Datenerhebungen zu ermöglichen.

3. Zu § 87 Absatz 2 Satz 5 und 6

Wortlaut der Neufassung:

Der Bewertungsausschuss hat die nächste Aktualisierung der Bewertung gemäß Satz 3 spätestens bis zum 30. September 2019 mit der Maßgabe durchzuführen, insbesondere die Angemessenheit der Bewertung von Leistungen zu aktualisieren,

die einen hohen technischen Leistungsanteil aufweisen. Hierzu legt der Bewertungsausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. März 2019 ein Konzept vor, wie er die verschiedenen Leistungsbereiche im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen einschließlich der Sachkosten anpassen wird.

Die Zeitvorgaben sind deutlich zu knapp bemessen und sollten nicht auf die Neubewertung einzelner Leistungsbereiche fokussiert werden. Erforderlich wäre vielmehr, die Aufgabe des EBM als „**Einheitlicher Bewertungsmaßstab**“ aller vertragsärztlichen Leistungen stärken.

Begründung

Die Neubewertung kann nicht sachgerecht auf einzelne Leistungsbestandteile beschränkt werden. Auch diagnostische Leistungen mit medizinisch-technischem Leistungsanteil sind nur Bestandteil einer originär ärztlichen Gesamtleistung und können deshalb nur insgesamt einer zutreffenden Bewertung zugeführt werden. Dafür muss für alle Fachgebiete eine transparente und nachvollziehbare Bewertungssystematik gefunden werden, die auch die Besonderheiten des Einsatzes von Medizintechnik berücksichtigt, wie er für fast alle Fachgebiete nötig ist. Die Beteiligung der Ärzteverbände ist dafür unerlässlich, weil nur so die Berücksichtigung fachspezifischer Besonderheiten gewährleistet werden kann.

Dazu ist es nicht geeignet, nur bestimmte Leistungsbereiche einer gesonderten Bewertung zu unterziehen, da dies das Gefüge der relativen Gewichtung sämtlicher Leistungen im EBM zueinander aufheben würde. Der EBM wäre dann nicht mehr eine Relativbewertung, sondern eine Preistaxe für einzelne Leistungen.

4. Zu § 87 Absatz 2 Satz 7

Wortlaut der Neufassung:

Dabei soll die Bewertung der technischen Leistungen, die in einem bestimmten Zeitraum erbracht werden, insgesamt so festgelegt werden, dass sie ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinkt.

Soweit mengenbezogene Bewertungsmodelle betriebswirtschaftlich begründbar und nachvollziehbar sind, können diese einen Beitrag zur „Honorargerechtigkeit“ eines Bewertungssystems darstellen. Dabei gilt aber unbedingt zu berücksichtigen, dass solche Vergütungsansätze bereits bestehende Konzentrationsprozesse noch weiter beschleunigen. Bei den patientennahen diagnostischen Fachgebieten wird jedoch schon jetzt dadurch vielfach die **flächendeckende wohnortnahe Versorgung** gefährdet. So erfordert die älter werdende Gesellschaft z.B. vermehrt Leistungen der Computertomographie zur Erkennung und Nachsorge von Krebserkrankungen, die für in ihrer Mobilität ohnehin beschränkten älteren Patienten in ländlichen Versorgungsgebieten zu unüberwindbaren Transportproblemen führen können.

Zu Artikel 1, Nummer 47, § 95

Zu § 95 Absatz 1a

Die Intention, die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen von Kapitalinteressen zu stärken, ist zu begrüßen, die vorgesehenen Änderungen sind dazu jedoch **nicht ausreichend. Zwingend erforderlich ist eine räumliche Bindung an die eigene Versorgungsregion und ggf. eine zahlenmäßige Begrenzung.**

Begründung:

1. Das Interesse von Investoren, wie sie zunehmend im Bereich der Zahnmedizin, dem Gebiet der operativ tätigen Augenärzte, HNO, Radiologie u.a., sowie der Dialyse zu beobachten sind, ist kraft Natur der Sache oft kurzfristig und ausschließlich auf Maximierung der Rendite gerichtet. Dies gefährdet die Qualität der Versorgung in höchstem Maße. Dadurch ist auch bereits die stationäre Versorgung (mit-)betroffen, wie Beispiele zeigen, in denen Investoren Radiologenpraxen übernehmen, die auch kirchliche und kommunale Krankenhäuser stationär mitversorgen. Die Krankenhäuser haben oft keine Möglichkeit, dies zu verhindern, weil in der erforderlichen räumlichen Nähe keine anderweitigen Praxen zur Verfügung stehen.

2. Das „beliebteste“ Einfallstor für Kapitalgesellschaften als Betreiber von MVZ ist derzeit der Ankauf von nichtärztlichen Dialyseerbringern nach § 126 Absatz 3. Mit der vorgesehenen Regelung wäre dieser Weg zukünftig wohl tatsächlich auf den Betrieb hausärztlich und oder internistisch / nephrologisch tätiger MVZ beschränkt. **Dazu muss allerdings der Begriff der „fachbezogenen medizinischen Versorgungszentren“ zumindest in der Gesetzesbegründung näher konkretisiert werden.**

Trotzdem ist grundsätzlich nicht nachvollziehbar, weshalb nichtärztliche Dialyseerbringer überhaupt selbst MVZ betreiben sollen. Den mit diesen Leistungserbringern kooperierenden Vertragsärzten ist der Betrieb von MVZ ohne weiteres möglich.

3. Medizinerne Investoren betreiben darüber hinaus auch MVZ über den Ankauf von Krankenhäusern (wie z.B. der geburtshilflich / gynäkologisch tätigen Belegklinik Berglandklinik Lüdenscheid). Mit der Übernahme eines solchen zugelassenen Krankenhauses oder einer nichtärztlichen Dialyse besteht für Investoren dann „Betreiberfähigkeit „ für eine unbeschränkte Anzahl von MVZ im gesamten Bundesgebiet“.

Um dies wirksam zu begrenzen ist deshalb **zwingend erforderlich**, den Betrieb von MVZ **räumlich** an die eigene Stellung als Leistungserbringer **zu binden** und ggf. zusätzlich zahlenmäßig zu begrenzen. Krankenhäuser können dann weiterhin im Einzugsbereich ihrer jeweiligen stationären Einrichtungen, Ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen in ihrer Versorgungsregion und Vertragsärzte in ihrem Zulassungsbezirk weiterhin MVZ betreiben. Dadurch kann sichergestellt werden, dass der Betrieb des MVZ mit der eigenen Leistungserbringung verbunden bleibt und von den eigenen Versorgungsinteressen gegenüber den Patienten und nicht reinen Kapitalinteressen geprägt wird.

Dem Ministerium liegt mit Schreiben vom 01.08.2018 dazu anliegende vertiefende Stellungnahme des BDR mit konkreten Vorschlägen vor, die wir dringend zu berücksichtigen bitten.

4. Ob es sinnvoll ist, anerkannten Praxisnetzen gemäß § 87b Absatz 2 SGB V in unterversorgten Gebieten die Fähigkeit zur Gründung von MVZ einzuräumen, sollte kritisch hinterfragt werden. Derartige Netze sind für sich ja schon gut organisiert, sonst wären sie nicht anerkannt worden. Ein zusätzlicher Gewinn für die Versorgungsquali-

tät durch Gründung von MVZ für diese Netze erschließt sich nicht. Vielmehr besteht die Gefahr, dass diese „Netz-MVZ“ wieder als ein Einfallstor für fremdbestimmte Investoren genutzt werden. Die Begrenzung auf den Betrieb in unterversorgten Regionen erscheint schon deshalb problematisch, da nicht geklärt ist, ob die Betreiberfähigkeit „verloren geht“ wenn die Region nicht mehr unterversorgt ist. Außerdem sind die beteiligten Betreiber solcher Netze selbst bereits jetzt ohne weiteres berechtigt, MVZ zu gründen, so dass es der Betreiberfähigkeit des Netzes nicht bedarf.

Die Verbesserung der Versorgung in unterversorgten Gebieten sollte nicht durch eine (weitere) Privilegierung von Praxisnetzen vorbehalten sein, sondern kann durch generelle Sonderregelungen für Fälle der Unterversorgung oder durch den (ggf. erleichterten) Betrieb von Filialen für sämtliche Leistungserbringer effektiver erreicht werden.

Zu § 95 Absatz 1a

Wortlaut der Neufassung:

Die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums ist nur in der Rechtsform der Personengesellschaft, der eingetragenen Genossenschaft oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich.

Die Regelung ist sinnvoll.

In diesem Zusammenhang wäre es wünschenswert, wenn in der Gesetzesbegründung ein Hinweis ergänzt werden könnte, dass der **Rechtsformwechsel** eines MVZ-Trägers den Fortbestand der Zulassung nicht tangiert, ein MVZ mithin nicht „neu zugelassen“ werden muss, soweit alle Gesellschafter gründungsberechtigt sind und bleiben.

Dies ist zwar für den **identitätswahrenden Rechtsformwechsel** weitgehend unstrittig, wird aber schon bei der **Verschmelzung** oder **Abspaltung** nach UmwG bei fortbestehender Beteiligung bisheriger Gesellschafter von den Zulassungsgremien unterschiedlich gehandhabt.

Zu § 95 Absatz 6 Satz 5

Der Erhalt der Betreiberfähigkeit für Nachfolger in der Anstellung eines MVZ wird **ausdrücklich begrüßt**.

Zu Artikel 1, Nummer 50 e) aa) und f) aa), § 103 Absatz 4a Satz 2 und § 103 Absatz 4b Satz 2

Wortlaut der Neufassung:

Ein Arzt nach Satz 1 kann in seinem bisherigen Planungsbereich weiter tätig sein, auch wenn der Sitz des anstellenden medizinischen Versorgungszentrums in einem anderen Planungsbereich liegt.

Die Regelung ist **in der derzeitigen Formulierung abzulehnen**. Der Sachverhalt ist anders zu lösen.

Begründung:

Insgesamt widerspricht die Regelung der dringend erforderlichen regionalen Bindung der Betreiberfähigkeit für ein MVZ an den Versorgungsbereich der eigenen Leistungserbringung (s.o. zu § 95). Die Möglichkeit des Anstellungsverzichts wurde gerade von Investoren-betriebenen MVZ genutzt, um unter Umgehung des Ausschreibungsverfahrens den Bestand an Zulassungen zu vergrößern. Der Anstellungsverzicht war und ist häufig für Ärzte dort attraktiv, wo MVZ oder BAG einen deutlich höheren Übernahmepreis zu zahlen bereit sind, als den Verkehrswert, der allein auswahlentscheidend in einem Nachbesetzungsverfahren ist.

Für Vertragsarztpraxen ist diese Möglichkeit auch schon aus (gewerbe-)steuerlichen Gesichtspunkten sehr viel weniger attraktiv, da die alleinige Tätigkeit eines Angestellten in einer Filiale mangels Aufsichts- und Weisungsmöglichkeit als gewerblich einzustufen ist.

Gerechtfertigt kann der Betrieb von Filialen mit angestellten Ärzten außerhalb des eigenen Planungsbereichs eigentlich nur dort sein, wo keine geeigneten niederlassungswilligen Nachfolger mehr zur Verfügung stehen und die Versorgung trotzdem sichergestellt sein muss. Wenn dies eine Sonderregelung rechtfertigt, sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- a) es sollte überdacht werden, ob diese Variante der Praxisfortführung gerade für den Fall des Anstellungsverzichts geeignet ist oder hierfür nicht die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens erforderlich gemacht werden sollte. Dann wäre die Regelung gerade nicht in § 103 Absatz 4a und 4b für den Anstellungsverzicht, sondern für das Ausschreibungsverfahren durch Ergänzung § 103 Absatz 4b Satz 2 und Absatz 4c Satz 1 aufzunehmen und klarzustellen, dass die Zulassungsübertragung planungsbereichsübergreifend möglich ist, die Zulassung aber bedarfsplanungsrechtlich dem bisherigen Planungsbereich zugeordnet bleibt.
- b) Soweit planungsbereichsübergreifend zugleich auch KV-übergreifend sein kann, sind Zuständigkeitsregelungen und Vergütungsregelungen wie für überörtliche BAG i.S.d. § 33 Ärzte-ZV erforderlich.
- c) Ausdrücklich aufzunehmen wäre, dass die Fortführung eines Praxisstandortes als Filiale als Verbesserung der Versorgung i.S.d. 24 Absatz 3 Nr 1 Ärzte-ZV anzusehen ist.
- e) Der Bewerbung niederlassungswilliger Bewerber im Ausschreibungsverfahren, die die Praxis als Freiberufler fortführen möchten, sollte dabei Vorrang eingeräumt werden, wie er in § 103 Absatz 4c Satz 3 definiert ist.

Zu Artikel 1, Nummer 50 e) bb) und f) bb), § 103 Absatz 4a Satz 3 und § 103 Absatz 4b Satz 3

Wortlaut der Neufassung:

Medizinischen Versorgungszentren ist auf Antrag die Nachbesetzung einer Arztstelle möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind; der Zulassungsausschuss kann den Antrag auf Nachbesetzung der Arztstelle ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist.

Die Begründung dieser Regelung ist zu ergänzen.

Begründung:

Es muss sichergestellt sein, dass bei der Entscheidung des ZA, ob die nachzubesetzende Arztstelle versorgungsnotwendig ist, die Versorgungsrelevanz des gesamten MVZ bzw. Berufsausübungsgemeinschaft berücksichtigt wird, um „Kollateralschäden“ der Entscheidung zu verhindern. Bei einem fachübergreifenden MVZ in der Rechtsform einer GmbH, in der nur zwei Ärzte Gesellschafter und als Angestellte sind, würde die Betreiberfähigkeit des gesamten MVZ entfallen, sobald eine Anstellung nicht nachbesetzt werden kann. Aber auch bei größeren MVZ kann die Existenz der Gesamtpraxis gefährdet sein, wenn eine Fachdisziplin bzw. eine Arztstelle nicht nachbesetzbar wird. Solche Konstellationen sind in einer Gesamtbetrachtung zu würdigen und nicht nur in der Prüfung der Versorgungsrelevanz der nachzubesetzenden Arztstelle allein.

Zu Artikel 23, Nummer 2, § 19 a Absatz 1 Ärzte-ZV

Wortlaut der Neufassung:

Der Arzt übt seine vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig aus, wenn er an seinem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung steht.

Der Einschub „an seinem Vertragsarztsitz“ ist zu streichen.

Begründung:

Mit der jetzt geplanten Formulierung wäre verbunden, dass Zeiten, in welchen der Vertragsarzt in Filialstandorten, ausgelagerten Praxisräumen oder den Standorten überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften tätig ist, nicht als Erfüllung der Mindestzeiten für den Versorgungsauftrag zählen. Dies ist nicht sachgerecht.

Wortlaut der Neufassung:

Ärzte, die insbesondere Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, müssen mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten. Bei einem hälftigen Versorgungsauftrag nach Absatz 2 gelten die in Satz 2 und 3 festgelegten Sprechstundenzeiten jeweils hälftig. Besuchszeiten sind auf die Sprechstundenzeiten nach Satz 2 anzurechnen. Die Einzelheiten zur angemessenen Anrechnung der Besuchszeiten nach Satz 5 sowie zu den Arztgruppen, die offene Sprechstunden anzubieten haben, sind bis zum 31. März 2019 im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu regeln; in dem Vertrag können auch Regelungen zur zeitlichen Verteilung der Sprechstunden nach Satz 3 getroffen werden.

Anmerkung:

Bei der Ausgestaltung der Einzelheiten zu den Fachgruppen, die offene Sprechzeiten anzubieten haben, ist zu berücksichtigen, dass z.B. bei der Fachgruppe der Radiologen das Angebot offener Sprechstunden sogar kontraproduktiv sein kann. So terminieren Radiologen häufig gleichartige Untersuchungen als Block, um die Wechselzeiten zwischen den Patienten zu reduzieren. Eine offene Sprechstunde könnte deshalb sogar zur Reduktion von Untersuchungskapazitäten führen, wenn die Untersuchungen dadurch mit deutlich längeren Wechselzeiten verbunden sind.

Zudem ist zu berücksichtigen, wie solche offenen Sprechstunden in größeren Berufsausübungsgemeinschaften zu organisieren sein sollen. Falls dort die Dauer von 5 Stunden je Arzt zu berechnen wäre hätte eine Praxis mit 8 Vertragsärzten bereits 40 Stunden pro Woche offene Sprechstunden anzubieten.

Schon ohne die beabsichtigte Regelung halten Radiologen aber regelmäßig Kapazitäten für Notfalluntersuchungen und dringende Fälle sowohl im Bereich der Schnittbilddiagnostik als auch für konventionelle Röntgenuntersuchungen im erforderlichen Umfang vor.

Zusätzliche Änderungen:

Zu § 130 a SGB V für den Bezug von radiologischen Kontrastmitteln

Radiologische Untersuchungen mit Schnittbildverfahren wie MRT und CT werden sehr häufig mit Kontrastmittel durchgeführt. Diese Kontrastmittel sind wegen des Risikos gefährlicher Nebenwirkungen wie NFS (Nephrogene systemische Fibrose) bzw potentiell schädlicher Ablagerung von Gadolinium im Gehirn unter sorgsamer Abwägung nach ärztlicher Entscheidung anzuwenden.

Diese Kontrastmittel sind zwar verschreibungspflichtige Arzneimittel, aufgrund der Regelung des § 47 AMG jedoch nicht nur über Apotheken, sondern für Ärzte direkt vom Hersteller oder Händler beziehbar. Der Bezug und die Abrechnung erfolgt deshalb als **Sprechstundenbedarf**. Zunehmend organisieren Krankenkassen auf Landesebene den Bezug über öffentliche Ausschreibung und unmittelbare Verträge mit Herstellern und / oder Händlern.

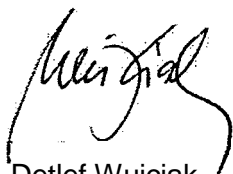
Problematisch ist dabei jedoch, dass die Kassen teilweise Ausschreibungen **wirkstoffübergreifend (aut simile)** gestalten und so der Arzt über das Wirtschaftlichkeitsgebot mit Sanktionen bedroht ist, wenn er einen anderen Wirkstoff als den bezuschlagten Ausschreibungsgewinner verordnet. Im Bereich der Apothekenversorgung ist der wirkstoffübergreifende Austausch ausgeschlossen, da mit guten Gründen § 129 Absatz 1 Nr 1 und 2 ausdrücklich nur den wirkstoffgleichen Austausch zulässt.

Für die Versorgung Röntgenkontrastmitteln muss zum Schutz der Patienten ebenfalls der wirkstoffübergreifende Austausch ausgeschlossen und ein derart patientengefährdender Eingriff in die Therapiefreiheit unterbunden werden.

Unseres Erachtens ist eine **ausdrückliche gesetzliche Regelung** z.B. in § 130a SGB V erforderlich, die sicherstellt, dass für den Bezug von Kontrastmitteln auch im Rahmen des Sprechstundenbedarfs oder im Falle der Vereinbarung von Kostenpauschalen **aus-schließlich wirkstoffgleich** erfolgen dürfen.

Für weitergehende Erläuterungen, Rückfragen oder vertiefende Diskussion stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Detlef Wujciak
Vorsitzender



Markus Henkel
Geschäftsführer