

Dr. med. Thomas Fischbach
Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

Kathrin Jackel-Neusser
Hauptstadtbüro des BVKJ
Chausseestr. 128/129
10115 Berlin

Fon
(030) 28 04 75 10
Fax (0221) 68 32 04
Kathrin.jackel-neusser@uminfo.de
www.kinderaerzte-im-netz.de
www.bvkj.de

17.08.2018

Stellungnahme des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) e.V.
zum **Referentenentwurf**
des Bundesministeriums für Gesundheit
Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), Fassung vom 23. Juli 2018

Vorbemerkung

Das Terminservicestellen- und Versorgungsgesetz TSVG hat den Anspruch, strukturelle Probleme im Gesundheitswesen zu lösen und beinhaltet auch einige gute neue Regelungen, die wir begrüßen. Dennoch löst das TSVG aus der Sicht der Pädiatrie keine Probleme, es schafft zumindest für die Gruppe der Kinder- und Jugendärzte neue Probleme.¹

Überrascht hat den BVKJ als Vertretung von rund 12.000 Kinder- und Jugendärzten vor allem, dass der Gesundheitsminister ganz konkret Regelungen zur kinder- und jugendärztlichen Versorgung treffen möchte, ohne unsere Vorstellungen hierzu eingeholt zu haben. Eine solche Partizipation hätten wir für angemessen gehalten. Das Ergebnis sind Regelungen, die in der jetzigen Form völlig an der Praxisrealität vorbei gehen würden.

Eine Bitte vorab: Im gesamten Referentenentwurf muss generell von „Kinder- und Jugendarzt“ gesprochen werden. Dies ist unsere korrekte Berufsbezeichnung.

Das TSVG ist ein Referentenentwurf, der nahezu das Ende der ärztlichen Freiberuflichkeit einläutet, in dem er mit großer Detailverliebtheit massiv in die Praxisführung der Ärzte eingreift.

Das TSVG geht hingegen nicht an die Wurzeln des Problems: den Ärztemangel.

Stattdessen wird eine Aufstockung der Praxispräsenzzeiten von 20 auf 25 Stunden beschlossen, ohne nur einmal nach Gründen zu fragen, warum manche Kollegen (z.B. über 60 Jahre oder deutlich älter) nur noch eingeschränkt arbeiten können. Bei einem Durchschnittsalter unserer Fachgruppe in der Niederlassung von ca. 55 Jahren sollte den Verantwortlichen klar sein, dass alters- und gesundheitsbedingte Einschränkungen eine Rolle spielen können. Es wäre kontraproduktiv, wenn dann auch diejenigen älteren Kollegen durch diese intendierte Änderung bedingt ihre Praxistätigkeit beenden würden, die im System noch dringend gebraucht werden.

¹ Im Folgenden wird der besseren Lesbarkeit willen nur noch das generische Maskulinum verwendet, das alle Geschlechter meint.

Zudem fordert die Politik zu Recht immer wieder die Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Sollen diese jungen Eltern in der Woche ca. 52 Stunden und mehr in ihrem Beruf arbeiten, damit die Rechnung des TSVG aufgeht? Denn es sollte bekannt sein, dass die durchschnittliche Wochenarbeitszeit der niedergelassenen Ärzte laut dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung bei 52 Stunden liegt. In diesem Zusammenhang muss bedacht werden, dass wir nach Praxisabschluss auch noch unsere unternehmerischen Aufgaben erfüllen müssen. Bekannterweise ist der bürokratische Aufwand in den Kliniken und v.a. den Praxen immer höher geworden, nach dem TSVG in der jetzt geplanten Form dürfte die Bürokratiebelastung weiter steigen.

Für die Vorbereitung eines die Versorgung wirklich stärkenden Gesetzes hätte man auch einmal untersuchen müssen, warum so viele Ärzte nach abgeschlossener Weiterbildung überhaupt nicht in der unmittelbaren Patientenversorgung ankommen und wie viele dies genau sind.

Die noch übrigen Kinder- und Jugendärzte arbeiten in vielen Regionen bereits heute über die Grenze des Zumutbaren hinaus.

Dann darüber hinaus eine weitere Mehrarbeit durch die Implementierung einer „freien Sprechstundenzeit“ von zusätzlich fünf Wochenstunden abzuverlangen, ist für uns fachlich nicht praktikabel und daher inakzeptabel. In der praktischen Umsetzung wird das Vorhaben scheitern, wenn mehr Patienten unangemeldet die Praxen aufsuchen und auf ihrer Behandlung bestehen, als ein Arzt gut behandeln kann. Für den Bereich der Pädiatrie wäre damit außerdem ein hohes Ansteckungsrisiko der Kinder und Jugendlichen verbunden, wenn z.B. Kinder mit Erkrankungen wie Masern, Mumps oder Keuchhusten mit Kindern und Jugendlichen zusammentreffen, die noch nicht (Säuglinge) oder gar nicht (z.B. immungeschwächte Kinder/Jugendliche) geimpft werden können. Die Kinder- und Jugendpraxen müssen von dieser Regelung aus sachlichen Gründen dringend ausgenommen werden! Eine Steuerung der Patienten, die an einem Tag in unsere Praxen kommen, ist im Interesse unserer jungen Patienten und war bisher ja auch stets gewollt.

Das Gesetz in der jetzt geplanten Form sorgt auch deshalb nicht für eine Verbesserung der Strukturen, weil es keine Antwort auf die demografischen Herausforderungen in der Gesamtbevölkerung und speziell auch der Ärzteschaft gibt.²

Wichtig wären jetzt mehr Medizinstudierende, so dass wieder schnellstmöglich genügend Ärzte im System vorhanden sind. Leider scheiterte dies bislang am Finanzierungsvorbehalt der Länder zum Masterplan Medizinstudium 2020.

Nötig, um für mehr Kinder und Jugendärzte zu sorgen, ist im Übrigen auch keine Aufhebung der Bedarfsplanung, wie im RefE zum TSVG formuliert, sondern eine Veränderung der Beplanungskriterien.

Äußerst hilfreich für den Bereich der Pädiatrie wäre zudem eine Ausweitung der finanziellen Weiterbildungsförderung, von der die Pädiater mangels Vertretung in den KVen viel zu selten profitieren (weil wir dort unterrepräsentiert sind und die Umsetzungsempfehlungen bei der Zuweisung der 1000 Weiterbildungsförderungs-Stellen an unserer Fachgruppe vorbei definiert wurden!).

Was wir in dem Referentenentwurf zudem vermissen sind Maßnahmen, die gerade bei jungen Ärzten die Bereitschaft zur Niederlassung in strukturschwachen bzw. ländlichen Regionen unterstützen. Hier

² Hier verweisen wir auf unser Grundsatzpapier „Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen - Wo wir die Unterstützung der Politik brauchen“, das dem BMG auch bereits vorliegt: https://www.bvkJ.de/fileadmin/pdf/280917_Position_BVKJ_Bedarfsplanung_Kinder-_und_Jugendaerzte.pdf.

wären Initiativen sinnvoll gewesen, die den Masterplan Medizinstudium 2020 und die neuen Fördermöglichkeiten Weiterbildung in der hausärztlichen Medizin (§ 75a SGB V) praxisnah umsetzen, wobei in diesem Kontext immer von hausärztlichen Versorgern gesprochen werden sollte, um neben den Allgemeinärzten auch die Kinder- und Jugendärzte explizit mit zu nennen.

Im Übrigen müssen wir Herrn Prof. Montgomery Recht geben in Bezug auf seine Einschätzung im Ärzteblatt, wo er sagt: „Was aber am meisten fehlt... ist das Bekenntnis der Politik, dass das unbegrenzte Leistungsversprechen bei steigendem Behandlungsbedarf mit der heutigen Anzahl von Ärzten und der aktuellen Budgetierung auf Dauer nicht einzuhalten ist.“ Dem können wir nur zustimmen!

Wir werden angesichts endlicher Ressourcen im Gesundheitssystem nicht umhinkommen, ggf. unnötige Leistungen (wie die Homöopathie) auf den Prüfstand zu stellen, Gesundheitskompetenz zu stärken und zwischen Bagatellen und echten Notfällen zu unterscheiden.

Im folgenden Teil kommentieren wir die Passagen des Referentenentwurfes, die aus unserer Sicht für die Pädiatrie von großer Bedeutung sind. Wir bitten darum, unsere kritischen Anmerkungen zu beachten und den Referentenentwurf noch einmal gründlich zu überarbeiten. Gerne bieten wir als Vertretung von rund 12.000 Kinder- und Jugendärzten nochmals unsere Mitarbeitsbereitschaft an.

Regelungen im Einzelnen und Stellungnahme hierzu

Änderungen des SGB V

Zu Artikel 1, Nummer 9 (§ 16), Buchstabe a

Anmerkung:

Medizinische Leistungen für Kinder und Jugendliche sollten hier ausgenommen sein, und zwar auch außerhalb der Prävention.

Zu § 20j Präexpositionsprophylaxe

Anmerkung:

Den neuen §20j und hier insbesondere den neuen Absatz 4 begrüßen wir.

Zu § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V:

„(1) Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere ...

2. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen einschließlich der Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer,...“ (geplante Neuformulierung ist unterstrichen)

Anmerkung:

Gemäß der Gesetzesbegründung soll die Regelung das Ziel verfolgen, die aus medizinischen Gründen in dringenden Behandlungsfällen praktizierte Vermittlung eines erforderlichen Behandlungstermins durch einen hausärztlich tätigen Leistungserbringer zu einem fachärztlich tätigen Leistungserbringer auch in der Aufgabenbeschreibung abzubilden. Dies nicht zuletzt, um einen Anknüpfungspunkt für die Vergütungsregelung dieser Leistung zu schaffen. Die Regelung korrespondiert mit der Regelung des § 87a Absatz 3 Satz 5 Nr. 3 SGB V zur außerbudgetären Vergütung.

Problematisch bleibt aber die auslegungsbedürftige Formulierung „dringend erforderlich“. Juristisch gibt es hier keinen klaren Ansatzpunkt, wann eine solche Vermittlung erforderlich ist. Auch die Gesetzesbegründung gibt hier keine verbindlichen Anhaltspunkte.

Des Weiteren ist auch nicht festgelegt, was die „Vermittlung“ erfasst, vor allem also wie viele Vermittlungsversuche der Kinder- und Jugendarzt unternehmen muss. Und offen bleibt die Frage: Was ist die Rechtsfolge, wenn kein Termin vermittelt wird?

Wenn es so kommen sollte, dass der Arzt in der Garantenfunktion bei der Terminvermittlung steht und der Patient bestimmt, was „medizinisch dringend“ ist, wird der Zwist in die Praxen getragen und schlimmstenfalls das gegenseitige Vertrauensverhältnis zerstört. Bezüglich der Dringlichkeit eines (Facharzt-)Termines kann der Arzt eine andere Sichtweise haben und diese aufgrund seiner Fachkompetenz auch begründen. Es ist zudem bekannt, dass es in Deutschland schon jetzt vergleichsweise viele Arzt-Patienten-Kontakte gibt. Es würde unser Gesundheitssystem auf Dauer enorm strapazieren, wenn diese noch häufiger als bislang stattfinden sollten, wenn der sich Patient selbst hinsichtlich der Priorität seiner Vorstellung definieren kann.

Zu § 75 Abs.1a SGB V (Terminservicestellen)

„...(1a) ...Die Terminservicestelle hat Versicherten...

innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln,

bei der Suche nach einem Hausarzt zu unterstützen, den sie nach § 76 Absatz 3 Satz 2 wählen möchten und ab dem 1. April 2019 in Akutfällen auch ohne Vorliegen einer Überweisung eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln, die auf der Grundlage einer Priorisierung zu erfolgen hat.(...)

Für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Facharzt muss mit Ausnahme von Behandlungsterminen bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt eine Überweisung vorliegen; eine Überweisung muss auch in den Fällen des Satz 10 Nummer 2 vorliegen. (geplante Neuformulierungen sind unterstrichen)

Anmerkung:

Zu Satz 1: Das hieße, dass der Patient hier die definitorische Hoheit hat und nicht die medizinische Notwendigkeit ausschlaggebend ist. Soll das bedeuten, dass jeder Patient binnen einer Woche einen Termin bekommen soll?

Zu Satz 2: Es gibt im Übrigen auch die Möglichkeit, dass ein Arzt einen Patienten nicht dauerhaft annehmen möchte, wenn dieser sich beispielsweise nicht an die Regeln der Praxis hält oder aus anderen gewichtigen Gründen ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis nicht gegeben ist. Wie wird in diesem Fall verfahren?

Zu Satz 3: Die genaue Definition, was einen Akutfall ausmacht bzw. eine vorzunehmende Priorisierung wäre hier sehr komplex und kann aus unserer Sicht auch gar nicht abschließend erfolgen.

Gesetzlich wäre zu klären, wer für die Vorgaben zur Priorisierung und zur fachlichen Qualifikation der entsprechenden Mitarbeiter der Terminservicestellen zuständig ist etc. In der Regel sollte in diesen Fällen zunächst eine Vorstellung bei einem hausärztlichen Versorger (Hausarzt, Internist, Kinder- und Jugendarzt) erfolgen, um eine unkoordinierte Inanspruchnahme von Fachärzten zu vermeiden.

Unklar ist, ob die Überweisung auch bei Inanspruchnahme eines Schwerpunktpädiaters vorliegen muss. Unsere Forderung: Hier sollten die Pädiater als Ausnahme (wie die Augen- und Frauenärzte) mitgenannt werden!

„(...) Die Wartezeit auf einen ~~den zu vermittelnden~~ Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten. Die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelten ~~Facharzt~~ Arzt muss zumutbar sein.“
(geplante Neuformulierungen sind unterstrichen)

Anmerkung:

Dieses Gesetz sorgt wie bereits erwähnt nicht für mehr Ärzte im System. Daher stellt sich auch die Terminvermittlung kompliziert dar. Auch bleibt die Frage offen, was passieren soll, wenn es keinen verfügbaren Arzttermin mehr gab oder dieser nicht innerhalb von vier Wochen notwendig war.

Ebenso ungeklärt bleibt die Frage, welche Entfernungen zwischen dem Wohnort und dem Arzt als zumutbar zu gelten haben. Hier wiederum bleibt die Aufgabe, dies exakt zu definieren. Dies dürfte auch von Region zu Region stark differieren.

„(...) Für die ambulante Behandlung im Krankenhaus gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. In den Fällen von Satz 7 8 hat die Terminservicestelle einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 in einer angemessenen Frist zu vermitteln. Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 sind bis zum 23. Oktober 2015 insbesondere Regelungen zu treffen
1. zum Nachweis des Vorliegens einer Überweisung,
2. in welchen Fällen es der Vermittlung zu einem Haus- oder zu einem Kinderarzt einer Überweisung bedarf,
(...) (geplante Neuformulierungen sind unterstrichen)

Anmerkung:

Zu Satz 2: Analog der HzV-Regelung darf auch hier keine Überweisung nötig sein. Abgesehen davon dass wir diese Gesetzesänderung bzw. die Aufnahme dieses Satzes nicht als nicht zielführend erachten, muss wie bereits erwähnt im gesamten Referentenentwurf generell von „Kinder- und Jugendarzt“ gesprochen werden. Dies ist unsere korrekte Berufsbezeichnung!

„(...) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ~~kann~~ unterstützt die Kassenärztlichen Vereinigungen durch das Angebot einer Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement bei der Terminvermittlung unterstützen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung evaluiert die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Facharztterminen, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme und auf die Vermittlungsquote. Über die Ergebnisse hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum 30. Juni 2017, zu berichten.“ (geplante Neuformulierungen sind unterstrichen)

Anmerkung:

Die Neuordnung der TSS und insbesondere die Aufgabenausweitung ist aus praktischen Gesichtspunkten wenig sinnvoll. Vor allem die Einbeziehung der TSS für Notfälle und Vermittlung dieser an freie Praxen oder Notfallpraxen ist vollkommen praxisfern. Uns erscheint es mehr als fragwürdig, inwieweit der Callcenter-Mitarbeiter der TSS medizinisch beurteilen kann, zu welchem Arzt der Patient geschickt werden soll und ob nicht vielleicht doch ein Notfall vorliegt, der die Weiterleitung an die 112 erforderlich macht. Die vorausgesetzte „Priorisierung“ wird fachlich wohl kaum möglich sein. Es besteht ein großes Risiko an Fehleinschätzungen!

Aufgrund der fraglichen Praktikabilität und der bestehenden Haftungsrisiken bei Fehleinschätzungen durch die Mitarbeiter der TSS sollte die Erweiterung der Zuständigkeit für „Notfälle“ gestrichen werden.

Wir geben hier zu bedenken, dass der Status quo nicht gefährdet werden sollte: Priorisierung ist die tägliche Arbeit unserer medizinischen Fachangestellten (MFA). Der BVKJ hat hier Vorarbeit mit dem MFA-Telefonleitfaden geleistet und nimmt an der Entwicklung des Ersteinschätzungsverfahrens teil.

Wenn überhaupt, so könnte eine Meldung freier Kapazitäten auf der Basis von Freiwilligkeit erfolgen und der KBV /den KVen mitgeteilt werden können. Die TSS sollte nur über solche zuvor mitgeteilten Terminressourcen verfügen dürfen.

Zu einer geplanten Evaluation: Die Evaluation sollte dann aber auch die Vorstellungsanlässe in den Blick nehmen und diese nach ihrer Dringlichkeit und Angemessenheit beurteilen.

Zu § 81 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

Vorschlag zu einer Ergänzung wie folgt:

„(...) Die Satzung muss insbesondere Bestimmungen enthalten über...

- Zusammensetzung, Wahl und Zahl der Mitglieder der Organe und Gremien, wobei bei der Zusammensetzung der Organe sowie aller Gremien zu beachten ist, dass die Verteilung der Sitze, die auf die Vertreter des hausärztlichen Versorgungsbereichs entfallen, zahlenmäßig mindestens das Verhältnis der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Facharztgruppen gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V widerspiegeln muss.“ (gewünschte Änderung ist unterstrichen).

Begründung:

Viele ungewünschte Auswirkungen wie die dem Gesetzessinn zuwiderlaufende sehr unterproportionale Weiterbildungsförderung der ambulanten Pädiatrie in den KVen gehen auf die mangelhafte Vertretung der Pädiatrie in den VV der KBV und der KVen zurück. Um der Pädiatrie eine angemessene Stimme zu geben müsste gewährleistet sein, dass die Vertreter des hausärztlichen Versorgungsbereichs ihren jeweiligen Fachgruppenstärken entsprechend in allen Organen der Landes-KVen und der KBV zu berücksichtigen sind. Von Seiten der Vertreter aus der Politik, denen wir das Problem der mangelhaften Repräsentation und Mitsprache der Pädiatrie in den VV dargestellt haben, wurde uns in Aussicht gestellt, hier eine Lösung finden zu wollen. Die jeweiligen Satzungen der KBV sowie der KVen sehen vor, dass sich die Vertreterversammlungen (VV) u.a. aus hausärztlichen und fachärztlichen Vertretern der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte zusammensetzt. Da die Kinder- und Jugendärzte dem hausärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnen sind (§ 73 Abs. 1a S. 1 SGB V) muss eine Regelung zur besonderen Berücksichtigung der Kinder- und Jugendärzte für die VV innerhalb der Gruppe der Hausärzte getroffen werden. Es würde mit der Änderung des § 81 Abs. 1 Nr. 2 SGB V geregelt, wie die grundsätzliche Zusammensetzung der VV bzw. anderer Gremien festgelegt wird, was für mehr Gerechtigkeit und Repräsentativität in den Organen der Selbstverwaltung sorgen würde.

Zu der der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung nach § 75a Absatz 4

Anmerkung:

Hier ist eine Definition des hausärztlichen Grundversorgers nötig. Aus unserer Sicht ist dies ein Arzt, der den Patienten ganzheitlich betreut, also im klassischen Sinne hausärztlich tätig ist.

Zu § 81a:

Anmerkung:

Das Problem hier ist, dass die Voraussetzungen zur Löschung der Daten (Fristen) nicht geregelt sind. Welche Fristen sollen hier greifen?

Zu § 87

Anmerkung:

Die unterschiedliche historisch gewachsene Honorierung zu ändern, die die sich traditionell gegen die hausärztliche Medizin richtet, begrüßen wir. Wir vermissen jedoch eine eindeutige Regelung, wonach vermeintliche Rationalisierungsreserven auch für die hausärztliche Versorgung verwendet werden sollten. Allein der Hinweis auf die „sprechende Medizin“ (und dies nur in der Gesetzesbegründung) ist nicht verbindlich genug. Der Koalitionsvertrag war hier verbindlicher formuliert.

Gleichzeitig muss aber durch entsprechende Vorgaben für die Ausgestaltung des EBM sichergestellt werden, dass sich die Investitionen für die Anschaffung und das Vorhalten von technischen Geräten, die für eine qualitativ hochwertige hausärztliche Versorgung notwendig sind amortisieren, und zwar auch dann, wenn der Einsatz dieser Geräte nach Maßgabe der Versorgungserfordernis nur gelegentlich erfolgt .

Die in (2a) (... Satz 1-22) dargestellten neuen Möglichkeiten zur Vergütung begrüßen wir im Großen und Ganzen. Äußerst problematisch ist allerdings folgender neu geplanter Passus:

„...In den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist mit Wirkung zum 1. April 2019 ein Zuschlag für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Abs. 1 Satz 2 Nummer 2 aufzunehmen...“

Anmerkung:

Die Änderung in Absatz 2a betrifft die Erweiterung der Verantwortlichkeiten der TSS und die Abrechnung dieser Leistungen. Hierzu siehe grundsätzlich dazu die Anmerkungen zu § 75.

Zur Gebühr für Terminvermittlung

„...Sofern zum 1. April 2019 keine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgenommen ist, können die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer bis zur Wirksamkeit einer Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen einen Betrag in Höhe von 2 Euro abrechnen...“

Anmerkung:

Die Höhe von 2 Euro ist beschämend niedrig und vollkommen weltfremd. Wir wehren uns auch gegen die Aussicht bei unserer Arbeit am Patienten zu einer „Terminservicestelle“ zu verkommen. Die Terminvermittlung muss wie bisher auf die Ausnahmen beschränkt bleiben, die der Arzt aufgrund seiner Fachkompetenz definiert.

„... Zudem können Qualitätszuschläge vorgesehen werden, mit denen die in besonderen Behandlungsfällen erforderliche Qualität vergütet wird. (...)“

Anmerkung:

Wer soll diese Kriterien für Qualität unter welchen Gesichtspunkten festlegen, ohne dass weiterer unnötiger bürokratischer Aufwand und Kosten entstehen?

Zu (2c)

Anmerkung:

Eine Unterscheidung in Erst- und Folgebehandlung macht ja vielleicht Sinn, aber dies fördert die fachärztliche Versorgung mit vielen neuen Patienten, die nur einmalig gesehen werden und wäre kontraproduktiv in der hausärztlichen Versorgung mit kontinuierlicher Betreuung der Kinder und Jugendlichen. Kritisch sehen wir aber in diesem Zusammenhang, dass ggf. dem Missbrauch bei der Kodierung Tür und Tor geöffnet wird, wenn Anreize geschaffen werden müssen, immer neue Patienten aufzunehmen.

Sinnvoller wäre hier, dass die Leistungen der hausärztlichen Versorger bei der Neuaufnahme eines Patienten – und zwar nicht nur bei solchen, die über die TSS gekommen sind- gesondert vergütet werden.

Zu (2f) (neu)

„(...) (2f) ~~(weggefallen)~~

~~(2g)~~ Bei der Anpassung des Orientierungswertes nach Absatz 2e sind insbesondere

1. die Entwicklung der für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nach Absatz 2 Satz 2 erfasst worden sind,
2. Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nach Absatz 2 Satz 2 erfasst worden sind, sowie
3. die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen, soweit diese nicht durch eine Abstaffelungsregelung nach Absatz 2 Satz 3 berücksichtigt worden ist,
4. ~~(weggefallen)~~
zu berücksichtigen.“

Anmerkung:

Im hausärztlichen Bereich sind diese vermeintlichen Reserven durch die Krankenkassen längst ausgeschöpft. Dies weiß jeder, der sich mit der Arbeit an der Basis beschäftigt. Wirtschaftlichkeitsreserven sehen wir hingegen bei den Verwaltungsapparaten der Krankenkassen und bei der Erstattung fragwürdiger Leistungen wie Homöopathie, Osteopathie etc.

Zu 2g (neu) (Offene Sprechstunde)

(...) „(2g) der Bewertungsausschuss hat auf Grundlage der Vereinbarung nach § 19 a Satz 6 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) spätestens innerhalb von 3 Monaten nach dem diese Vereinbarung geschlossen worden ist, die Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen der Versichertenpauschale nach § 87 Absatz 2b und der Grundpauschale nach § 87 Absatz 2c in der offenen Sprechstunde im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu regeln. Hierbei ist zu gewährleisten, dass zusätzlich zu den Leistungen der offenen Sprechstunde, Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung bei einem vollen Versorgungsauftrag in einem Umfang von 20 Wochenstunden und bei einem hälftigen Versorgungsauftrag von 10 Wochenstunden erbracht und abgerechnet werden. Für die Abrechnung von Leistungen in der offenen Sprechstunde hat im fachärztlichen Versorgungsbereich eine Überweisung nach den Vorgaben des Bundesmantelvertrags-Ärzte vorzuliegen. Einer Überweisung bedarf es für die Abrechnung durch einen Augenarzt oder Frauenarzt nicht.“

Anmerkung:

Zum Aspekt der 5 offenen Sprechstunden: Es macht wie schon oben dargestellt keinen Sinn aus dem Bereich der Planbarkeit auszuscheren und ein chaotisches Selbst-Zuweisungssystem durch den

Patienten zu installieren. Damit verbunden wären unkalkulierbare Ansteckungsrisiken, eine fragliche Priorisierung, Nachteile für chronisch kranke Patienten etc. Wenn überhaupt wäre denkbar (auf freiwilliger Grundlage) zu definieren: „Leistungen mit Terminvereinbarung am gleichen Tag“. Dann wäre zumindest noch eine teilweise Steuerung möglich – im Interesse der Patienten und ihrer Ärzte.

Zu (6)

Anmerkung:

Damit würde die Selbstverwaltung des Gesundheitswesens nachhaltig geschwächt.

Zu § 87a

Anmerkung:

Eine extrabudgetäre Vergütung für Ärzte ist grundsätzlich zu begrüßen, wenngleich wir die zusätzliche damit verbundene Bürokratie kritisch sehen. Zu den Bedenken hinsichtlich offener Sprechstunden vgl. die Anmerkungen zu § 19 Ärzte-ZV. Im Übrigen bleibt die Bewertung der Leistungen durch den Bewertungsausschuss abzuwarten.

Hier gilt ansonsten noch zu Satz 4: Notwendig wäre dann noch eine Definition von Akutfällen und Notfällen. Im Übrigen bitten wir um Miteinbezug unseres Verbandes zu diesen Fragen.

Zu § 95

Anmerkung:

Aufgrund der Änderungen in Absatz 1a können Medizinische Versorgungszentren auch von Praxisnetzen in unterversorgten Regionen gegründet werden. Ob diese Möglichkeiten tatsächlich genutzt werden ist fraglich. Denn Medizinische Versorgungszentren finden sich eher in Ballungsgebieten, in denen Praxisnetze gerade nicht verbreitet sind.

Zu begrüßen ist die Regelung in Absatz 6. Sie bietet die erforderliche Sicherheit für bereits bestehende MVZ, wenn die Gründungsgesellschafter aus dem MVZ ausscheiden.

zu § 96

Anmerkung:

Ohne definierte Kriterien für eine Zulassungsplanung wird einer willkürlichen Anspruchskultur Tür und Tor geöffnet, die an die Politik vor Ort herangetragen wird.

Zu § 101 Abs. 1 (Bedarfsplanung)

„(1) ... (Satz 7) Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft mit Wirkung zum 1. ~~Januar 2017~~ Juli 2019 die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen gemäß Absatz 2 Nummer 3 und unter Berücksichtigung der Möglichkeit zu einer kleinräumigen Planung, insbesondere für die Arztgruppe nach Absatz 4. Er kann innerhalb der einzelnen Arztgruppen nach Fachrichtungen oder Fachgebieten differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Ärzte dieser Fachrichtungen oder Ärzte mit entsprechenden Schwerpunktkompetenzen festlegen. Bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich sind Vertragsärzte mit einem hälftigen Versorgungsauftrag mit dem Faktor 0,5 sowie die bei einem Vertragsarzt nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Ärzte, die in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzte und die in einer Einrichtung nach § 105 Absatz 1 Satz 2 angestellten Ärzte

entsprechend ihrer Arbeitszeit anteilig zu berücksichtigen. Erbringen die in Satz 7 9 genannten Ärzte spezialfachärztliche Leistungen nach § 116b, ist dies bei der Berechnung des Versorgungsgrades nach Maßgabe der Bestimmungen nach Satz 1 Nummer 2a zu berücksichtigen. Die Berücksichtigung ermächtigter Ärzte und der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte erfolgt nach Maßgabe der Bestimmungen nach Satz 1 Nummer 2b.“ (geplante Neuformulierungen sind unterstrichen)

Anmerkung:

Dies ist in Bezug auf die Pädiatrie aufgrund der Verortung auch ihrer Subspezialisten im hausärztlichen pädiatrischen Bereich kaum praktisch umsetzbar.

So ist z.B. ein Kinderkardiologe nicht nur in seiner Subspezialität, sondern zu einem variablen Anteil auch hausärztlich tätig. Daher stellt sich die vorgesehene Regelung für unseren Bereich nicht als zielführend dar.

Herausgerechnet werden müssten dann im Übrigen auch diejenigen, die in klinikeigenen MVZ ausschließlich dorthin ausgelagerte spezialärztliche Leistungen erbringen und eben nicht an der hausärztlichen pädiatrischen Versorgung teilnehmen (Beispiel Berlin und weitere Großstädte). Die auf diesen Sitzen erbrachten Leistungen müssten dann eigentlich auch aus der klinischen Vergütung bezahlt werden.

Das Problem ist: Der Gesetzestext bleibt hier extrem vage. Gleichzeitig gäbe es durch solche Regelungen es keinen einzigen Pädiater mehr auf dem Markt. Wir bitten hier eindringlich um unsere Einbeziehung, da dies für die Pädiatrie gravierende Auswirkungen haben könnte!

Zu § 103 (befristete Aussetzung der Niederlassungsbeschränkung)

Anmerkung:

Dies lehnen wir deutlich ab, denn es würde eine befristete Aussetzung der Niederlassungsbeschränkung für die Pädiatrie bedeuten. In dieser Zeit kann sich dann beispielsweise jedes Krankenhaus ohne Mittelaufwendung ein MVZ mit Pädiatersitz leisten (vgl. dazu unsere Anmerkungen zu § 101 Abs. 1.).

Auch bleibt die Frage offen, aus welchen Mitteln diese neuen Sitze bezahlt werden sollen. Nicht hinnehmbar wäre eine Finanzierung zusätzlicher Praxen aus der gedeckelten Vergütung des jeweiligen Versorgungsbereiches.

Durch die Einschränkung, dass der Erwerber fünf Jahre vor Beantragung einer Zulassung nicht vertragsärztlich tätig gewesen sein darf, soll einer Sogwirkung in die Ballungsräume (beispielsweise durch Neubeantragung von Zulassungen, um darauf angestellte Ärzte in größeren Praxen zu setzen) entgegengewirkt werden. Nicht berücksichtigt wird dabei aber, dass auch dem bisher vertragsärztlich angestellten Kinder- und Jugendarzt, der sich nun selbständig niederlassen möchte (ggf. im ländlichen Bereich) genau dieser Weg versperrt wird. Die befürchtete „Entwertung“ bestehender Kinder- und Jugendarztpraxen in diesem Bereich bei Praxisabgabe kann ein großes Problem darstellen, Altpraxen würden dadurch unverkäuflich.

Wichtig: Die betroffenen Fachärzte im Planungsgebiet sind hier zu befragen!

Die Regelung in Absatz 4a, wonach ein angestellter Arzt in seinem ursprünglichen Planungsbereich tätig bleiben kann, auch wenn das anstellende MVZ in einem anderen Planungsbereich liegt, ist konsequent. Bei vielen Zulassungsausschüssen war dies bereits regelmäßige Spruchpraxis. Es wird aber nun Rechtssicherheit geschaffen. In den meisten Konstellationen bleibt der lokale Versorgungsbedarf unabhängig vom Statuswechsel (Vertragsarzt zu Anstellung im MVZ) unverändert bestehen.

Zur Neuregelung in Absatz 4a (angestellter Arzt im MVZ) und 4b (angestellter Arzt bei Vertragsarzt), dass eine Arztstelle ggf. aus Versorgungsgründen nicht nachbesetzt wird:

Es ist eine Entschädigungsregelung entsprechend zu Absatz 3a (Vertragsarztsitz) zu ergänzen, wenn dem Antrag zur Nachbesetzung der Anstellungsgenehmigung nicht stattgegeben wird. Problematisch ist auch, dass diese Neuregelung zu zeitlichen Verzögerungen bei der Nachbesetzung von Anstellungsgenehmigungen führt, die teilweise kurzfristig möglich sein müssen (Kündigung von Angestellten). Überbrückungen sind dann allenfalls über Vertretungen möglich, die aber wiederum zeitlich begrenzt sind (§ 32b Abs. 6 Ärzte-ZV – sechs Monate). Ggf. wird also eine Verlängerung der Vertretungszeit für diese Fälle geregelt werden müssen (Ergänzung des § 32b Abs. 6 Ärzte-ZV).

Zu § 105

Anmerkung:

Zu (1a) „2. Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung,...“: Ist hier nicht gemeint die Weiterbildung zum Facharzt? Uns ist unklar, was hier gemeint ist.

Zu: *„Es ist sicherzustellen, dass die für den Strukturfonds bereitgestellten Mittel vollständig zur Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden“*: Das hieße dann doch realiter, dass die Ärzteschaft die Sicherstellung der medizinischen Versorgung vom eigenen Honorar hälftig bezahlen muss. Dies ist aus unserer Sicht aber vielmehr eine alleinige Aufgabe der Krankenkassen und des Bundes über den Bundeszuschuss.

Zu Absatz 1 Satz 3 Nr. 6: Die Entschädigungszahlung müsste sich ggf. auch auf die Nichtausschreibung einer Arztstelle beziehen. Für diese ist bisher keine Entschädigung vorgesehen (vgl. siehe zu § 103).

Zu § 106a (Praxisbesonderheiten bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen)

Anmerkung:

Zu berücksichtigen wären hier aber auch Standortfragen (sozial benachteiligte Regionen, ländlicher Bereich), aber auch besondere Patientenstruktur (Migrationsanteil, sozial benachteiligte Patienten, Patienten mit Behinderungen z.B.).

Zu § 129 (Versorgung mit Impfstoffen)

Anmerkung:

Die Übernahme der Kosten für Impfstoffe bis zum Preis des zweitgünstigsten Herstellers ist grundsätzlich zu begrüßen. Jedoch hängt der Erfolg der Regelung davon ab, ob diese Erweiterung Versorgungsengpässe tatsächlich verhindert. Dies gilt es zu klären.

Zu § 295

Anmerkung:

Wir hoffen sehr, dass damit nicht auch die Kinder-AU gemeint sind! Dann wäre den Eltern die Möglichkeit verwehrt, die häufig genutzte Möglichkeit nach Ausstellung der Bescheinigung zu nutzen, eine alternative Betreuungsmöglichkeit zu realisieren.

Änderungen in der Ärzte-ZV (Artikel 13):

Zu § 19a

„(1) Die Zulassung verpflichtet den Arzt, die vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben. Der Arzt übt seine Tätigkeit vollzeitig aus, wenn er an seinem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung steht. 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:

Wie in der Vorbemerkung und anderer Stelle unserer Ausführungen ausführlich erläutert löst die Verlängerung der Sprechzeiten und insbesondere die verpflichtende Einführung von offenen Sprechstunden für bestimmte Arztgruppen nicht das Problem, dass es generell zu wenig Ärzte gibt. Es muss die rückläufige ärztliche Lebensarbeitszeit in den Blick genommen werden, allein die Anzahl der Ärzte zu zählen ist nicht aussagekräftig.

Hierin liegt zudem ein immenser Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit der selbständigen Ärzte, der einer besonderen Rechtfertigung bedarf. Die Verpflichtung zu offenen Sprechstunden ist vor allem bei bestimmten Arztgruppen, zu denen auch die Kinder- und Jugendärzte gehören, praktisch schwer umsetzbar (vgl. unsere Ausführungen zu §87 2g (neu) zur Offenen Sprechstunde). Wir fordern daher ausdrücklich, die Kinder- und Jugendärzte von dieser Regelung auszuklammern.

Im Übrigen muss der Gesetzgeber endlich eine Definition dessen vornehmen, was einen grundversorgenden Arzt genau ausmacht.

Eine Ergänzung der Stellungnahme – insbesondere im Rahmen der Anhörung am 22. August 2018 – behalten wir uns vor.



Dr. med. Thomas Fischbach, Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Erstellt mit juristischer Unterstützung von Möller & Partner, Kanzlei für Medizinrecht, Düsseldorf

Kontakt:

Kathrin Jackel-Neusser

Politische Referentin des BVKJ e.V., Hauptstadtbüro des BVKJ

Email: kathrin.jackel-neusser@uminfo.de