

Stellungnahme

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Stand 23. Juli 2018

Vorbemerkung:

Der Gesetzentwurf bietet eine Chance für die Lösung von Problemen in der ambulanten medizinischen Versorgung, da die Bundesregierung anerkennt, dass die Budgetierung ärztlicher Leistungen eine wesentliche Ursache der Probleme im Zusammenhang mit Terminkapazitäten in den Praxen niedergelassener Ärzte ist. Dieser Einstieg in die Entbudgetierung von ärztlichen Grundleistungen ist richtig. Dennoch wäre es konsequenter gewesen, alle Grundleistungen von Haus- und Fachärzten zu entbudgetieren. Dann hätte sich auch der schwerwiegende Eingriff in die ärztliche Selbstverwaltung, in die Vertragshoheit und in den ärztlichen Alltag durch die Erhöhung der Sprechzeiten von 20 auf 25 Stunden vermeiden lassen.

In vielen weiteren Bereichen jedoch wird die gemeinsame Selbstverwaltung reguliert, kontrolliert und sanktioniert. Die Summe dieser Vorhaben wird die Selbstverwaltung zu einer staatsunmittelbaren Behörde wandeln mit weitreichenden Folgen für Praxisnähe, Umsetzbarkeit und Akzeptanz von Entscheidungen dieser Gremien.

In dieser Stellungnahme gehen wir auf ausgewählte einzelne Maßnahmen ein, die niedergelassene und ambulant tätige Ärzte betreffen:

Artikel 1 – Änderung des SGB V

Nummer 32:

§ 73 [Ergänzung Absatz 1 Satz 2 Nummer 2]

Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung

Die Ergänzung von Absatz 1 Nummer 2 erweitert den hausärztlichen Versorgungsauftrag um „Maßnahmen, einschließlich der Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer“.

Stellungnahme:

Die Klarstellung des hausärztlichen Versorgungsauftrages wird vom NAV-Virchow-Bund begrüßt. Sie entspricht dem Selbstverständnis des NAV-Virchow-Bundes, der sich intensiv für ein enges Miteinander aller niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte einsetzt, um somit eine hochqualitative und

effiziente Versorgung für unsere Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Wir unterstützen alle Bemühungen die Koordination des Versorgungsgeschehens im ambulanten Bereich zu optimieren. Die heutige Versorgungsrealität zeigt aber, dass die bisherige Grenzziehung zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Grundversorgung durchlässig ist. Der Gesetzgeber trägt dem Rechnung, indem er erstmals Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung zuordnet und diese beispielhaft benennt („z.B. Hausärzte, Kinderärzte, konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden, HNO-Ärzte“; RefE TSVG v. 23.07.2018, Begründung II.1.2. Mindestsprechstunden, Seite 46). Daher ist es zweckmäßig, die Vermittlung eines erforderlichen Behandlungstermins bei einem weiteren an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer auch durch einen Facharzt zu ermöglichen, der an der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung teilnimmt. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass es längst überfällig ist, neben dem hausärztlichen auch einen fachärztlichen Versorgungsauftrag per Legaldefinition gesetzlich zu fixieren.

Die genannte Änderung des § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 ist im Übrigen zwingend an die Ergänzung des § 87a Absatz 3 Satz 5 Punkt 3 („Leistungen der erfolgreichen Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2“) gebunden.

Nummer 32:

§ 75 [Änderung in Absatz 1a]

Inhalt und Umfang der Sicherstellung

Die Neuregelungen in Absatz 1a sehen vor, dass Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen die bisherige Vermittlung von fachärztlichen Terminen auf die gesamte vertragsärztliche Versorgung ausweiten. Ferner werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, Terminservicestellen unter einer bundeseinheitlichen Rufnummer 24 Stunden am Tag bei sieben Tagen pro Woche zu betreiben. Die Versicherten sind durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Internet über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte zu informieren. Die Vermittlung von Behandlungsterminen bei Leistungserbringern gemäß § 95 Absatz 1 Satz 1 soll innerhalb einer Woche erfolgen, weiter sollen die Terminservicestellen bei der Suche nach einem Hausarzt unterstützen sowie ab dem 1. April 2019 in Akutfällen eine unmittelbare ärztliche Versorgung vermitteln, welche auf Grundlage einer Priorisierung erfolgen soll.

Stellungnahme:

Einrichtung und Betrieb der derzeitigen Terminservicestellen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Januar 2016 werden allein durch die Honorare der Vertragsärzte finanziert. Die Evaluation der bisherigen fachärztlichen Terminservicestellen ergab, dass diese für dringende Behandlungsanlässe im Jahr 2017 mit einem Anteil von 0,07 Prozent aller Behandlungsfälle in der vertragsärztlichen Versorgung genutzt wurden (vgl. Evaluationsbericht 2017 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 75 Absatz 1a Satz 15 SGB V, S. 3).

Terminservicestellen sind ein administratives Element, das aber die grundsätzliche Ursache von Terminengpässen – die Budgetierung – nicht verändert. Ein Rund-um-die-Uhr-Service suggeriert zudem eine grenzenlose Verfügbarkeit des medizinischen Angebots, das nach wie vor gesetzlich reguliert und budgetiert bleibt.

Der NAV-Virchow-Bund lehnt daher die Umwandlung der Terminservicestellen in ein vertragsärztliches Terminserviceangebot für die Versicherten ab. Terminservicestellen sind nicht das geeignete Mittel der Wahl, um die Anzahl der Behandlungstermine in der vertragsärztlichen Versorgung zu erhöhen. Eine konsequente Entbudgetierung der vertragsärztlichen Leistungen in allen Bereichen der Grundversorgung aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und Überführung in die extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) würde zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgung – und damit auch des Terminangebots – in der vertragsärztlichen Versorgung führen. Ansätze dieser Lösung sind in dem aktuellen Gesetzesvorhaben ja bereits erkennbar.

Die Aufwände für Einrichtung und Betrieb von Terminservicestellen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen – allein finanziert aus den Honoraren, also aus dem erwirtschafteten Geld aus den Praxen niedergelassener Ärzte – sind insbesondere bei einer Zusammenlegung mit dem unter staatlicher Regulierungshoheit liegenden Notrufsystem über die 112 eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und daher aus dem Gesundheitsfonds zu finanzieren.

Nummer 40:

§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

§ 87 [Neufassung des Absatzes 2 Satz 3]

Durch die Neufassung des Absatzes 2 Satz 3 sollen Rationalisierungsreserven beim Einsatz medizinisch-technischer Geräte zu Gunsten ärztlicher Leistungen als „sprechende Medizin“ erschlossen werden. Hierzu soll der Bewertungsausschuss eine Aktualisierung der Bewertungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vornehmen und die Angemessenheit der Leistungsbewertungen mit einem hohen technischen Anteil überprüfen. Dies soll zu einer Absenkung der Leistungsbewertung medizinisch-technischer Leistungen ab einem bestimmten Schwellenwert führen.

Stellungnahme:

Die gesetzlich bestehende Aufgabenstellung an den Bewertungsausschuss, die Angemessenheit der Vergütungen des EBM zu überprüfen, reicht hierzu aus. Ein spezieller gesetzlicher Fokus auf die technischen Leistungen ist dabei nicht erforderlich. Vielmehr entspricht der im einheitlichen Bewertungsmaßstab hinterlegte kalkulierte Arztlohn schon seit vielen Jahren nicht mehr der Realität. Hier besteht vorrangig Anpassungsbedarf.

§ 87 [Neufassung des Absatzes 2a Satz 23]

Die Neufassung des Absatzes 2a Satz 23 ermöglicht die zusätzliche und extrabudgetäre Abrechnung von Akutfällen während der Sprechstundenzeiten auf Vermittlung der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Dies soll zum Stichtag 1. April 2019 von der gemeinsamen Selbstverwaltung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) verankert werden.

Stellungnahme:

Mit der Gesetzesänderung wird geregelt, dass eine Ausweitung des Angebotes der vertragsärztlichen Versorgung zusätzlich und extrabudgetär, also ohne Mengenbegrenzung in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV), zu vergüten ist. Damit wird anerkannt, dass für eine verbesserte Versorgung während der Sprechstundenzeiten Anreize gesetzt werden müssen.

Um die Zielrichtung der Änderungen erfolgreich umzusetzen, bedarf es aber eindeutiger gesetzlicher Regelungen, damit auch tatsächlich keine Bereinigung bestehender Leistungspositionen bzw. der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt. Dabei geht es um das Risiko einer Bruttobereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Diese würde zu einer weiteren Abstufung der in der MGV verbleibenden Leistungen führen und damit bestehende Versorgungsprobleme massiv verschärfen und neue schaffen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass es sich bei den in der MGV verbleibenden Leistungen in Zukunft im Wesentlichen um qualifizierte Untersuchungsleistungen handelt. Wird deren Budgetierung verschärft, so entstehen neue Terminprobleme. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass gegebenenfalls durch die gesetzliche Regelung in § 87 Abs. 2 Satz 3 eine weitere Abstufung der Vergütung möglich erscheint. Dies führt in Zusammenhang mit der Budgetierung zu einer Situation, in der diese Leistungen nicht mehr wirtschaftlich erbringbar wären. Längere Wartezeiten auf Termine für diese Untersuchungen werden die Folge sein.

Das Erfordernis, das Risiko der Bereinigung von weiteren, durch das Gesetz eingeführten extrabudgetären Leistungen auszuschließen, erstreckt sich im Übrigen auch auf die übrigen Neuregelungen zur extrabudgetären Vergütung.

§ 87 [Neufassung des Absatzes 2b]

Punkt 4 regelt die extrabudgetäre Vergütung bei Leistungen für eine erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2.

Stellungnahme:

Die extrabudgetäre Vergütung der Terminvermittlung durch Hausärzte wird vom NAV-Virchow-Bund begrüßt. Durch die abnehmende Zahl der in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzte und regionale Versorgungsengpässe in diesem Bereich ist heute schon Versorgungsrealität, dass die Grundversorgung von Haus- und Fachärzten gemeinsam verantwortet wird.

Der Gesetzgeber trägt dem Rechnung, indem er erstmals Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung zuordnet und diese beispielhaft benennt („z.B. Hausärzte, Kinderärzte, konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden, HNO-Ärzte“; RefE TSVG v. 23.07.2018, Begründung II.1.2. Mindestsprechstunden, Seite 46). Daher ist es zweckmäßig, die Vermittlung von weiteren Facharztterminen, aber auch von Hausarztterminen durch Fachärzte der real existierenden Praxis anzupassen und die Vergütung von Terminvermittlungen auf niedergelassenen Fachärzte auszuweiten.

§ 87 [Neufassung des Absatzes 2c]

Die Neuregelung des Absatzes 2c sieht vor, dass bei der Behandlung von neuen Patienten innerhalb der Versicherten- und Grundpauschalen eine höhere Bewertung zu erfolgen hat.

In der Gesetzesbegründung wird dazu ausgeführt:

„Die bisher vorgegebene Differenzierung der Grundpauschalen nach Patienten, die erstmals in der jeweiligen Arztpraxis diagnostiziert und behandelt werden, sowie nach Patienten, bei denen eine Behandlung fortgeführt wird, wird nunmehr verbindlich spätestens zum 1. April 2019 vorgegeben. ... Der Bewertungsausschuss hat weiterhin die Möglichkeit bei einzelnen Facharztgruppen, bei denen eine Differenzierung der Grundpauschalen nach neuen Patientinnen und Patienten und solchen Patientinnen und Patienten, bei denen ein begonnene Behandlung fortgeführt wird, medizinisch-fachlich sachwidrig wäre, von einer Differenzierung abzusehen. Dies dürfte bei Facharztgruppen der Fall sein, die nicht der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören. Auch zukünftig sollte soweit möglich eine Differenzierung der Grundpauschalen erfolgen, um krankheitsbedingten Mehraufwand transparent zu machen, sofern ein besonderer Behandlungsaufwand (Schweregrad) nicht über Zusatzpauschalen sachgerecht berücksichtigt wird.“

Stellungnahme:

Die Aufnahme von Neupatienten verursacht in der Regel einen erheblich größeren Aufwand als die Versorgung von Patienten, die sich mit einer bereits behandelten Erkrankung wieder vorstellen. Dabei kann es sich um akute Erkrankungen oder akute Verschlechterung des bestehenden Krankheitszustandes handeln. Der NAV-Virchow-Bund, also der Verband der die Interessen von niedergelassenen Haus- und Fachärzten gemeinsam vertritt, unterstützt daher alle Bemühungen die Koordination des Versorgungsgeschehens im ambulanten Bereich zu optimieren. Dies gelingt aber nur durch ein intensives Miteinander aller niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Nur so können niedergelassene Haus- und Fachärzte eine hochqualitative und effiziente Versorgung für die Patienten sicherstellen. Aufgrund des bestehenden Mangels an Haus- und Kinderärzten hat die Anzahl an Neupatienten auch in der fachärztlichen Versorgung erheblich zugenommen. Hier begründet sich eine Ursache der begrenzten Terminkapazitäten und der von Patienten empfundenen erhöhten Wartezeiten in den Praxen niedergelassener Haus- und Fachärzte. Diesem Mehraufwand im EBM Rechnung zu tragen ist richtig, weil hiermit die für eine Terminkapazitätsausweitung erforderlichen Mittel bereitgestellt werden. Zudem ist nicht davon auszugehen, dass aus den genannten Gründen die Aufteilung der Grundpauschalen in eine für neue Patienten und eine für bereits vorbehandelte Patienten im Gesamtaufkommen finanziell neutral gestaltet werden kann.

§ 87 [Ergänzung eines neuen Absatzes 2g]

Die Ergänzung eines Absatzes 2g sieht die Vorhaltung von fünf Wochenstunden vertragsärztlicher Tätigkeit im Rahmen einer offenen Sprechstunde für die Vertragsärzte vor. Leistungen in der offenen Sprechstunde, die zusätzlich zum Umfang von 20 Pflicht-Wochenstunden (10 bei halbem Versorgungsauftrag) erbracht und abgerechnet werden, sind innerhalb von drei Monaten durch die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung mittels einer entsprechenden Regelung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zu verankern. Bei Fachärzten (außer Augen- und Frauenärzten) gilt für die offene Sprechstunde ein Überweisungsvorbehalt.

Stellungnahme:

Mit der Einführung einer extrabudgetären Vergütung für eine verbesserte Versorgung während der Sprechstundenzeiten wird vom Gesetzgeber anerkannt, dass zusätzliche Aufgaben und eine Ausweitung des Angebotes der vertragsärztlichen Versorgung ohne Mengenbegrenzung zu vergüten sind. Das kann ein Anreiz für eine verbesserte Versorgung während der Sprechstundenzeiten sein. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass diese Vergütung keine „bessere Honorierung“ ist, sondern lediglich die volle Bezahlung von erbrachter Leistung zu einem von den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung festgelegten Preis.

Beachtens- und begrüßenswert ist die Feststellung des Gesetzgebers, dass die vertragsärztliche Grundversorgung durch Haus- und Fachärzte gleichermaßen erfolgt.

Um das Ziel einer Verbesserung bei den Wartezeiten auf Arzttermine zu erreichen, ist jedoch zu beachten, dass der hausärztliche Überweisungsvorbehalt bei anhaltend verschärfter Versorgungssituation im hausärztlichen Bereich bestehende Engpässe erhöhen kann. Daher empfiehlt der NAV-Virchow-Bund auf einen Überweisungsvorbehalt zu verzichten.

Im Sinne einer Verbesserung der Versorgung sollte zudem sichergestellt werden, dass bei einer hausärztlichen Überweisung zeitnah ein qualifizierter Arztbrief durch den Facharzt an den überweisenden Hausarzt erfolgt. Daher sollte der obligatorische Überweisungsvorbehalt bis zur flächendeckenden Einführung einer elektronischen Patientenakte zurückgestellt werden.

Nummer 41

§ 87a Absatz 3 [Anpassung von Satz 5]

Regionale Euro-Gebührenordnung, morbiditybedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

Die Neuregelung in Absatz 3 Satz 5 sieht eine Neufassung des Satzes mit folgendem Text vor:

„Von den Krankenkassen sind folgende Leistungen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 zu vergüten:

- 1. Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,*
- 2. Leistungen, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erbracht werden, soweit es sich nicht um Fälle nach § 75 Absatz 1a Satz 8 handelt,*
- 3. Leistungen der erfolgreichen Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2,*
- 4. Leistungen, die während der Sprechstundenzeiten in Akutfällen nach § 87 Absatz 2a Satz 23 und in Notfällen erbracht werden,*

5. Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen nach § 87 Absatz 2b Satz 3 und Absatz 2c Satz 2 für Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals diagnostiziert und behandelt werden und

6. Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen für Patienten, die in der offenen Sprechstunde nach § 87 Absatz 2g behandelt werden.

Darüber hinaus können Leistungen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.“

Stellungnahme:

Erstmals werden detailliert zusätzliche Aufgaben und eine Ausweitung des Angebotes der vertragsärztlichen Versorgung benannt. Diese sollen extrabudgetär, also ohne Mengenbegrenzung, vergütet werden.

Um die Intention des Gesetzgebers umzusetzen und den Kostenträgern kein gesetzliches Schlupfloch zu schaffen, diese Regelung zu hintertreiben, muss definitiv klargestellt sein, dass tatsächlich keine Bereinigung bestehender Leistungspositionen bzw. der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung geschieht. Das Risiko einer Bruttobereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) ist nach Auffassung des NAV-Virchow-Bundes noch nicht endgültig ausgeräumt.

Eine derartige Bruttobereinigung würde zu einer weiteren Abstufung der in der MGV verbleibenden Leistungen führen und damit bestehende Versorgungsprobleme massiv verschärfen und neue Versorgungsprobleme schaffen. Grund hierfür ist, dass es sich bei den in der MGV verbleibenden Leistungen zukünftig im Wesentlichen um qualifizierte Untersuchungsleistungen handelt. Wird deren Budgetierung verschärft, so entstehen neue Terminprobleme. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass gegebenenfalls durch die gesetzliche Regelung in § 87 Abs. 2 Satz 3 eine weitere Abstufung der Vergütung möglich erscheint. Dies führt in Zusammenhang mit der Budgetierung dann zu einer Situation, in der diese Leistungen nicht mehr wirtschaftlich erbringbar wären. Längere Wartezeiten auf Termine für diese Untersuchungen werden die Folge sein.

Nummer 47

§ 95 [Ergänzung in Absatz 1a]

Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Die Ergänzung in Absatz 1a sieht vor, dass anerkannte Praxisnetze nach § 87b Absatz 4 in unterversorgten Regionen Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gründen dürfen. Zugleich sieht die weitere Ergänzung vor, dass Erbringer nicht ärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 nur zur Gründung fachbezogener Medizinischer Versorgungszentren berechtigt sind.

Stellungnahme:

Der NAV-Virchow-Bund begrüßt, dass die langjährige Forderung des Verbandes, anerkannten Praxisnetzen die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren zu ermöglichen, vor der Umsetzung steht.

Nachdem bereits Kommunen durch den Gesetzgeber berechtigt wurden, ist es folgerichtig, dass auch nach § 87b anerkannte Praxisnetze, die in vielen Regionen bereits Verantwortung für die Versorgung der Patienten übernehmen, ebenfalls in die Lage versetzt werden, beispielsweise nachzubesetzende Arztsitze nicht an Krankenhäuser zu verlieren und die Versorgung der Region zu stärken. Die Möglichkeit, in MVZ ambulant tätigen Ärzten auch in Teilzeit den Angestelltenstatus anzubieten, erweitert deutlich die Chancen vor Ort, die Versorgung regional zu sichern. Daher ist es nicht nachvollziehbar, warum diese Regelung nur in bereits unterversorgten Gebieten greifen soll. Im Sinne der Versorgungssicherheit ist es erforderlich, dass Praxisnetze mit diesem Instrument im Vorfeld bereits dafür sorgen können, dass es in von Unterversorgung bedrohten Gebieten eben nicht zum Äußersten, nämlich zur Unterversorgung kommt.

Die Einschränkung zur Gründung fachbezogener Medizinischer Versorgungszentren durch Erbringer nicht ärztlicher Dialyseleistungen wird unterstützt.

Nummer 48

§ 96 [Ergänzung von Absatz 2]

Zulassungsausschüsse

Die Ergänzung von Absatz 2 sieht eine Beteiligung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden wie folgt vor:

„In den Zulassungsausschüssen für Ärzte wirken die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden beratend mit. Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung sowie das Recht zur Beantragung zusätzlicher Zulassungen in ländlichen Gebieten eines Planungsbereichs, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.“

Stellungnahme:

Der NAV-Virchow-Bund lehnt diese Neuregelung als nicht sachgerecht und als einen zu tiefen Eingriff in die Selbstverwaltung ab. Die Zulassungsausschüsse sind die gemeinsamen Gremien von Krankenkassen und Vertragsärzten, also den Trägern des Sicherstellungsauftrages und den Kostenträgern.

Die Verfahren zur Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen haben heute bereits eine unzumutbare Verfahrensdauer erreicht. Statt die Verfahren im Zulassungsausschuss zu vereinfachen und zu beschleunigen, wird das Gremium um weitere Mitbeteiligte mit Antragsrechten aufgebläht.

Die Einwirkung von sachfremden Institutionen, die zudem in der Regel politisch intendiert sind, da durch das Landesministerium beaufsichtigt, führt zu keinen sachgerechten Lösungen. Der Einfluss der Bundesländer in die Krankenhausversorgung in den vergangenen Jahrzehnten sollte dabei ein mahnendes Beispiel sein.

Mit der Einführung eines „dualen Systems“ durch ein Mitberatungsrecht der Landesbehörden in den Zulassungsausschüssen wird der in dem Gremium angestrebte Interessenausgleich um einen weiteren imponderablen Faktor erschwert. Prüf- und Beratungsanträge werden zudem die Kosten dieser Gremien erhöhen und der Versorgung dadurch weitere Mittel entziehen, ohne eine unmittelbare Verbesserung der Versorgung zu erreichen.

Nummer 50

§ 103 [Ergänzung in Absatz 1] und [Ergänzung eines Absatzes 3b]

Zulassungsbeschränkungen

Bis zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 101 Absatz 1 Satz 7, also der Überprüfung und Weiterentwicklung der Bedarfsplanungsrichtlinie durch den G-BA bis Mitte 2019, werden die Zulassungsbeschränkungen gemäß Absatz 1 Satz 1 bei der Zulassung von Fachärzten für Innere Medizin und Rheumatologie, von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzten, die der Arztgruppe der Kinderärzte angehören, ausgesetzt, soweit die Ärzte fünf Jahre vor Beantragung der Zulassung nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben.

Die Ergänzung eines Absatzes 3b sieht vor, dass in ländlichen Gebieten eines Planungsbereiches, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf Antrag der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zusätzliche Zulassungen für Neuniederlassungen zu erteilen sind. Die Festlegung der betroffenen ländlichen Gebiete obliegt den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden. Mit den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen sind die zusätzlichen Arztsitze im Einvernehmen mit den Krankenkassen in den Bedarfsplänen entsprechend auszuweisen. Dabei werden „ländliche Regionen“ nach dem Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) als Kreise und Kreisregionen mit einer Dichte unter 100 Einwohner/km² definiert.

Stellungnahme:

Das Instrument der Bedarfsplanung wurde zeitgleich und sich bedingend mit der Budgetierung eingeführt. Eine budgetierte ärztliche Vergütung von Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Zulassungsbeschränkungen für Vertragsärzte sind sowohl historisch als auch sachlich eng miteinander verknüpft. Das einseitige Aussetzen von Zulassungsbeschränkungen für einzelne Fachgruppen führt zu einer Zunahme an Zulassungen. Dies wird durch die Gesetzesbegründung auch belegt, in der eine Verbesserung bei Versorgungs- und Termenschwierigkeiten (Gesetzes-Begründung Nummer 50, Buchstabe a, 2. Absatz; Seite 113) angestrebt wird. Gleichzeitig bleibt aber die Vergütung in der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung für diese Fachgruppen weiterhin grundsätzlich budgetiert. Zwar spricht sich der NAV-Virchow-Bund seit seiner Gründung vor 69 Jahren grundsätzlich für die Niederlassungsfreiheit aus, doch ist hierfür eine vollständige Entbudgetierung aller ärztlichen Leistungen und ausreichend ärztlicher Nachwuchs die zwingende Voraussetzung. Da für die vorgegebenen Fachgruppen keine Regelungen vorgesehen sind, die eine Entbudgetierung der Leistungen dieser Fachgruppen sicherstellen, ist zu befürchten, dass es dadurch zu einer Abwertung der Bewertungen der Leistungspositionen der betroffenen Fachgruppen kommt.

Die Aussetzung von Zulassungsbeschränkungen in „ländlichen Räumen“ hätte dieselben Folgen wie Regelungen für die oben genannten Fachgruppen.

Zur Einführung eines Antragsrechts der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden (Ergänzung eines Absatzes 3b) gilt im Übrigen das, was unter Nummer 48, § 96 [Ergänzung von Absatz 2] ausgeführt wurde.

Nummer 51

§ 105 [Ergänzung und Neufassung in Absatz 1a]

Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

In Gebieten, in denen Unterversorgung besteht oder droht oder zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht, werden regionale Zuschläge obligatorisch vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgesetzt. Die Finanzierung erfolgt wie bisher jeweils zur Hälfte durch die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen.

KV-Strukturfonds werden künftig für alle KVen verpflichtend. Die Mittel des Strukturfonds werden auf bis zu 0,2 % der vereinbarten Gesamtvergütung verdoppelt. Krankenkassen zahlen wie bislang die Hälfte; es ist sicherzustellen, dass bereitgestellte Mittel für Fördermaßnahmen auch ausgeschöpft werden.

Die nicht abschließende gesetzliche Aufzählung der Verwendungszwecke wird u.a. ergänzt um:

- Investitionskosten bei Praxisübernahmen,
- Förderung der Errichtung von Eigeneinrichtungen und lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung,
- Förderung von Sonderbedarfszulassungen.

KV-Eigeneinrichtungen können zukünftig ohne das Benehmen mit der Kassenseite betrieben werden. Dieses Sicherstellungsinstrument steht künftig gleichrangig neben anderen Sicherstellungsmaßnahmen. KVen werden verpflichtet, Eigeneinrichtungen in Gebieten zu betreiben, in denen Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt wird. KV-Eigeneinrichtungen können in Kooperationen oder gemeinsam mit Kommunen und Krankenhäusern betrieben werden. Eigeneinrichtungen können auch durch mobile oder digitale Sprechstunden, mobile Praxen, Patientenbusse oder ähnliche Versorgungsformen betrieben werden. Eigeneinrichtungen nehmen an der Honorarverteilung teil und sind den übrigen Leistungserbringern gleichgestellt. Auch für Eigeneinrichtungen in Gebieten, in denen Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt wird, sind keine Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung oder -minderung anzuwenden.

Stellungnahme:

Auch wenn KV-Eigeneinrichtungen durch Kooperationsmöglichkeiten, digitale und mobile Versorgungsformen flexible Instrumente zur Abwendung von Unterversorgung an die Hand gegeben werden, sind die Aufgaben und Problemstellungen in diesen Bereichen von gesamtgesellschaftlicher Dimension. Defizite in Infrastruktur, fehlende kulturelle und soziale Einrichtungen und eine asymmetrische demographische Entwicklung sind in der Regel Verursacher struktureller

Schwächen und in Folge einer ärztlichen Unterversorgung. Insofern ist es gesellschaftlich ungleich, den Ausgleich von medizinischen Versorgungsdefiziten, samt der dafür erforderlichen Investitionen, allein der Vertragsärzteschaft zu übertragen – im Gegensatz zur Finanzierung des Strukturfonds, bei dem hälftig die Krankenkassen in Verantwortung genommen werden.

Der Gesetzgeber hat es leider versäumt, ein Finanzierungskonzept zu diesen strukturausgleichenden Maßnahmen zu entwickeln. Sachgerecht wäre, sowohl die Strukturfonds als auch – zumindest die Investitionskosten der KV-Eigeneinrichtungen – über den Gesundheitsfonds zu finanzieren. Die Behebung struktureller und sozialer Unterschiede ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Eine ebenfalls übergeordnete Aufgabe ist es, endlich wieder ausreichen ärztlichen Nachwuchs auszubilden. Dazu ist es erforderlich, die Zahl der Medizinstudienplätze signifikant zu erhöhen. Zudem müssen weitere Maßnahmen ergriffen werden, insbesondere die Bedingungen im hausärztlichen Versorgungsbereich zu verbessern.

KV-Eigeneinrichtungen allein aus Haushaltsmitteln der KVen, also durch eine Umlage direkt aus den Honoraren der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, zu finanzieren, wird weiterhin strikt abgelehnt, da es sich dabei um von Vertragsärzten erwirtschaftetes Geld handelt. Diese zusätzlichen Kosten sind nicht in die im EBM hinterlegten Preise eingeflossen und damit nicht gegenfinanziert.

Artikel 52

§ 106a [Ergänzung in Absatz 4]

Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen

Anerkennung von Praxisbesonderheiten in Landarztpraxen: Dabei sind bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen besondere Standort- und Strukturmerkmale (z.B. viele Hausbesuche) anzuerkennen.

Stellungnahme:

Der NAV-Virchow-Bund hält dies für eine sinnvolle Regelung, da die Zahl der Hausbesuche – offensichtlich auch regressbedingt – abnimmt. Neben der Beseitigung des Regressrisikos ist hierzu aber insbesondere eine ausreichende Vergütung der Hausbesuche erforderlich. Eine Anrechnung von Hausbesuchen auf Mindestsprechstundenzeiten ist dabei eine zentrale Voraussetzung.

Artikel 13 – Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Nummer 2

§ 19a [Ergänzung von Absatz 1 nach Satz 1]

Die Ergänzung von Absatz 1 nach Satz 1 sieht folgende Textfassung vor:

„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. 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.“

Stellungnahme:

Die ambulante Versorgung in Deutschland ist getragen von freiberuflichen Ärzten, in der Regel tätig in selbständiger Beschäftigungsform in Einzel-, Gemeinschaftspraxen und in Medizinischen Versorgungszentren. Diese beruflichen und ökonomischen Freiheitsgrade ermöglichen einerseits ein vertrauensvolles medizinisches Wirken, andererseits ein leistungsfähiges System selbständiger Praxen von Haus- und Fachärzten.

Dies äußert sich in einer überdurchschnittlichen Leistungsbilanz freiberuflich und selbständig tätiger Ärzte, sowohl in der Zahl der ambulanten Behandlungsfälle als auch in der durchschnittlichen Arbeitszeit von Vertragsärzten.

Der Ärztemonitor 2016, eine telefonische Repräsentativbefragung von 8.192 Ärzten durch das Meinungsforschungsinstitut infas, ergibt folgendes Bild hinsichtlich der Aufteilung ärztlicher Arbeitszeit:

Stunden pro Woche	gesamt	Hausärzte	Fachärzte
Sprechstunden	32,6	33,3	31,9
Hausbesuche	2,9	5,5	0,8
Bereitschafts- und Notdienste	2,7	3,1	2,4
Fort- und Weiterbildung	2,7	2,8	2,6
Verwaltungsarbeit	7,6	6,6	8,3
*)			
Wochenarbeitszeit gesamt	52,2	51,3	53,4

*) : Die restliche Arbeitszeit entfällt auf Anleitung der Praxisteams und sonstige Tätigkeiten.

Weitere statistische Quellen, wie der Mikrozensus des statistischen Bundesamtes oder die Zahlen des ZiPP vom Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung (ZI), kommen zu ähnlichen Ergebnissen.

Durch die Diskussion um die Erhöhung der Mindestsprechstundenzahl von 20 auf 25 Stunden gerät eine Gruppe in den Fokus, der unterstellt wird, sie leiste weniger als 20 Wochenstunden Sprechzeiten. Bei dieser Gruppe handelt es sich jedoch zu überwiegender Zahl um Vertragsärzte in patientenfernen Fächern (Labor, Pathologie, Radiologie), angestellten und in Teilzeit tätigen Ärzten.

Der geplante Eingriff ist daher abzulehnen, da er sachlich falsch, nicht zielführend ist und aus grundsätzlichen Erwägungen zurückzuweisen ist.

Der geplante Eingriff ist sachlich falsch, da die Regelung über die Zulassungsverordnung einen wesentlichen Eingriff in die gemeinsame Selbstverwaltung darstellt. Kern der vertragsärztlichen

Versorgung im Kollektivvertrag ist die Definition des Leistungsangebotes und dessen Umfang im Bundesmantelvertrag durch Ärzteschaft und Krankenkassen. Eine einseitige Vertragsänderung, die durch den Gesetzgeber ausgelöst wird, stellt das gesamte System des vertragsärztlichen Bereichs infrage.

Der geplante Eingriff ist nicht zielführend, da die Erhöhung der Mindestsprechstundenzeiten von 20 auf 25 Stunden an eine Arztgruppe adressiert ist, die aufgrund ihrer Patientenferne keine Sprechstunden durchführt, aufgrund von Teilzeit- und angestellter Tätigkeit keine Möglichkeiten hat, die eigene Arbeitszeit für Sprechstunden zu gestalten oder die in Praxisformen mit reduzierter Sprechstundenzeiten tätig sind. Letztere sind oftmals Praxen, deren Inhaber im Übergang zum Ruhestand die Arbeitszeit reduzieren, aber noch weiter praktizieren, um ihre Patienten zu versorgen. Die Zahl dieser Praxen wird auf unter drei Prozent geschätzt. Werden diese durch die neue Sprechstundenregelung zum Aufgeben gezwungen, entfallen wichtige Kapazitäten für die Versorgung.

Der geplante Eingriff ist aus grundsätzlichen Erwägungen zurückzuweisen, weil er – wie zuvor dargelegt – einen schweren Eingriff in die gemeinsame Selbstverwaltung und in das Selbstverständnis eines Freien Berufes darstellt.

Da die Sprechstundenzeiten heute schon regelhaft über 25 Stunden liegen, die Ursachen für Terminengpässe aber in der Budgetierung begründet sind, wäre es einfach und konsequenter gewesen, die Budgetierung zu beenden und als Einstieg hierzu alle ärztlichen Grundleistungen von Haus- und Fachärzten aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zu nehmen. Dann wäre ein derart schwerwiegender Eingriff in die ärztliche Selbstverwaltung überflüssig.

Alternativ wäre die Einführung von mindestens fünf offenen Akutsprechstunden auf freiwilliger Basis durch die vollständige Entbudgetierung der Grund- und Versichertenpauschalen, der Chronikerziffer für die Hausärzte und aller fachärztlichen Leistungen, die die Abrechnung der pauschalierten fachärztlichen Grundvergütung (PFG) ermöglichen, zu fördern.

Erfüllungsaufwand

Im Gesetzentwurf wird für Vertragsärzte durch Mindestsprechstundenzeiten und offene Sprechstunden ein „geringfügiger Erfüllungsaufwand für die Praxisorganisation“ beschrieben.

Stellungnahme:

Aus gutem Grund sind bei jedem Gesetzesvorhaben unter anderem die unmittelbaren Kosten sowie die finanziellen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu benennen und zu berücksichtigen. Die Erhöhung der Mindestsprechstundenzeiten von 20 auf 25 Sprechstunden pro Woche bedeutet nicht nur, dass viele Praxisschilder, Internetauftritte, Informationsblätter, Visitenkarten und Terminzettel in den Praxen neugestaltet, neu gedruckt und neu in Umlauf gebracht werden müssen, sondern der Gesamtaufwand wird sich auf Arbeitszeit und Aufwand von Praxisinhabern und Praxismitarbeitern auswirken. Die dadurch entstehenden Kosten müssen zusätzlich zu den in diesem Gesetzesvorschlag richtigerweise vorgeschlagenen extra budgetierten Vergütungen bezahlt werden, da sie in die ursprüngliche Kalkulation der Grundpauschalen nicht berücksichtigt sind. Daher ist eine rein extrabudgetäre Vergütung der bisher existierenden kalkulierten Grundpauschalen

unzureichend. Gleiches gilt für den zusätzlichen Aufwand der durch direkte Telefonate mit Hausärzten, die Termine für ihre Patienten vereinbaren wollen, entsteht.

Der Ausbau der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen, bezahlt aus dem jeweiligen Haushalt der Kassenärztlichen Vereinigungen, bringt einen erheblichen Erfüllungsaufwand mit sich. Aufgrund der derzeit unklaren Inanspruchnahme der neu zu schaffenden Form der Terminservicestellen, ist der anstehende Erfüllungsaufwand noch nicht eindeutig zu beziffern. Die bisher betriebenen Terminservicestellen für fachärztliche Termine, welche als dringend klassifiziert wurden, haben einen Erfüllungsaufwand von rund 3,5 Millionen Euro für die Kassenärztlichen Vereinigungen ausgelöst. Dieser Aufwand wurde über die Honorare der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten im Rahmen der Verwaltungsausgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen finanziert.

Berlin, den 17. August 2018

Dr. med. Dirk Heinrich
Bundesvorsitzender

NAV-Virchow-Bund,
Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.
Chausseestraße 119b
10115 Berlin

Aus Gründen der Lesbarkeit wird in diesem Text teilweise nur die männliche Form verwendet. Selbstverständlich gelten alle Aussagen auch für weibliche Personen.