

Stellungnahme

des Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) vom 17. August 2018

zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) vom 23. Juli 2018

Kontakt:

Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)

Postfach 12 11 47, 10605 Berlin

Telefon: +49 30 – 40 00 96 31, Fax: +49 30 40 00 96 32

E-Mail: info@spifa.de

Registergericht: Amtsgericht Charlottenburg, Registernummer: VR 29131 B

Vorstand: Dr. med. Dirk Heinrich (Vorstandsvorsitzender), Dr. med. Axel Schroeder, Dr. med. Christian Albring, Dr. med. Hans-Friedrich Spies

Ehrenpräsident: Dr. med. Andreas Köhler

Hauptgeschäftsführer: RA Lars. F. Lindemann, Verbandsgeschäftsführer: Robert Schneider, M.A.

Ordentliche Mitglieder des SpiFa

Akkreditierte Labore in der Medizin e.V. (ALM)



Bundesverband Ambulantes Operieren e.V.
(BAO)



Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V.
(BDA)



Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V.
(BdA)



Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI)



Berufsverband Deutscher Neurochirurgen e.V.
(BDNC)



Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V.
(BDNukl)



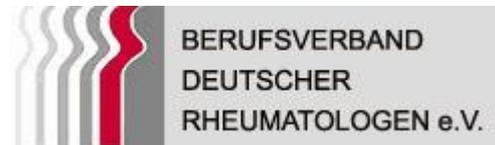
Bundesverband der Pneumologen (BdP)



Bundesverband Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM)



Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V.
(BDRh)



Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V.
(BNC)



Berufsverband Niedergelassener Gastroentero-
logen Deutschlands e.V. (bng)



Berufsverband Niedergelassener Gynäkologi-
scher Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO)



Berufsverband der Niedergelassenen Hämatolo-
gen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO)



Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO)



Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA)



Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD)



Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BvDU)



Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. (BVDH)



Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF)



Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND)



Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU)



Berufsverband der Rehabilitationsärzte Deutschlands e.V. (BVPRM)



Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP)



Deutscher Facharztverband e.V. (DFV)



Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG)



Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V. (DGPRÄC)



Assoziierte Mitglieder

NAV-Virchow-Bund – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. (NAV)



INHALT

I. Vorbemerkung.....	7
II. Erfüllungsaufwand.....	8
III. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen	9
Artikel 1 – Änderungen des SGB V	9
Nr. 10: § 20j SGB V [neu] – Präexpositionsprophylaxe	9
Nr. 16: § 35a [Ergänzung Absatz 3 um Satz 6] – Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen	9
Nr. 32: § 73 [Ergänzung Absatz 1 Nr. 2] – Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung.....	10
Nr. 35: § 75 [Änderung in Absatz 1a] – Inhalt und Umfang der Sicherstellung	10
Nr. 38 und 73: § 81a/§ 197a [Ergänzung eines Absatz 3b] – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	11
Nr. 40 b): § 87 [Neufassung des Absatzes 2 Satz 3] – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	12
Nr. 40 c): § 87 [Neufassung des Absatzes 2a Satz 23] – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	13
Nr. 40 d): § 87 [Neufassung des Absatzes 2b] – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	14
Nr. 40 e): § 87 [Neufassung des Absatzes 2c] – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	14
Nr. 40 h): § 87 [Ergänzung eines neuen Absatzes 2g] – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	15
Nr. 40 m): § 87 Absatz 6 [Ergänzung eines neuen Satzes 6] – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	17

Nr. 41 a) § 87a Absatz 3 [Anpassung von Satz 5] – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditybedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	17
Nr. 45: § 89 [Neufassung] – Schiedsamt.....	19
Nr. 46: § 89a [Ergänzung] – Sektorenübergreifendes Schiedsgremium	20
Nr. 47: § 95 [Ergänzung in Absatz 1a] – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	20
Nr. 48: § 96 [Ergänzung von Absatz 2] – Zulassungsausschüsse	22
Nr. 50 a): § 103 [Ergänzung in Absatz 1] – Zulassungsbeschränkungen	23
Nr. 50 c): § 103 [Ergänzung eines Absatzes 3b] – Zulassungsbeschränkungen	23
Nr. 51 b): § 105 [Ergänzung und Neufassung in Absatz 1a] – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	24
Nr. 51 c): § 105 [Ergänzung eines Absatzes 1b] – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	25
Artikel 13 – Änderungen der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)	27
Nr. 2: § 19a [Ergänzung von Absatz 1 nach Satz 1]	27

I. Vorbemerkung

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen Deutschlands erfolgt sowohl in der ambulanten Versorgung als auch in der stationären Versorgung auf einem weltweit einmaligen Qualitätsniveau. Hierbei ist vor allem der flächendeckende Zugang zum Arzt aller Fachgruppen und Fachrichtungen auf einem niedrigschwelligem Niveau hervorzuheben.

Die Fachärzte in Klinik und Praxis bilden mit rund 85 Prozent aller Ärzte in Deutschland das Rückgrat für die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten in Deutschland. Jährlich behandelt ein niedergelassener Facharzt durchschnittlich rund 3.100 Patienten. Der überwiegende Anteil der fachärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten erfolgt im ambulanten Versorgungsbereich (rund 93 Prozent), rund 7 Prozent der fachärztlichen Versorgung erfolgt im stationären Versorgungsbereich.

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) unterstützt mit seinen 28 Mitgliedsverbänden, die insgesamt rund 160.000 Fachärzte in Klinik und Praxis sowie Hausärzte vertritt, das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) uneingeschränkt bei seinen Vorhaben zur Verbesserung der Versorgungsstruktur der haus- und fachärztlichen Versorgung in Deutschland. Das Bekenntnis zum Stellenwert des Versorgungsbeitrags der Fachärzte in der Grundversorgung der Patientinnen und Patienten in Deutschland ist dabei ein erster richtiger und zugleich wichtiger Schritt für eine zukunftsfähige flächendeckende ärztliche Versorgung in Deutschland.

Staatliche Eingriffe in die Aufgabenhoheit der ärztlichen sowie gemeinsamen Selbstverwaltung lehnen wir ebenso ab, wie direkte Durchgriffsregelungen auf das Praxismanagement und die Organisation der ärztlichen Tätigkeit im ambulanten Versorgungsbereich. Es gilt, den freien Beruf Arzt nicht weiter im Detail mit mehr Regularien zu regulieren, sondern durch mehr Freiräume ihm wieder die Möglichkeiten zu geben, die gerade zu diesem noch existierenden hervorragenden und weltweit einzigartig erfolgreichen Versorgungsmodell geführt hat. Dies gilt gleichermaßen für den freien Beruf Arzt als Angestellter in der ambulanten Versorgung und im Krankenhaus.

II. Erfüllungsaufwand

Der in den Praxen niedergelassener Fachärztinnen und Fachärzte entstehende Aufwand, um die gesetzlichen Regelungen, die im Referentenentwurf für ein GKV-VSTG vorgeschlagen werden, zu erfüllen, ist hoch. Die Erhöhung auf 25 Sprechstunden pro Woche bedeutet nicht nur, dass viele Praxisschilder, Internetauftritte, Informationsblätter, Visitenkarten und Termininformationen 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 zusätzlich und extrabudgetierten Vergütungen vergütet werden, da sie in die ursprüngliche Kalkulation der Grundpauschalen nicht einkalkuliert 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 Patientinnen und Patienten vereinbaren wollen, entstehen.

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

III. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen

Die Stellungnahme der Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen bezieht sich ausschließlich auf die Neuregelungen des Referentenentwurfs, die Relevanz für die Fachärzte in Klinik und Praxis haben.

Artikel 1 – Änderungen des SGB V

Nr. 10: § 20j SGB V [neu] – Präexpositionsprophylaxe

Die Neuaufnahme von § 20j SGB V regelt den Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe (inklusive der Anwendung der zugelassenen Arzneimittel, der erforderlichen Untersuchungen sowie die Verordnung der Arzneimittel) zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV für Versicherte mit einem erhöhten HIV-Infektionsrisiko, die älter als 16 Jahre sind. Das Nähere zum Kreis der Anspruchsberechtigten haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes als Bestandteil des Bundesmantelvertrages Ärzte zu vereinbaren.

SpiFa

Der SpiFa begrüßt die Einführung der Präexpositionsprophylaxe und deren Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung.

Nr. 16: § 35a [Ergänzung Absatz 3 um Satz 6] – Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen

Mit Ergänzung von Satz 6 in § 35a Absatz 3 wird der Gemeinsamen Bundesausschuss verpflichtet, innerhalb eines Monats den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen sowie eine Zusammenfassung der tragenden Gründe in englischer Sprache im Internet zu veröffentlichen.

SpiFa

Der SpiFa befürwortet die Regelung, um die Entscheidungs- und Informationswege der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses transparent zu machen.

Nr. 32: § 73 [Ergänzung Absatz 1 Nr. 2] – Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung

Die Ergänzung von Absatz 1 Nr. 2 sieht eine Ausweitung des hausärztlichen Versorgungsauftrages und schließt die Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem Facharzt mit ein.

SpiFa

Der SpiFa begrüßt die Klarstellung im hausärztlichen Versorgungsauftrag. Zugleich weist der SpiFa auf die weiterhin fehlende Ausgestaltung des fachärztlichen Versorgungsauftrages, insbesondere in der Grundversorgung der Patientinnen und Patienten in Deutschland, hin. Die ärztliche Grundversorgung findet heute nicht mehr ausschließlich durch Hausärzte statt, sondern wird ebenfalls durch Fachärzte erbracht, hier sind u.a. beispielhaft Urologie, Gynäkologie, Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Dermatologie und andere zu erwähnen. Der SpiFa begrüßt, dass der Gesetzentwurf erstmals diese Leistungen von niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten in der Grundversorgung anerkennt. Gleichwohl fehlt die Legaldefinition der fachärztlichen Versorgung.

Nr. 35: § 75 [Änderung in Absatz 1a] – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

Die Neuregelungen in Absatz 1a sehen vor, dass Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen für fachärztliche Termine in Terminservicestellen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung umgewandelt werden. Ferner werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, die 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 zu vermitteln, welche auf Grundlage einer Priorisierung erfolgen soll.

SpiFa

Der SpiFa lehnt die Umwandlung der Terminservicestellen in ein vertragsärztliches Terminserviceangebot für die Versicherten ab. Die bisher gemachten Erfahrungen mit den fachärztlichen Terminservicestellen zeigen, 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 nicht das geeignete Mittel, um die Anzahl der Behandlungstermine in der vertragsärztlichen Versorgung zu erhöhen. Eine konsequente Entbudgetierung der vertragsärztlichen Leistungen in der Grundversorgung, beispielsweise durch Herausnahme aller relevanten Betreuungs- und Koordinationsleistungen sowie der Leistungen, die mit der pauschalierten fachärztlichen Grundvergütung (PFG) belegt sind, aus der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und Überführung in die Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV), würde zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgung – und damit auch dem Terminangebot – in der vertragsärztlichen Versorgung führen.

Die Terminservicestellen werden durch die Haushalte der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – und somit durch die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten – finanziert. Sofern der Gesetzgeber und die gesetzlichen Krankenkassen ein erweitertes Terminserviceangebot wünschen, sind entsprechende Finanzierungsmittel zum Unterhalt und zum Betrieb dieses Terminserviceangebots zur Verfügung zu stellen. Eine Erweiterung der Terminservicestelle auf einen 24/7 Betrieb verursacht unnötige und unwirtschaftliche Kosten. Terminvermittlungen in der Nacht sind unnötig.

Eine Zusammenlegung der Notfallrufnummer 116117 mit der Terminservicestelle und in einer weiteren Ausbaustufe mit der Notrufnummer 112 kann zu einer Verzögerung bei der Behandlung von echten Notfällen führen. Um dies zu vermeiden, sind teure Überkapazitäten in den Callcentern der Kassenärztlichen Vereinigungen notwendig. Dieses intelligent mit Hilfe digitaler Anwendungen zu lösen, wird teuer. Dieses allein den Haushalten der Kassenärztlichen Vereinigungen zuzumuten, die sich ausschließlich aus den Honoraren (also aus dem erwirtschafteten Geld aus niedergelassenen Praxen) speisen, ist angesichts dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, unfair und muss daher direkt aus dem Gesundheitsfonds finanziert werden.

Nr. 38 und 73: § 81a/§ 197a [Ergänzung eines Absatz 3b] – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Die Ergänzung eines Absatzes 3b stellt klar, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigungen (§ 81a) sowie die Krankenkassen, deren Landesverbände sowie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (§ 197a) personenbezogene Daten an die Zulassungsausschüsse und/oder zuständige Stellen zur Überwachung der Pflichten der Vertragsärzte übermittelt werden dürfen, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erforderlich ist.

SpiFa

Der SpiFa unterstützt, insbesondere vor dem Hintergrund der EU-Datenschutzgrundverordnung, die gesetzliche Klarstellung, um eine Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu fördern.

Nr. 40 b): § 87 [Neufassung des Absatzes 2 Satz 3] – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Es wird eine Neufassung des Absatzes 2 Satz 3 wie folgt vorgeschlagen:

„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. 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. 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. 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.“

Die Neuregelung sieht die Nutzung von Rationalisierungsreserven beim Einsatz medizinisch-technischer Geräte zu Gunsten ärztlicher Leistungen als „sprechende Medizin“ vor. Der Bewertungsausschuss wird beauftragt bis zum 30. September 2019 meine Aktualisierung der Bewertungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vorzunehmen und dabei insbesondere die Angemessenheit der Leistungsbewertungen mit einem hohen technischen Anteil zu überprüfen. Dafür soll bis zum 31. März 2019 ein Konzept für das Verfahren an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorzulegen, welches eine Absenkung der Leistungsbewertung medizinisch-technischer Leistungen ab einem Schwellenwert vorsieht.

SpiFa

Der SpiFa lehnt die vorgeschlagene Regelung als unnötig ab. Der Bewertungsausschuss hat die Aufgabe in regelmäßigen Abständen die Angemessenheit der Vergütungen des EBM zu überprüfen. Dabei entspricht das im einheitlichen Bewertungsmaßstab hinterlegte fiktive Arztgehalt schon seit vielen Jahren nicht mehr der Realität. Dieses muss in erster Linie angepasst werden.

Nr. 40 c): § 87 [Neufassung des Absatzes 2a Satz 23] – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Es wird eine Neufassung des Absatzes 2a Satz 23 wie folgt vorgeschlagen:

„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 der Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 behandeln.“

Mit der Neufassung wird die zusätzliche und extrabudgetäre Abrechnungsfähigkeit von Akutfällen während der Sprechstundenzeiten auf Vermittlung der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Stichtag 1. April 2019 geregelt. Die Verhandlungspartner der gemeinsamen Selbstverwaltung sind dazu angehalten, die Regelungen entsprechend im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zu verankern.

SpiFa

Der SpiFa erkennt den Willen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) an, zusätzliche Aufgaben und eine Ausweitung des Angebotes der vertragsärztlichen Versorgung zusätzlich und extrabudgetär, also ohne Mengenbegrenzung in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV), zu vergüten und somit einen Anreiz für eine verbesserte Versorgung während der Sprechstundenzeiten zu setzen.

Um die Zielrichtung der Änderungen erfolgreich umzusetzen, bedarf es eindeutiger gesetzlicher Regelungen, damit auch tatsächlich keine Bereinigung bestehender Leistungspositionen bzw. der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung geschieht. Dabei geht es um das Risiko einer Bruttobereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Eine Bruttobereinigung konterkariert den hier durch den Gesetzgeber ausgedrückten Willen, die im Weiteren genannten Leistungen zusätzlich und extrabudgetär zu vergüten. Diese würde zu einer weiteren Abstufung der in der MGV verbleibenden Leistungen führen und damit bestehende Versorgungsprobleme massiv verschärfen und neue Versorgungsprobleme 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 insbesondere vor dem Hintergrund, dass gegebenenfalls durch die gesetzliche Regelung im § 87 Absatz 2 Satz 3 eine weitere Abstufung der Vergütung möglich erscheint. Dies führt im Zusammenhang mit der Budgetierung dann zu einer Situation, in der diese Leistungen nicht mehr wirtschaftlich erbringbar sein werden. Längere Termine und Wartefristen auf diese Untersuchungen werden die Folge sein.

Die bisherigen Äußerungen und Bewertungen des GKV-Spitzenverbandes verdeutlichen, dass die oben genannten Ziele des Gesetzes in den Verhandlungen der gemeinsamen Selbstverwaltung konterkariert werden (sollen).

Nr. 40 d): § 87 [Neufassung des Absatzes 2b] – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Die Änderungen in Absatz 2b sehen u.a. vor, dass Patienten, die erstmals in der jeweiligen Arztpraxis diagnostiziert und behandelt werden sowie dass Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird, spätestens mit Wirkung zum 1. April 2019 und soweit möglich nach Morbiditätskriterien zur Abbildung des Schweregrades der Erkrankung zu differenzieren sind. Weiter sieht die Änderung vor, dass bis zum 1. April 2019 ein Zuschlag für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufzunehmen ist. Sofern bis zum 1. April 2019 keine Regelung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgenommen worden 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 als Zuschlag abrechnen.

SpiFa

Der SpiFa begrüßt grundsätzlich eine extrabudgetäre Vergütung der Terminvermittlung durch Hausärzte. Aufgrund der abnehmenden Dichte der hausärztlichen Versorgung, ist auch die Vermittlung von weiteren Facharztterminen, aber auch von Hausarztterminen durch Fachärzte real existierende Praxis. Daher sollte die Vergütung von Terminvermittlungen auch für alle niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte eingeführt werden. Die vorgesehene Vergütung von zwei Euro für eine Terminvermittlung ist nicht kostendeckend. Zusätzlich ist der beim Facharzt ausgelöste Aufwand ebenfalls zusätzlich und extrabudgetär zu vergüten.

Nr. 40 e): § 87 [Neufassung des Absatzes 2c] – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Es wird eine Neufassung des Absatzes 2c wie folgt vorgeschlagen:

„Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der fachärztlichen Versorgung sollen arztgruppenspezifisch und unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen als Grund- und Zusatzpauschalen abgebildet werden; für folgende Leistungen sollen Einzelleistungen vorgesehen werden:

1. Leistungen, bei denen dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist,
2. Leistungen, die nach Absatz 2a Satz 7 telemedizinisch erbracht werden können,
3. Leistungen, die nach Absatz 2a Satz 8 im Wege der Delegation erbracht werden können.

Mit den Grundpauschalen nach Satz 1 sollen die regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet werden; die Grundpauschalen sind, soweit dies für die Arztgruppe medizinisch nicht als sachwidrig anzusehen ist, einerseits nach Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals diagnostiziert und behandelt werden, sowie andererseits nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird, spätestens mit Wirkung zum 1. April 2019 und soweit möglich und sachgerecht nach Morbiditätskriterien zur Abbildung des Schweregrads der Erkrankung, falls dieser nicht durch die Zusatzpauschalen nach Satz 3 berücksichtigt wird, zu differenzieren.“

SpiFa

Der SpiFa begrüßt die Einführung von differenzierten Grundpauschalen unter den nachfolgenden Maßgaben. Die Aufnahme von Neupatienten kann einen höheren Aufwand bedeuten, daher ist es richtig die Ausgestaltung dieser Möglichkeit den Partnern der Selbstverwaltung zu überlassen. Diese Frage differiert stark von Fach zu Fach. Es kann zudem sein, dass Neupatienten den größeren Aufwand darstellen, während es in einem anderen Fach eher die Dauerpatienten sind. Insofern muss auch die Teilung oder die unveränderte Belassung der Grundpauschalen entschieden werden.

Nr. 40 h): § 87 [Ergänzung eines neuen Absatzes 2g] – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Es wird eine Ergänzung eines neuen Absatzes 2g wie folgt vorgeschlagen:

„(2g) Der Bewertungsausschuss hat auf Grundlage der Vereinbarung nach § 19a Satz 6 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) spätestens innerhalb von drei Monaten nachdem diese Vereinbarung geschlossen worden ist, die Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen der Versichertenpauschalen nach § 87 Absatz 2b und der Grundpauschalen 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 in der offenen Sprechstunde, Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung bei einem vollen Versorgungsauftrag in einem Umfang von 20 Wochenstunden und bei einem hälftigen Versorgungsauftrag von zehn 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.“

Die Ergänzung eines Absatzes 2g sieht die Vorhaltung von fünf Wochenstunden vertragsärztlicher Tätigkeit im Rahmen einer offenen Sprechstunde für die Vertragsärzte vor. Eine entsprechende Regelung ist innerhalb von drei Monaten durch die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zu verankern.

SpiFa

Der SpiFa erkennt den Willen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) an, zusätzliche Aufgaben und eine Ausweitung des Angebotes der vertragsärztlichen Versorgung extrabudgetär, also ohne Mengenbegrenzung, zu vergüten und somit einen Anreiz für eine verbesserte Versorgung während der Sprechstundenzeiten zu setzen. Zugleich erkennt der SpiFa an, dass der Gesetzgeber sieht, dass die vertragsärztliche Grundversorgung durch Haus- und Fachärzte gleichermaßen erfolgt. Gleichwohl ist darauf hinzuweisen, dass die extrabudgetäre Vergütung der Grund- und Versichertenpauschalen keine im eigentlichen Sinne zusätzliche Vergütung darstellt, sondern nur die Vergütung bisher budgetierter Leistungen. Diese Regelung wird eingeführt, um in offenen Sprechstunden ein größeres Angebot zu schaffen und Wartezeiten auf Termine zu reduzieren. Dieses Ziel wird bei der zurzeit bestehenden Engpasssituation im hausärztlichen Bereich mit einem Überweisungsvorbehalt nicht im gewünschten Maß erreicht werden. Patientinnen und Patienten werden in Hausarztpraxen auf das Ausstellen der Überweisungen warten müssen, bis sie einen Termin beim Hausarzt haben. Die Erfahrung aus den Zeiten der Praxisgebühr weist allerdings darauf hin, dass Überweisungen dann in vielen Fällen durch das Praxispersonal ausgehändigt werden. Daher empfiehlt der SpiFa auf einen Überweisungsvorbehalt zu verzichten.

Um die Zielrichtung der Änderungen erfolgreich umzusetzen, bedarf es eindeutiger gesetzlicher Regelungen, damit auch tatsächlich keine Bereinigung bestehender Leistungspositionen bzw. der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung geschieht. Dabei geht es um das Risiko einer Bruttobereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Eine Bruttobereinigung konterkariert den hier durch den Gesetzgeber ausgedrückten Willen, die im Weiteren genannten Leistungen zusätzlich und extrabudgetär zu vergüten. Diese würde zu einer weiteren Abstufung der in der MGV verbleibenden Leistungen führen und damit bestehende Versorgungsprobleme massiv verschärfen und neue Versorgungsprobleme 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 insbesondere vor dem Hintergrund, dass gegebenenfalls durch die gesetzliche Regelung im § 87 Absatz 2 Satz 3 eine weitere Abstufung der Vergütung möglich erscheint. Dies führt im Zusammenhang mit der Budgetierung dann zu einer Situation, in der diese Leistungen nicht mehr wirtschaftlich

erbringbar sein werden. Längere Termine und Wartefristen auf diese Untersuchungen werden die Folge sein.

Die bisherigen Äußerungen und Bewertungen des GKV-Spitzenverbandes verdeutlichen, dass die oben genannten Ziele des Gesetzes in den Verhandlungen der gemeinsamen Selbstverwaltung konterkariert werden (sollen).

Nr. 40 m): § 87 Absatz 6 [Ergänzung eines neuen Satzes 6] – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Die Ergänzung von Absatz 6 um einen Satz 6 sieht folgende Regelung vor:

„Das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Vorbereitung von Maßnahmen nach Satz 4 bereits vor Fristablauf das Institut beauftragen, Datenerhebungen in Auftrag geben oder Sachverständigengutachten einholen, soweit die Bewertungsausschüsse die Beratungen sowie die Beschlussfassungen nicht oder nicht in einem angemessenen Umfang vorbereiten oder durchführen.“

Die Regelung ermöglicht dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Maßnahmen vor Fristablauf für das Institut des Bewertungsausschusses im Rahmen von Datenerhebungen oder Sachverständigengutachten zu ergreifen, sofern der Bewertungsausschuss diese nicht in angemessenem Umfang durchführt.

SpiFa

Der SpiFa lehnt die vorgeschlagene Regelung ab. Maßnahmen zu ergreifen obliegt der gemeinsamen Selbstverwaltung gemäß § 87b Absatz 3b SGB V im Rahmen der Zuständigkeit für das Institut des Bewertungsausschusses. Die vorgeschlagene Regelung ist ein direkter Eingriff in die gemeinsame Selbstverwaltung und hebt erneut das Prinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung aus. Gemäß § 87 Absatz 6 Satz 5 ist das Institut des Bewertungsausschusses bereits nach heutiger Rechtslage verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten.

Nr. 41 a) § 87a Absatz 3 [Anpassung von Satz 5] – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte 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.“

Die Ersetzung des Satzes 5 durch die neugefassten Sätze 5 und 6 sehen eine zusätzliche und extrabudgetäre Vergütung von Leistungen der Substitutionsbehandlung bei Drogenabhängigkeit [alt], Leistungen aufgrund einer Vermittlung durch eine Terminservicestelle [neu], Leistungen einer erfolgreichen Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 [neu], Leistungen von Akutfällen während der Sprechstundenzeiten [neu], Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen für Patienten, die erstmals diagnostiziert und behandelt werden [neu] sowie Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen für Patienten der offenen Sprechstunde [neu] vor.

SpiFa

Der SpiFa erkennt den Willen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) an, zusätzliche Aufgaben und eine Ausweitung des Angebotes der vertragsärztlichen Versorgung extrabudgetär, also ohne Mengenbegrenzung, zu vergüten.

Um die Zielrichtung der Änderungen erfolgreich umzusetzen, bedarf es eindeutiger gesetzlicher Regelungen, damit auch tatsächlich keine Bereinigung bestehender Leistungspositionen bzw. der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung geschieht. Dabei geht es um das Risiko einer Bruttobereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Eine Bruttobereinigung konterkariert den hier durch den Gesetzgeber ausgedrückten Willen, die im Weiteren genannten Leistungen zusätzlich und extrabudgetär zu vergüten. Diese würde zu einer weiteren Abstufung der in der MGV verbleibenden Leistungen führen und damit bestehende Versorgungsprobleme massiv verschärfen und neue Versorgungsprobleme 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 insbesondere vor dem Hintergrund, dass gegebenenfalls durch die gesetzliche Regelung im § 87 Absatz 2 Satz 3 eine weitere Abstufung der Vergütung möglich erscheint. Dies führt im Zusammenhang mit der Budgetierung dann zu einer Situation, in der diese Leistungen nicht mehr wirtschaftlich erbringbar sein werden. Längere Termine und Wartefristen auf diese Untersuchungen werden die Folge sein.

Die bisherigen Äußerungen und Bewertungen des GKV-Spitzenverbandes verdeutlichen, dass die oben genannten Ziele des Gesetzes in den Verhandlungen der gemeinsamen Selbstverwaltung konterkariert werden (sollen).

Nr. 45: § 89 [Neufassung] – Schiedsamt

Die vorgeschlagenen Regelungen sehen eine Neufassung des Paragraphen vor.

SpiFa

Der SpiFa unterstützt die Neufassung des Paragraphen. Die Akzeptanz von Regelungen der gemeinsamen Selbstverwaltung bedarf transparenter Verfahren sowie einer zügigen Umsetzung von gesetzlichen Vorgaben und Regelungen. Gleichzeitig bedarf es bei der Besetzung der unparteiischen Vorsitzenden und weiteren Mitglieder im Schiedsamt unabhängiger Persönlichkeiten, die frei von Interessenkonflikten agieren können. Der SpiFa schlägt daher vor, Absatz 6 Satz 4 wie folgt zu ergänzen: „, und vor *Amtsübernahme eventuell vorliegende Interessenkonflikte zur Ausübung des Amtes offengelegt haben.*“

Nr. 46: § 89a [Ergänzung] – Sektorenübergreifendes Schiedsgremium

Die vorgeschlagenen Regelungen sehen eine Ergänzung eines neuen Paragraphen 89a vor.

SpiFa

Der SpiFa unterstützt die Ergänzung eines neuen Paragraphen 89a, um so die Regelungen des § 89 auch auf den Bereich der sektorenübergreifenden Versorgung zu übertragen. Die Akzeptanz von Regelungen der gemeinsamen Selbstverwaltung bedarf transparenter Verfahren sowie einer zügigen Umsetzung von gesetzlichen Vorgaben und Regelungen. Gleichzeitig bedarf es bei der Besetzung der unparteiischen Vorsitzenden und weiteren Mitglieder im Schiedsamt unabhängiger Persönlichkeiten, die frei von Interessenkonflikten agieren können. In Analogie zum Vorschlag zur Ergänzung von § 89 Absatz 6 Satz 4 schlägt der SpiFa daher vor, Absatz 6 Satz 4 wie folgt zu ergänzen: „, und vor Amtsübernahme eventuell vorliegende Interessenkonflikte zur Ausübung des Amtes offengelegt haben.“

Nr. 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 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.

SpiFa

Der SpiFa unterstützt die Ergänzungen in Absatz 1a vollumfänglich. Praxisnetze nach § 87b Absatz 4 SGB V müssen im Rahmen des Verfahrens zur Anerkennung als Praxisnetz gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen über einen strengen Anforderungskatalog ihren hohen Professionalisierungsgrad und ihre Versorgungsrelevanz nachweisen. Die vorgeschlagene Regelung erhöht die Flexibilität für Praxisnetze nach § 87b Absatz 4 SGB V die Möglichkeit zur Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums zur Organisation der Versorgung zu nutzen.

Der SpiFa schlägt darüber hinaus vor, die Beschränkung auf unterversorgte Regionen zur Gründung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) durch anerkannte Praxisnetze aufzuheben. Das MVZ als Rechtsform zur Organisation der Tätigkeit eines Praxisnetzes sollte auch in anderen Regionen entsprechend genutzt werden können.

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

Um die Freiberuflichkeit jedoch nachhaltig zu stärken und eine Konzentration der Versorgung in größeren MVZ-Strukturen wirksam zu begegnen, sehen wir insbesondere nachfolgende zentrale Ansatzpunkte als wichtig an:

1. Vorrang zulassungswilliger Ärzte im Praxisnachbesetzungsverfahren

Durch die Einführung einer Vorrangregelung würde die Freiberuflichkeit insoweit gestärkt werden, als der Zulassungsausschuss bei einem Praxisausschreibungsverfahren die Auswahlentscheidung zunächst auf diejenigen Bewerber zu beschränken hätte, die die Praxis als Vertragsärzte fortzuführen beabsichtigen. In denjenigen Fällen, in denen sich neben MVZ nur ein einziger zulassungswilliger Arzt bewirbt, erübrigte sich sogar eine Auswahlentscheidung; der Zulassungsausschuss hätte dann allein diesem fortführungswilligen Arzt – seine Eignung unterstellt – die Zulassung zu erteilen. Diese Vorrangregelung könnte auch als Stufenmodell in dem Sinne ausgestaltet werden, dass der Zulassungsausschuss bei seiner Auswahlentscheidung unter mehreren Bewerbern folgende Rangfolge zu berücksichtigen hätte:

1. zulassungswilliger Arzt
2. Vertragsärzte, die die ausgeschriebene Praxis mit einem angestellten Arzt fortführen wollen
3. MVZ „in Händen von Vertragsärzten“
4. alle sonstigen MVZ

Bei einem solchen Stufenmodell käme ein MVZ, das allein von einem Kapitalinvestor getragen wird, beim Erwerb von Vertragsarztsitzen nur dann zum Zuge, wenn sich weder ein zulassungswilliger Arzt, noch ein Vertragsarzt (mit einem noch anzustellendem Arzt), noch ein mehrheitlich von Vertragsärzten gehaltenes MVZ als Nachfolger für die ausgeschriebene Praxis fände.

2. MVZ künftig nur noch in den Händen von Vertragsärzten

Trotz vielfacher Bemühungen ist es dem Gesetzgeber bislang nicht gelungen, seine Zielsetzung, „medizinfremde Kapitalinteressen“ aus dem MVZ herauszuhalten, effektiv umzusetzen.

Für ein Zurückdrängen oder gar einen Ausschluss „medizinfremder“ Kapitalinteressen kommt es weniger auf den Kreis der MVZ-Gründer oder die Gesellschaftsform an, in der ein MVZ betrieben wird, als vielmehr auf die Binnenstruktur der jeweiligen MVZ-Trägersgesellschaft. In diesem Sinne könnte einer Gründung und Steuerung von MVZ durch Kapitalinvestoren dergestalt entgegengewirkt werden, dass durch entsprechende gesetzliche Regelungen sichergestellt wird, dass unabhängig von seiner Gesellschaftsform, ein MVZ nur zulassungsfähig ist, wenn die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und Stimmrechte einer MVZ-Trägersgesellschaft in den Händen von Vertragsärzten liegt.

3. Krankenhaus-MVZ nur in räumlicher Nähe zu diesem Krankenhaus

Die Intention des Gesetzgebers, dass ein Krankenhaus in seiner Ambulanz nur zur möglichen Verbesserung einer stationär-ambulanten Vernetzung betreiben kann, wird von Kapitalgebern für eine nicht gewollte Option genutzt. MVZ werden weit entfernt vom Krankenhaus betrieben. So haben sich Kapitalinvestoren mit großen MVZ oder MVZ-Ketten ein Krankenhaus gesichert, um auch weit weg von dem Ort der Versorgung durch ein Krankenhaus, z.B. ein Krankenhaus in Bayern, MVZ in NRW oder Schleswig-Holstein zu kaufen und zu unterhalten.

Es sollte für Krankenhaus-MV vom Gesetzgeber geregelt werden, dass von Krankenhäusern betriebene MVZ nur Vertragsarztsitze in räumlicher Nähe zu diesem Krankenhaus betreiben dürfen. Die Möglichkeit, dass von Kapitalgesellschaften durch den Betrieb eines Krankenhauses deutschlandweit MVZ unterhalten werden können, muss unterbunden werden.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass sich ein Krankenhaus-MVZ auch nur in den Fachgebieten betätigen darf, die auch in ihrem Versorgungsauftrag definiert worden sind.

Nr. 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.“

SpiFa

Der SpiFa lehnt die Ergänzung in der vorgeschlagenen Fassung ab. Die gemeinsame Selbstverwaltung ist für Aufgaben der Zulassungsausschüsse zuständig. Die Neuregelung sieht erneut einen direkten Eingriff in die Selbstverwaltung vor. Die Regelung lässt offen, welche Konsequenzen das Recht zur Beantragung zusätzlicher Zulassungen in ländlichen Gebieten für Planungsbereiche, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, haben wird. Die Verfahrenszeiten von Zulassungsausschüssen haben jetzt schon eine kaum noch zumutbare Grenze erreicht. Weitere Mitbeteiligte mit Antragsrechten werden zu einer weiteren Verzögerung und zu einer Kostenerhöhung der Antragsbearbeitung und den Entscheidungen führen.

Nr. 50 a): § 103 [Ergänzung in Absatz 1] – Zulassungsbeschränkungen

Die Ergänzung in Absatz 1 sieht vor, dass im Rahmen einer Befristung bis zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 101 Absatz 1 Satz 7 bei der Zulassung von Fachärzten für innere Medizin und Rheumatologie, von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzten, die der Arztgruppe der Kinderärzte angehören, Zulassungsbeschränkungen gemäß Absatz 1 Satz 1 keine Anwendung finden, soweit die Ärzte 5 Jahre vor Beantragung der Zulassung nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben.

SpiFa

Der Vorstand bewertet die vorgeschlagene Regelung kritisch. Die Instrumente der Bedarfsplanung, der Zulassungsbeschränkungen sowie der budgetierten Vergütung von Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind eng miteinander verknüpft. Grundsätzlich spricht sich der SpiFa für die Niederlassungsfreiheit von Vertragsärzten als einziges Instrument einer nachhaltigen Verbesserung der Rahmenbedingungen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aus. Dies muss jedoch zwingend mit der vollständigen Entbudgetierung ärztlicher Leistungen einhergehen. Das Herausgreifen einzelner Fachgruppen und das Aussetzen entsprechender Zulassungsbeschränkungen werden zu mehr Anträgen und zu einem Mehr an Zulassungen führen. Gleichzeitig bleibt aber die Vergütung in der MGV budgetiert. Ähnliche Effekte sind bereits mit Einführung der Bedarfsplanung eingetreten („Seehofer-Bauch“). Diese Effekte sind bei den angesprochenen Fachgruppen ebenfalls zu erwarten. Da für die vorgeschlagenen 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.

Nr. 50 c): § 103 [Ergänzung eines Absatzes 3b] – Zulassungsbeschränkungen

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 haben die zusätzlichen Arztsitze im Einvernehmen mit den Krankenkassen in den Bedarfsplänen entsprechend auszuweisen.

SpiFa

Der SpiFa lehnt die Ergänzung in der vorgeschlagenen Fassung ab. Die gemeinsame Selbstverwaltung ist für Aufgaben der Zulassungsausschüsse zuständig. Die Neuregelung

sieht erneut einen direkten Eingriff in die Selbstverwaltung vor. Die Regelung lässt offen, welche Konsequenzen das Recht zur Beantragung zusätzlicher Zulassungen in ländlichen Gebieten für Planungsbereiche, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, haben wird.

Auch hier gilt: Die Instrumente der Bedarfsplanung, der Zulassungsbeschränkungen sowie der budgetierten Vergütung von Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind eng miteinander verknüpft. Grundsätzlich spricht sich der SpiFa für die Niederlassungsfreiheit von Vertragsärzten als einziges Instrument einer nachhaltigen Verbesserung der Rahmenbedingungen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aus. Dies muss jedoch zwingend mit der vollständigen Entbudgetierung ärztlicher Leistungen einhergehen. Das Herausgreifen einzelner Fachgruppen und das Aussetzen entsprechender Zulassungsbeschränkungen werden zu mehr Anträgen und zu einem Mehr an Zulassungen führen. Gleichzeitig bleibt aber die Vergütung in der MGV budgetiert. Ähnliche Effekte sind bereits mit Einführung der Bedarfsplanung eingetreten („Seehofer-Bauch“). Diese Effekte sind bei den angesprochenen Fachgruppen ebenfalls zu erwarten. Da für die vorgeschlagenen 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.

Nr. 51 b): § 105 [Ergänzung und Neufassung in Absatz 1a] – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

Die Ergänzung und Neufassung in Absatz 1a sieht eine Erhöhung der Mittel für den Strukturfonds von 0,1 Prozent auf 0,2 Prozent der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vor. Darüber hinaus wird nachfolgende Regelung zur Verwendung der Mittel aus dem Strukturfonds vorgeschlagen:

„Mittel des Strukturfonds sollen insbesondere für folgende Maßnahmen verwendet werden:

- 1. Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung, bei Praxisübernahmen oder bei der Gründung von Zweigpraxen,*
- 2. Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung,*
- 3. Vergabe von Stipendien,*
- 4. Förderung von Eigenrichtungen nach Absatz 1b und von lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung,*
- 5. Förderung der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen*

6. Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung als Vertragsarzt und Entschädigungszahlungen nach § 103 Absatz 3a Satz 13.

Es ist sicherzustellen, dass die für den Strukturfonds bereitgestellten Mittel vollständig zur Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden.“

SpiFa

Der SpiFa vermisst bei den vorgeschlagenen Regelungen eine Gegenfinanzierung. Die Mittel des Strukturfonds müssen direkt aus dem Gesundheitsfonds finanziert werden. Die Honorare niedergelassener Ärztinnen und Ärzte können nicht in immer weiterem Ausmaß für gesamtgesellschaftliche Aufgaben verwendet werden. Es besteht ein wesentlicher Unterschied zwischen der Einzahlung von Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen in den Strukturfonds und der Nutzung von Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigungen. Bei Ersteren handelt es sich um Mittel, die direkt aus dem Gesundheitsfonds den gesetzlichen Krankenkassen zufließen. Bei den Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigungen handelt es sich um Haushaltsmittel, die durch eine Umlage direkt aus den Honoraren der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte finanziert werden. Mithin also um bereits erwirtschaftetes Geld der Vertragsärzte. Diese zusätzlichen Kosten sind aber nicht in die im EBM hinterlegten Preise eingeflossen und damit nicht gegenfinanziert.

Nr. 51 c): § 105 [Ergänzung eines Absatzes 1b] – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

Die vorgeschlagenen Neuregelungen sehen eine Ergänzung eines Absatzes 1b wie folgt vor:

„(1b) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können Einrichtungen betreiben, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung von Versicherten dienen, oder sich an solchen Einrichtungen beteiligen. Einrichtungen können auch durch Kooperationen und gemeinsam mit Krankenhäusern und auch in Form mobilen Praxen, Patientenbussen oder ähnliche Versorgungsangebotsformen sowie für die Durchführung von mobilen oder digitalen Sprechstunden betrieben werden. In Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Absatz 1 getroffen hat, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen zum Betreiben von Einrichtungen verpflichtet. Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen, die in den Einrichtungen erbracht werden, sind die Regelungen nach den §§ 87 bis 87c anzuwenden.“

SpiFa

Der SpiFa begrüßt die vorgeschlagene Regelung, um den Kassenärztlichen Vereinigungen flexible Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zur Verfügung zu stellen.

Nr. 83 bb): § 291a [Ergänzung in Absatz 5 durch einen Satz 6] – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

Die Neuregelungen sehen eine Ergänzung eines Satz 6 für den Zugriff auf Daten auf der elektronischen Gesundheitskarte durch den Versicherten wie folgt vor:

„Ein Zugriff nach Satz 8 kann auch ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte erfolgen, wenn der Versicherte nach umfassender Information durch seine Krankenkasse gegenüber der Krankenkasse schriftlich oder in elektronischer Form erklärt hat, dieses Zugriffsverfahren zu nutzen.“

SpiFa

Der SpiFa unterstützt die vorgeschlagenen Neuregelungen. Mit diesen Neuregelungen wird die täglich erlebte Realität der Versicherten bei der Nutzung des Internets, Web-Portalen und Cloud-Diensten auch im Gesundheitswesen und bei der Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte unterstützt und abgebildet.

Der SpiFa unterstützt darüber hinaus die Forderung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Kompetenz zur Festlegung der technischen Spezifikation der medizinischen Inhalte im PVS-System für den medizinischen Datenaustausch zu erhalten. Mit diesem Vorgehen ist sichergestellt, dass alle Arztpraxen die Daten in gleicher Weise für eine ePA oder für eine innerärztliche Kooperation nutzen können. Mit einer ergänzenden Möglichkeit für die Kassenärztlichen Vereinigungen, die innerärztliche Kommunikation mit einer technischen Umsetzung unterstützen zu können, wird die Versorgung zukunftsfähig gemacht.

Darüber hinaus schlägt der SpiFa vor, § 140a Absatz 4 Satz 1 und 2 und wie folgt neu zu fassen:

„Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der besonderen Versorgung schriftlich oder in elektronischer Form [neu] gegenüber ihrer Krankenkasse. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform, in elektronischer Form [neu] oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen.“

Artikel 13 – Änderungen der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)

Nr. 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.“

SpiFa

Der SpiFa lehnt den Vorschlag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Ergänzung des Absatzes 1 Satz 1 in der vorgelegten Fassung ab. Die niedergelassenen Vertragsärzte bieten bereits heute weit mehr als 45 Wochenstunden vertragsärztliche Versorgung für die Versicherten an (vgl. Mikrozensus 2014: 45,6 Std.; ZiPP 2015: 51 Std.; Ärztemonitor 2016: 52,2 Std.). Die vorgeschlagene Regelung soll diejenigen Ärzte, die weniger als 20 Wochenstunden vertragsärztlich tätig sind, zu einem Mehrangebot an Sprechstundenzeiten „bewegen“. Es ist unklar, ob die gewählte Regelung diesem Ziel gerecht werden wird, da nur ca. 2-3 Prozent der niedergelassenen Vertragsärzte weniger als 20 Wochenstunden vertragsärztlich tätig sind (vgl. Ärztemonitor 2016).

Des Weiteren stellen die Neuregelungen einen Eingriff in die gemeinsame Selbstverwaltung dar. Kernstück eines Versorgungsvertrages (Kollektivvertrag) zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen (Bundesmantelvertrag) ist der Umfang des Leistungsangebotes und wurde bisher auch entsprechend im Bundesmantelvertrag geregelt. Eine einseitige Vertragsänderung, die durch den Gesetzgeber ausgelöst wird, stellt das gesamte System des vertragsärztlichen Bereichs infrage. Aus diesem Grund lehnt der SpiFa diesen ordnungspolitischen Eingriff vollständig ab.

Besser wäre es, die Einführung von mindestens fünf offenen Akutsprechstunden auf freiwilliger Basis durch die vollständige Entbudgetierung der Grund- und Versichertenpauschalen und aller fachärztlichen Leistungen, die die Abrechnung der pauschalierten fachärztlichen Grundvergütung (PFG) ermöglichen, zu fördern. Die Abrechnung könnte dabei weiter auf Basis des neu vorgeschlagenen § 87 Absatz 2g erfolgen.

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) setzt sich zusammen aus:

Akkreditierte Labore in der Medizin e.V. (ALM), Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO), Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA), Bundesverband der Belegärzte e.V. (BdB), Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI), Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA), Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V. (BNC), Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD), Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. (BVDH), Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BvDU), Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND), Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (bng), Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO), Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO), Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Bundesverband der Pneumologen (BdP), Bundesverband für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (BDPM), Berufsverband der Rehabilitationsärzte Deutschlands e.V. (BVPRM), Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V. (BDRh), Deutscher Facharztverband (DFV), Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP), Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG), Berufsverband Niedergelassener Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO), Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V. (BDNukl), Berufsverband Deutscher Neurochirurgen e.V. (BDNC), Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e. V. (DGPRÄC).

Assoziierte Mitglieder: Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. (NAV-Virchow-Bund).