



Stellungnahme des Marburger Bund-Bundesverbandes

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21.10.2014

(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

**Reinhardtstraße 36
10117 Berlin
Tel. 030 746846 – 0
Fax 030 746846 – 16
bundesverband@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de**

Berlin, 10. November 2014

I. Vorbemerkung

Der Marburger Bund sieht in dem vorliegenden Referentenentwurf einige grundsätzlich positive Ansätze, die der Verbesserung der Versorgung dienen und dem Patienten nutzen.

Einige Regelungen des Referentenentwurfs mit der Intention, den Ärztemangel in unterversorgten Gebieten beheben zu wollen, sehen jedoch lediglich eine Umverteilung des Mangels vom vertragsärztlichen in den Krankenhausbereich vor, ohne die Ursachen des Ärztemangels anzugehen.

So wird der drohende Mangel an Allgemeinmediziner durch den bereits existierenden Mangel an Ärzten in Krankenhäusern verstärkt. Nur wenn dieser schon heute evidente Mangel beseitigt wird, werden genügend Mediziner den Weg in die hausärztliche Versorgung finden. Ohne Verbesserung der Arbeits- und auch Weiterbildungsbedingungen sowohl in Krankenhäusern wie in Praxen ist eine Sicherstellung der medizinischen Versorgung auf Dauer nicht möglich. Insgesamt bedarf es dringend einer Ausbildungs-offensive in den Gesundheitsberufen. Im ärztlichen Bereich stehen im Jahr 2014 nur knapp 9000 statt der 16000 Studienplätze, die es nach der Wiedervereinigung durch Hinzutreten mehrerer Fakultäten mindestens hätten sein müssen, zur Verfügung.

Der Marburger Bund sieht Regelungen des Referentenentwurfs kritisch, die zum Aufbau neuer bürokratischer Strukturen mit weiteren Kosten führen und deren Nutzen für eine Verbesserung der Patientenversorgung fraglich ist. Eine Überregulierung der Versorgungsprozesse anstelle besserer Spielräume für besondere fachliche Kompetenz und Versorgungssicherheit lehnt der Marburger Bund ab. Hierdurch wird weder die Versorgung gestärkt noch das Problem der strukturellen Unterversorgung gelöst.

Den beabsichtigten Innovationsfonds sieht der Marburger Bund in der vorliegenden Form und Ausgestaltung problematisch und erachtet ihn letztlich nicht für zielführend.

Der Marburger Bund begrüßt grundsätzlich die Intention des Gesetzgebers, die Vergabe von Facharztterminen zu beschleunigen. Allerdings erscheint der Aufkauf von Facharzt-sitzen auf der anderen Seite dazu als widersprüchlich.

Der Marburger Bund unterstützt grundsätzlich die Inanspruchnahme einer ärztlichen Zweitmeinung als Anspruch des Versicherten, soweit das Verfahren praktikabel ist und für den Patienten keine zusätzliche Belastung darstellt.

Auch nach Meinung des Marburger Bundes könnte die Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante ärztliche Versorgung in strukturschwachen Gebieten helfen, die medizinische Versorgung da sicherzustellen, wo sich künftig nicht mehr genug Fachärzte in freier Praxis finden. Insgesamt lösen die hierzu im Referentenentwurf vorgesehenen Regelungen das eigentliche Problem des (Fach-) Ärztemangels ambulant wie stationär aber nicht in dem erforderlichen Maße.

Bei einer Erweiterung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser muss auch berücksichtigt werden, dass Ärzte und Pflegekräfte im Krankenhaus angesichts einer ohnehin dünnen und vielfach unzureichenden Personaldecke dadurch zusätzlich belastet werden.

Weiterhin sind Regelungen erforderlich, die Planungssicherheit für die Anstellung zusätzlichen Personals geben und deren Finanzierung ermöglichen. Dazu muss aber das Geld der ambulanten Leistung folgen. Ohne eine kostendeckende Finanzierung ist auch eine Ausweitung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten durch Krankenhäuser nicht vertretbar.

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz sollen die Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses abermals erweitert werden. Der Marburger Bund sieht die zunehmende Bündelung von grundlegenden Aufgaben der Versorgungssteuerung im Gemeinsamen Bundesausschuss kritisch. Angesichts seiner Zusammensetzung und der widerstreitenden Interessen der einzelnen „Bänke“ ist fraglich, ob der Gemeinsame Bundesausschuss ein sinnvolles Instrument zur Gestaltung der ärztlichen Versorgung ist. In jedem Fall sieht der Marburger Bund bei der bestehenden Zusammensetzung die Belange der Ärzteschaft nicht ausreichend berücksichtigt.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen

Zu Artikel 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 5 (§ 27b-neu SGB V): Zweitmeinung

Der Marburger Bund unterstützt grundsätzlich die Inanspruchnahme einer ärztlichen Zweitmeinung als Anspruch des Versicherten, soweit das Verfahren praktikabel ist und für den Patienten keine zusätzliche Belastung darstellt.

Aus unserer Sicht ist allerdings nicht verständlich, warum Versicherten nur für vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festzulegende „mengenanfällige“ Indikationen einen Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung haben sollen. Auch bei anderen planbaren Eingriffen möchten sich Patienten ggf. durch eine ärztliche Zweitmeinung eine breitere Entscheidungsgrundlage verschaffen. Die Regelung scheint mehr von der Absicht der Mengensteuerung und Kosteneinsparung als von der Verbesserung der Patienteninteressen getragen, zumal bereits nach der bisherigen Rechtslage ein uneingeschränkter Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung besteht.

Hinsichtlich der vom G-BA festzulegenden Anforderungen an die Zweitmeinung ist klarzustellen, dass es sich immer um eine ärztliche Zweitmeinung handeln muss. Maßstab

für Anforderungen an die fachliche Qualifikation von Ärzten ist dabei die (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer.

Einer Änderung bedarf zudem das in Absatz 5 beschriebene Verfahren:

Zum einen ist eine Aufklärungspflicht des Arztes gegenüber dem Versicherten über das Recht zur Einholung einer Zweitmeinung mit Blick auf die im Patientenrechtegesetz normierte Aufklärungspflicht (§ 630e BGB) irreführend. Wenn überhaupt kann Ärzten hier nur eine Informationspflicht auferlegt werden. Die Formulierung in Absatz 5 Satz 1 ist daher zu ändern.

Zum anderen ist ein Zeitraum von 10 Tagen vor einem geplanten Eingriff zur Einholung einer Zweitmeinung weder sinnvoll noch praktikabel. Sinnvoll kann das Einholen einer ärztlichen Zweitmeinung doch nur vor der Terminierung eines Eingriffs sein und nicht erst, wenn der Termin für den Eingriff bereits feststeht. Ganz abgesehen davon stellt sich die Frage, wie schnell das Einholen einer ärztlichen Zweitmeinung angesichts der begrenzten Anzahl der hierfür zur Verfügung stehenden Ärzte überhaupt möglich ist. Unklar ist nämlich, wie für die Abgabe einer ärztlichen Zweitmeinung geeignete Leistungserbringer in das Verfahren („Gutachterpool“) einbezogen werden sollen. Zu befürchten steht, dass hohe bürokratische Anforderungen des G-BA keinen positiven Einfluss auf die Bereitschaft zur Mitwirkung haben werden.

Zu Nummer 6 und 39 (§ 39 Absatz 1a, § 115 SGB V): Entlassmanagement

Der Marburger Bund begrüßt grundsätzlich die im Rahmen des Entlassmanagements vorgesehenen erweiterten Verordnungsmöglichkeiten der Krankenhäuser.

Hinsichtlich der medikamentösen Weiterversorgung besteht allerdings Nachbesserungsbedarf in Bezug auf den Umfang der Verordnung. Die im Referentenentwurf vorgesehene Möglichkeit, dass Krankenhäuser künftig ein Rezept in kleinster Packungsgröße für den Patienten ausstellen dürfen, führt zum Mehraufwand beim Patienten oder seinen Angehörigen und ist mit zusätzlichen Kosten und unnötiger Verunsicherung verbunden, weil der Patient u.U. innerhalb von vier Tagen wegen derselben Indikation drei verschiedene Medikamente einnehmen muss.

Die medikamentöse Weiterversorgung bei Entlassung sollte aus unserer Sicht so geregelt werden, dass die Medikation bis zur nächsten Öffnungszeit des Haus- oder Facharztes aus Beständen des Krankenhauses sichergestellt werden kann, ohne dass den Krankenhäusern daraus finanzielle Nachteile entstehen. Dies würde insbesondere für diejenigen Patienten eine Verbesserung darstellen, die vor Wochenenden und Feiertagen aus dem Krankenhaus entlassen werden oder nur eingeschränkt mobil sind.

Grundsätzlich ist dies nach den Landesverträgen nach § 115 SGB V schon derzeit möglich, wird aber wegen der fehlenden Gegenfinanzierung in der Praxis nicht gelebt. Eine aktuelle Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) zum Entlassmanagement bestätigt, dass eines der größten Probleme in der Anschlussversorgung

mit Medikamenten die fehlenden Verordnungsmöglichkeiten des Krankenhausarztes und die fehlende Finanzierung bei Mitgabe darstellt. Dies gilt für ambulant in Notaufnahmen behandelte Patienten analog. +

Zu Nummer 18 (§75 SGB V) – Terminservicestellen und ambulante Notfallbehandlung

Zu Buchstabe b (§ 75 Abs. 1a – neu) Terminservicestellen

Der Marburger Bund begrüßt grundsätzlich die Intention des Gesetzgebers, die Vergabe von Facharztterminen zu beschleunigen. Die vorgesehene Regelung enthält jedoch Widersprüche und wirft folgende Probleme auf:

Angestrebt wird ein, insbesondere für die Patienten, möglichst unbürokratisches Verfahren. Hierzu passt schon nicht das Überweisungserfordernis im Regelfall, das den Versicherten dazu zwingt, zunächst einen Hausarzt aufzusuchen. Auch die Vielzahl unbestimmter Rechtsbegriffe im neuen § 75 Abs. 1a SGB V, deren Konkretisierung man der Selbstverwaltung überlassen möchte, und konsekutiv die Vielzahl potentieller Streitfragen über deren Auslegung, lässt kein reibungsloses Verfahren erwarten. Die Einrichtung der Terminservicestellen selbst als neue Einheit innerhalb des KV-Systems stellt bereits einen Bürokratieaufbau dar.

Entgegen der Ausführungen in der Begründung des Referentenentwurfs kann je nach Ausgestaltung des Terminvergabesystems aus unserer Sicht sehr wohl auch eine indirekte Einschränkung der freien Arztwahl vorliegen. Sollten künftig freie Termine prioritär über die Servicestellen verteilt werden, wird sich dies auf diejenigen Versicherten, die einen klaren Wunsch hinsichtlich der Person ihres Facharztes haben und diesen Arzt selbst kontaktieren, mit einer längeren Wartezeit negativ auswirken, so dass sich für sie die Situation durch die Neuregelung eher noch verschlechtert.

Völlig unklar ist, nach welchem System die Leistungserbringer in der vertragsärztlichen und stationären Versorgung bei der Terminvergabe herangezogen werden sollen. Alle Konkretisierungen finden durch die Bundesmantelvertragspartner statt, nur „bei Bedarf der Beteiligten auf Landesebene“ können dreiseitige Vereinbarungen nach § 115 SGB V, an denen auch die Krankenhäuser beteiligt werden, geschlossen werden. Die Zulässigkeit einer solchen Regelung zu Lasten eines eigentlich nicht leistungspflichtigen Dritten ohne seine direkte Beteiligung ist fraglich, so dass zumindest dreiseitige Verträge als zwingendes Erfordernis normiert werden sollten.

Grundsätzlich wird die weitere Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen und die Möglichkeit von Anschlussbehandlungen für Versicherte, die ihren ersten Termin in einer Klinik wahrnehmen, begrüßt, wenn die Krankenhäuser auch entsprechend finanziell ausgestattet werden – was derzeit nicht der Fall ist.

Zu Buchstabe b (§ 75 Abs. 1a – neu) ambulante Notfallbehandlung

Die neue Regelung des § 75 Abs. 1b SGB V zu den Rahmenbedingungen der ambulanten Notfallbehandlung hat ähnliche Schwachstellen wie Abs. 1a. Zum einen ist es widersinnig, wenn man Krankenhäuser in eine regelhafte Kooperation mit den Vertragsärzten zwingt, um letztere „von den Bereitschaftsdiensten zu entlasten“, gleichzeitig aber den Sicherstellungsauftrag allein bei den Kassenärztlichen Vereinigungen belässt. Bereits jetzt fangen Klinikambulanzen nicht nur Engpässe im vertragsärztlichen Notdienst ab, sondern versorgen daneben in ihren Notfallambulanzen auch eine Vielzahl von „regulären“ Patienten, wenn deren eigentlich behandelnder Arzt nicht verfügbar ist. Auf all diese Versicherten ist die personelle und sächliche Ausstattung der Notfallambulanzen nicht ausgerichtet. Diese Entwicklung geht zu Lasten der eigentlichen Notfallpatienten, die dann nicht adäquat versorgt werden. Daneben führt der Ressourcenmangel zu langen Wartezeiten sowie zu überlastetem Personal.

Völlig außer Acht gelassen wird nach wie vor die Tatsache, dass die Vergütungsform des EBM, die sich an den fallbezogenen Kosten in Arztpraxen orientiert, die im stationären Bereich entstehenden Durchschnittskosten nicht deckt, und dass die Krankenhäuser weder an Kostenermittlungen noch an Budgetverhandlungen zwischen Kassen und KVen im Bereich Notfallversorgung ambulanter Patienten beteiligt sind. Wir halten daher eine Ergänzung der Vorschrift durch eine Regelung, die für eine kostendeckende sowie qualitäts- und sachgerechte Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen an Kliniken sorgt, sowie einen gemeinsamen Sicherstellungsauftrag für unabdingbar.

Hinzu kommt weiterhin, dass nach den Erfahrungen des Marburger Bundes die Notdienste der KV, die von angestellten Ärzten in Medizinischen Versorgungszentren und Praxen geleistet werden, wie im Krankenhaus unter der Woche im Anschluss an die Regelarbeitszeit sowie an Wochenenden und Feiertagen im Rahmen von 24-Stunden-Diensten stattfinden. Dies bedeutet in den meisten Fällen einen Verstoß gegen das Arbeitszeitgesetz, da es im ambulanten Bereich im Gegensatz zum stationären Sektor eine entsprechende tarifliche Grundlage für die Überschreitung der zulässigen täglichen Höchstarbeitszeit im Sinne einer Tariföffnungsklausel nach § 7 Abs. 1 Arbeitszeitgesetz (Opt-Out) bisher nicht gibt.

Im Ergebnis löst die neue Regelung in der vorgesehenen Form das eigentliche Problem des (Fach-) Ärztemangels ambulant wie stationär nicht, sondern verschleiert es nur durch Verfahrensregelungen, deren Beitrag zur Lösung der Probleme mehr als zweifelhaft ist.

Zu Nummer 20 (§76 SGB V) – Facharztstandard ambulante Notfallbehandlung

Unabhängig hiervon begrüßt der Marburger Bund ausdrücklich die in der Begründung zu Nummer 20 / § 76 SGB V festgehaltene Feststellung, dass eine ambulante fachärztliche Behandlung innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung, zumindest im Krankenhaus, keinen Facharztstatus, sondern Facharztstandard erfordert. Dies trägt den tatsächlichen Gegebenheiten der vielfachen selbständigen Leistungserbringung durch in der Weiterbildung befindliche Ärzte stationär wie ambulant Rechnung.

Zu Nummer 19 (§ 75a SGB V) – Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Der Marburger Bund begrüßt die Absicht des Gesetzgebers, die Regelungen zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin rechtssicherer auszugestalten sowie die Anzahl der mindestens zu fördernden Stellen zu erhöhen. Aber auch hier greifen die vorgeschlagenen Regelungen zu kurz.

Der drohende Mangel an medizinischer Versorgung durch Hausärzte gerade in strukturschwachen, ländlichen Regionen macht es notwendig, die Attraktivität des Berufsweges zu erhöhen und die Weiterbildung für hausärztliche Aufgaben gezielt zu fördern. Die bisherige Förderpraxis in der Allgemeinmedizin war ein Schritt in die richtige Richtung, wengleich vom sonst üblichen Grundsatz, dass Ärzte in der Weiterbildung für ihre geleistete Arbeit zu vergüten und nicht zu alimentieren sind, abgewichen wurde.

Zentrale Schwächen und Probleme des Förderprogramms konnten jedoch bislang nicht behoben werden. So sind Ärzte, die sich in Praxen von niedergelassenen Ärzten allgemeinmedizinisch qualifizieren wollen, trotz dieser Förderung in der Regel finanziell deutlich schlechter gestellt als ihre Kollegen im Krankenhaus.

Gründe dafür liegen – wie in der Begründung des Referentenentwurfs ausgeführt – insbesondere darin, dass Weiterbildungsstellen ihrer Verpflichtung, den Förderbetrag auf die im Krankenhaus gezahlte Vergütung anzuheben und an die Weiterzubildenden auszusahlen, in der Vergangenheit nicht immer nachgekommen sind.

Der Marburger Bund begrüßt daher grundsätzlich die Absicht, die Förderverpflichtung dem Grunde und der Höhe nach gesetzlich zu verankern, um zu vermeiden, dass der in der Weiterbildung für Allgemeinmedizin vorgesehene Wechsel von der Klinik in die Praxis mit finanziellen Einschnitten verbunden ist. Denn die von in Weiterbildung befindlichen Ärzten geleistete ärztliche Arbeit ist untrennbarer Bestandteil der medizinischen Gesamtleistung der weiterbildenden Institution. Diese ist damit einerseits in der Lage, eine den Qualitätsstandards der Ärztekammern entsprechende Weiterbildung anzubieten, andererseits aber gleichzeitig auch in der Erbringung ihrer medizinischen Gesamtleistung zwingend auf die Arbeitsleistung der in Weiterbildung befindlichen Ärzte angewiesen. Deren Leistung ist unverzichtbarer Bestandteil der Versorgung der Bevöl-

kerung. Dies gilt ebenso für Ärzte, die sich im ambulanten Sektor in der Weiterbildung befinden.

Die Finanzierung der ärztlichen Arbeit der in der Weiterbildung befindlichen Ärzte ist untrennbarer Teil der Gesamtfinanzierung der medizinischen Leistungen der weiterbildenden Institution. Deshalb ist der Marburger Bund der Auffassung, dass der Zielsetzung des Gesetzgebers besser Rechnung getragen werden kann, wenn die Vergütung in der ambulanten Weiterbildungsstätte zukünftig auf Grundlage eigener tarifvertraglicher Regelungen erfolgt.

Zumindest aber muss § 75 a Abs. 1 Satz 4 SGB V den tarifvertraglichen Vergütungsmaßstab der stationären Versorgung explizit formulieren. In § 75a Abs. 1 SGB V des Referentenentwurfs heißt es: „Die Förderung ist von der Weiterbildungsstelle auf die im Krankenhaus übliche Vergütung anzuheben und an den Weiterzubildenden in voller Höhe auszuzahlen.“ Der Begriff „übliche Vergütung“ bedarf der Auslegung, so dass in der Praxis die Auslegungsfragen und damit das Streitpotential vorgezeichnet sind. Lediglich in der Begründung führt der Referentenentwurf aus, dass die tarifvertraglichen Regelungen im Bereich der stationären Versorgung Maßstab für eine angemessene Vergütung sein sollen. Der Maßstab der tarifvertraglichen Regelungen sollte dann aber auch im Gesetzestext selbst explizit genannt werden.

Statt der Formulierung: *„... auf die im Krankenhaus übliche Vergütung anzuheben und an den Weiterzubildenden in voller Höhe auszuzahlen.“* sollte daher im Sinne der Begründung formuliert werden: *„... die im Krankenhaus gültigen tarifvertraglichen Regelungen auf den Weiterzubildenden anzuwenden, insbesondere die gezahlte Vergütung auf die Tarifliche anzuheben und in voller Höhe an den Weiterzubildenden auszuzahlen.“*

Regelungen in einem Tarifvertrag beziehen sich ebenso auf Arbeitsbedingungen wie auf die Vergütung. Auf die vorgeschlagene Weise kann für den Arzt sichergestellt werden, während der Weiterbildung auch in der Praxis die gleichen tariflichen Bedingungen wie im Krankenhaus vorzufinden.

Klarzustellen wäre ebenfalls, dass eine Einbehaltung der im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses zu leistenden Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung vom Förderzuschuss nicht zulässig ist und der monatliche Eigenanteil der Weiterbildungsstelle an den Gehaltsaufwendungen das zu zahlende Bruttogehalt zzgl. Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung, sowie Zusatzversicherungen im öffentlichen und freigemeinnützigen Dienst umfasst.

Schließlich vermisst der Marburger Bund eine gesetzliche Regelung, mit der die Einhaltung der von der Weiterbildungsstelle einzuhaltenden tariflichen Regelungen sichergestellt werden soll. Diese Aufgabe weiterhin der Förderregelung der Selbstverwaltungspartner zu überlassen sehen wir kritisch. Eine Anstellung aus einer Hand im Sinne einer Verbundweiterbildung wäre eine Möglichkeit.

Zu Nummer 22 (§ 79c SGB V) – Verpflichtende Einrichtung von beratenden Fachausschüssen für angestellte Ärztinnen und Ärzte

Der Marburger Bund sieht die Verpflichtung von KBV und KVen, Fachausschüsse für angestellte Ärzte einzurichten, als positiven ersten Schritt hin zu einer besseren Repräsentierung dieser Gruppe in der vertragsärztlichen Selbstverwaltung. Die Zahl angestellter Ärzte im ambulanten Sektor hat sich bei stetig steigender Tendenz auf mittlerweile 22 304 (von insgesamt 145 933 ambulant tätigen Ärzten) erhöht, so dass ihr Anteil 2013 bei über 15 % lag und somit fast jeder sechste im ambulanten Bereich in einem Angestelltenverhältnis arbeitet.

Diesen Trend sollte nicht nur die Einrichtung von Fachausschüssen, sondern auch die Besetzung aller anderen Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere der Vertreterversammlungen widerspiegeln, so dass der Marburger Bund eine verpflichtende Quote, die sich am Verhältnis angestellte Ärzte zu selbständigen Vertragsärzten orientiert, vorschlägt.

Dies ist nicht zuletzt deswegen dringend erforderlich, weil die angestellten Ärzte im ambulanten Sektor bisher nicht wie die angestellten Ärzte im stationären Bereich gewerkschaftlich vertreten sind. Jeder Einzelne muss seine Arbeits- und Vergütungsbedingungen individuell mit dem jeweiligen Arbeitgeber aushandeln. Daher müssen die angestellten Ärzte zumindest die gesicherte Möglichkeit haben, über die Gremien der Selbstverwaltung auf die Rahmenbedingungen des Versorgungsbereichs, in dem sie tätig sind, in ihrem Sinne Einfluss zu nehmen. Andernfalls würde auch die Pflichtmitgliedschaft in der KV und die Erstreckung aller vertragsärztlichen Regelungen auf die angestellten Ärzte wenig Sinn machen.

Zu Nummer 29 (§ 92a, § 92b SGB V): Innovationsfonds

Den beabsichtigten Innovationsfonds sieht der Marburger Bund in der vorliegenden Form und Ausgestaltung problematisch und erachtet ihn letztlich nicht für zielführend.

Zur Förderung von Innovationen und der Versorgungsforschung soll ab dem Jahr 2016 beim Gemeinsamen Bundesausschuss ein Innovationsfonds geschaffen werden, für den jährlich insgesamt 300 Millionen Euro von den Krankenkassen und aus dem Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt werden.

Der Marburger Bund unterstützt die Intention des Gesetzgebers, die Versorgungsforschung in Deutschland zu befördern, um fundierte Erkenntnisse zum Versorgungsstand - wie zum Beispiel Über-, Unter- und Fehlversorgung - und zum Weiterentwicklungsbedarf der Versorgung zu erlangen. Die dafür aus dem Innovationsfonds vorgesehenen jährlichen Fördermittel in Höhe von 75 Millionen Euro erachten wir jedoch als unzureichend und der Bedeutung von Versorgungsforschung nicht angemessen.

Seit Jahren wird die Versorgungsforschung im deutschen Gesundheitssystem auch von der Ärzteschaft als notwendig angemahnt. Der Deutsche Ärztetag hat mehrfach den Aufbau einer wissenschaftlich fundierten Versorgungsforschung in Deutschland gefordert und seine Bereitschaft erklärt, sich daran zu beteiligen. Wir verweisen insoweit auf das im Jahr 2005 vom Deutschen Ärztetag beschlossene Rahmenkonzept zur Förderung der Versorgungsforschung.

Den Innovationsfonds mit den darin für Innovationen vorgesehenen Mitteln halten wir für problematisch. Angesichts einer zu erwartenden Vielzahl von Anträgen besteht die Gefahr, dass eine Steuerung über hohe Auswahlkriterien erfolgen wird. Dies lässt langwierige Verfahren und ein hohes Streitpotenzial erwarten.

Schließlich regen wir an zu prüfen, ob der Verwaltungsaufwand, der im Zusammenhang mit der Einrichtung des Innovationsfonds in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgelöst wird, angemessen ist. Wir haben Zweifel, ob für die Verwaltung des Innovationsfonds neue Strukturen beim G-BA (Innovationsausschuss) einschließlich zusätzlichen Personalaufwands beim G-BA (eigenständige Geschäftsstelle) und dem BMG (Mitglieder Innovationsausschuss) notwendig sind.

Zumindest sollten bereits vorhandene Strukturen und Kompetenzen zur Versorgungsforschung mit in die geplante Gesetzgebung mit einbezogen werden. Immerhin werden zur Finanzierung die Gelder der Versicherten und Reserven aus dem Gesundheitsfonds verwendet.

Zu Nummer 30 und 35 (§§ 95, 106a SGB V) – Medizinische Versorgungszentren

Der Marburger Bund sieht in der Stärkung kooperativer Versorgungsstrukturen und auch des Modells der Medizinischen Versorgungszentren eine Investition in die Zukunft der medizinischen Versorgung. Daher begrüßt er sowohl die neue Möglichkeit, arztgruppen-gleiche MVZ zu gründen, als auch die Einbeziehung von Kommunen in den Kreis der zulässigen Gründer. Dies trägt sowohl der wachsenden Bedeutung der MVZ bei der Versorgung ländlicher Regionen wie auch ihrer Funktion als attraktiver Arbeitgeber für den ärztlichen Nachwuchs Rechnung.

Ein Problem sieht der Marburger Bund allerdings in der neuen Vorschrift des § 95 Abs. 3 Satz 4 SGB V zu den durch KV-Satzung nach § 81 Abs. 5 SGB V zu regelnden Sanktionsmaßnahmen. Diese sollen analog für die angestellten Ärzte, die Mitglieder der KV sind und also einen mindestens hälftigen Versorgungsauftrag haben, gelten. Nach unseren Erfahrungen liegt die Frage, ob die Ärzte den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag erfüllen und ihren vertragsärztlichen Pflichten nachkommen können, zumindest bei einer Anstellung in einem Krankenhaus-MVZ oft nicht in ihrer Hand, sondern in der ihres Arbeitgebers, der über sein Direktionsrecht maßgeblichen Einfluss auf ihren zeitlichen Einsatz in Klinik und MVZ hat. Insofern sollte klargestellt werden, dass hier bei einer Verletzung vertragsärztlicher Pflichten Adressat der

Sanktionen nicht der angestellte Arzt selbst, sondern nur das MVZ als Zulassungsinhaber und Arbeitgeber sein kann.

Der Marburger Bund begrüßt die neuen Regelungen zur Angleichung der Rahmenbedingungen für Vertragsärzte und MVZ, insbesondere hinsichtlich der Plausibilitätsprüfungen in § 106a SGB V.

Zu Nummer 40 (§ 116a SGB V): Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung

Eine Pflicht zur Erteilung der Ermächtigung – wie im Referentenentwurf vorgesehen – befördert die Teilnahme von Krankenhäusern aus Sicht des Marburger Bundes nicht.

Die Anwendung des § 116a SGB V setzt nach wie vor die Feststellung von Unterversorgung in einem Fachgebiet durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen voraus. Zudem wird durch die geplante Änderung das Problem von Dauer und Umfang der Ermächtigung (Befristung und räumlich-fachliche Beschränkung) nicht gelöst.

Im Falle einer Institutsermächtigung bestimmt und verantwortet das Krankenhaus, welcher angestellte Krankenhausarzt die vertragsärztliche Versorgung durchführt. Ohne ein Mindestmaß an Planungssicherheit hinsichtlich der Dauer der Institutsermächtigung wird das Krankenhaus hierzu kein zusätzliches ärztliches Personal einstellen. Die ambulanten Leistungen werden im Rahmen der Ermächtigung von den vorhandenen Krankenhausärzten in der Regel also zusätzlich erbracht werden müssen. Dies wird sich mit einer ohnehin knappen Personaldecke in den Krankenhäusern nur schwer realisieren lassen.

Zu Nummer 41 (§ 116b SGB V) Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Zu Buchstabe b

Der Gesetzgeber beabsichtigt, Qualität als Kriterium für die Teilnahmeberechtigung an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung weiter zu stärken, indem dem G-BA gesetzlich vorgegeben werden soll, die entsprechenden Arbeitsergebnisse des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a bei der Regelung der sächlichen und personellen sowie sonstigen Qualitätsanforderungen an die spezialfachärztlichen Leistungserbringer einzubeziehen.

Die Einbeziehung der Ergebnisse eines neutralen wissenschaftlichen Instituts kann aus Sicht des Marburger Bundes helfen, die zunehmend gerade beim § 116b SGB V festzustellende bürokratische Überregulierung abzubauen, die Ärzte von der Erfüllung ihrer eigentlichen Aufgabe abhält, ihre hervorragende fachliche Erfahrung in schwierigsten Behandlungssituationen einzubringen.

Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung müssen auf die Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung im Rahmen des § 116b SGB V gerichtet sein. Sie dürfen auf keinen Fall als Mittel zur Behebung von Finanzierungsproblemen oder zur Strukturbereinigung missbraucht werden.

Zu Buchstabe c

Der Marburger Bund begrüßt einen vorgesehenen dauerhaften Bestandsschutz für Krankenhäuser, die an der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V in der bis zum 31. 12.2011 geltenden Fassung teilnehmen, um weiterhin eine kontinuierliche Versorgung der Patienten durch die bisherigen § 116b Krankenhäuser zu ermöglichen. Hierdurch wird verhindert, dass sich die Versorgungssituation für die betroffenen Patienten verschlechtert. Dies gilt gerade für die spezialfachärztliche Versorgung onkologischer Patienten. Denn eine Vielzahl der genehmigten Anträge entfiel auf Zulassungen für die ambulante Versorgung bei onkologischen Erkrankungen.

Zu Nummer 42 (§ 117 SGB V): Hochschulambulanzen

Zu Nummer 45 (§ 120 SGB V): Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

Die vorgesehene gesetzliche Ermächtigung und die Erweiterung des Ermächtigungsumfangs verbessern die Bedingungen der Hochschulambulanzen und tragen der Realität in der ambulanten Behandlung von Patienten mit schweren und komplexen Krankheitsbildern Rechnung.

Die oft erheblich unterfinanzierten Hochschulambulanzen stellen für viele Universitätskliniken ein großes Problem dar. Zudem ist die Finanzierung unterschiedlich geregelt. Die Reduzierung des Investitionskostenabschlags von 10% auf 5% wird vom Marburger Bund als hilfreich gewürdigt, löst das Problem aber nicht strukturell.

Davon unabhängig sollte der Investitionskostenabschlag vollständig bei allen ambulanten Krankenhausleistungen einschließlich der ambulanten Notfallleistungen gestrichen werden.

Zu Nummer 50 (§ 134a SGB V)- Regressausschluss Hebammen

Der Marburger Bund schließt sich grundsätzlich der Auffassung an, dass die Haftpflichtversicherungsproblematik im deutschen Heilwesen einer Lösung bedarf. Die mit dem Referentenentwurf vorgestellte Inselfösung für freiberufliche Hebammen und Entbindungspfleger greift aus unserer Sicht jedoch viel zu kurz.

Seit geraumer Zeit ist bekannt, dass ähnliche Probleme in der Prämienentwicklung sowohl im Bereich der Betriebshaftpflichtversicherungen der Krankenhäuser wie auch bei den Berufshaftpflichtversicherungen der Ärzte bestehen. Mehrere große Versicherer haben sich vom Markt ganz zurückgezogen, die Prämienhöhungen der verbliebenen

liegen bei bis zu 50 % im Bestand, bei Neuverträgen sogar bis zu 100 % und darüber. Betroffen sind die Hochrisikodisziplinen, und hier nicht nur die Geburtshilfe, sondern auch die schneidenden Fächer.

Insofern widersprechen wir ausdrücklich der Aussage in der Begründung des Referentenentwurfs, bei anderen Berufsgruppen sei „weder eine akute Bedrohung des Versicherungsmarktes zu beobachten“, noch nehme die Prämienhöhe einen vergleichbaren Anteil an der Gesamtvergütung ein. Punktuelle, auf einzelne Berufsgruppen bezogene Lösungsversuche helfen hier langfristig nicht weiter.

Vor dem Hintergrund, dass die gesamte Gesundheitswirtschaft ein Hochrisikobereich ist, bedeuten mehr Patientenrechte auch einen höheren Schadenaufwand und steigende Versicherungsprämien. Krankenhäuser und die Gesundheitsberufe haben aber nicht – wie andere Risikobranchen, z.B. die Chemie – die Möglichkeit, ihre Risikokosten auf ihren Preis umzulegen. Folglich müssen steigende Versicherungskosten auf anderem Wege, insbesondere über personelle Einsparungen und mehr Leistungserbringung, refinanziert werden. Dies trägt weder zur Patientensicherheit noch zur Zufriedenheit und Motivation des Personals in Krankenhäusern und der selbständig Tätigen bei.

Aus Sicht des Marburger Bundes sollte eine nachhaltige Gesamtlösung für die ganze Branche erarbeitet werden. Dabei ist der Ausschluss von Regressen der Sozialversicherungsträger nur eine der denkbaren Möglichkeiten.

Zu Nummer 54 (§ 137h SGB V): Bewertung NUB mit Medizinprodukten der Risikoklassen IIb und III

Die Vereinbarung eines Entgelts für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Entgelt) soll bei der Anwendung von Medizinprodukten hoher Risikoklassen zukünftig von einer frühen Nutzbewertung abhängig gemacht werden. Auch wenn die Intention des Gesetzgebers nachvollziehbar ist und vom Ansatz her eine grundsätzliche Berechtigung hat, sind in der Umsetzung langwierige bürokratische Verfahren zu befürchten. Darin sehen wir eine Hürde für den Eingang von Innovationen in die Versorgung und damit letztlich eine Einschränkung der ärztlichen Therapiemöglichkeiten.

Zu Nummer 57 (§ 140a SGB V): Besondere Versorgung

Der Marburger Bund wiederholt seine grundsätzlich ablehnende Haltung gegenüber selektiven Vertragsstrukturen. Selektive Verträge stellen kein geeignetes Instrument zur dauerhaften Sicherstellung einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen stationären Versorgung dar. Vielmehr höhlen sie die Krankenhausplanung aus, schränken die Patientensouveränität ein und führen zu einem Rabattwettbewerb, der die Qualität verschlechtert und zu unerwünschten Brüchen im Versorgungsspektrum sowie der ärztlichen Aus- und Weiterbildung führen wird.

Unabhängig davon gibt der Marburger Bund zu bedenken, dass mit der geplanten Neuordnung der selektivvertraglichen Regelungen deren grundlegende Problematik ungelöst bleibt, nämlich die Umsetzung von Vertragsstrukturen parallel zur Regelversorgung. Bereits bei der Umsetzung der Regelungen zur integrierten Versorgung hat sich dies sowohl finanziell als auch strukturell als problematisch erwiesen. Zwar sind einzelne erfolgreiche Versorgungskonzepte entstanden, die jedoch nach unserer Kenntnis keinen Eingang in die Regelversorgung gefunden haben.

Zu Artikel 13 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Zu Nummer 1 und 2 (§§ 24, 32b Ärzte-ZV) Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Der Marburger Bund begrüßt die Anpassung der Regelungen in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte an die Erfordernisse der ärztlichen Anstellung in der ambulanten Versorgung. Wir regen jedoch an, zusätzlich zu der 6-Monats-Frist in § 32b Abs. 6 Ärzte-ZV neu eine Öffnungsklausel mit einem längeren Zeitraum für diejenigen Fallkonstellationen einzufügen, in denen der Arbeitgeber und Zulassungsinhaber nachweisen kann, dass es ihm trotz intensiver Bemühungen nicht gelungen ist, die Stelle in dieser Zeit neu zu besetzen. Eine solche „Härtefallregelung“ würde der derzeitigen Lage auf dem ärztlichen Arbeitsmarkt angemessen Rechnung tragen.

Die weibliche Form ist der männlichen Form in dieser Stellungnahme gleichgestellt; lediglich aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wurde in Teilen der Stellungnahme die männliche Form gewählt.