

**Stellungnahme der KVBW zum Abschnitt
„spezialärztliche Versorgung“ im Diskussionsentwurf der KBV
zu einem Gesetzgebungskonzept
für ein GKV-Versorgungsgesetz
– Eckpunkte, Thesen und Vorschläge – vom 23.03.2011 (KBV)**

**Die KBV will ein neues Bürokratie- und Organisationsmonster
einführen**

Das vorgelegte Gesetzgebungskonzept der KBV zur Einführung einer sogenannten spezialärztlichen Versorgungsebene im GKV-Versorgungsgesetz wird von den Fachärzten der KVBW entschieden abgelehnt.

Die KBV begründet diesen Schritt damit, dass dadurch zusätzliche extrabudgetäre Mittel ins System kommen würden. Die Fachärzte der KVBW begrüßen grundsätzlich Maßnahmen, die zu einer besseren Finanzierung des Systems führen, halten jedoch die Einführung einer weiteren Leistungsebene als Maßnahme dafür für völlig absurd. Ganz im Gegenteil wird befürchtet, dass das Ergebnis eher darin liegt, dass Mittel aus dem niedergelassenen Bereich in den stationären Sektor umverteilt werden.

1. Beispiel hierfür sind die in der Selbstverwaltung getroffenen Finanzierungsregelungen zur extrabudgetären Vergütung des ambulanten Operierens, die von den GKV-Spitzenverbänden beklagt werden (Urteil Berlin-Brandenburg, mit dem von der GKV gewünschten Resultat der Absenkung der Vergütung der niedergelassenen Fachärzte.
2. Ein weiteres Beispiel ist, dass die Notwendigkeit der Erbringung von Leistungen in Pflegeheimen durch niedergelassene Fachärzte nicht durch eine Aufstockung der hierzu entsprechenden erforderlichen Mittel bei ansteigender demografischer Morbidität finanziert wird, sondern erneut durch Umverteilung und Querfinanzierungen von den niedergelassenen Ärzten selbst finanziert wird.

Die Ergebnisse der Honorarpolitik der KBV begründen die Skepsis der niedergelassenen Fachärzteschaft, dass die Einführung einer dritten Versorgungsebene, der sogenannten spezialärztlichen Versorgung, erneut durch die Ärzte als solche finanziert wird, und das zu Lasten der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung bei bürokratischer Überregulierung des Gesamtsystems.

Angesichts der Tatsache, dass die spezialärztliche Versorgung nur bei Patienten mit besonders schweren Verlaufsformen spezieller Erkrankungen (s. § 116 b SGB V) vorgesehen ist, muss davon ausgegangen werden, dass nur insgesamt wenige Patienten diese spezialärztliche Versorgung benötigen. Der organisatorische Aufwand zur Neustrukturierung der fachärztlichen Versorgung steht weder qualitativ noch quantitativ in einem ausgeglichenen Verhältnis.

Die vorgesehene Einführung einer spezialärztlichen Versorgung wird zu einer Aufsplitterung der Fachärzteschaft im ambulanten Versorgungssystem führen. Es ist vorgesehen (**Seite 12**), „**dass der in der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt eine entsprechende Schwerpunktbezeichnung führt, oder eine für eine spezialisierte fachärztliche Versorgung vorgeschriebene Qualifikation nachweisen kann**“.

Dies bedeutet, dass die persönliche Erfahrung und Spezifikation zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung nicht berücksichtigt wird, sondern bürokratische Hindernisse, wie existierende Weiterbildungen sowie umständliche Anerkennungsverfahren überwunden werden müssen.

Inhaltlich bedeutet dies, dass die KBV von vornherein jedem niedergelassenen Facharzt die Fähigkeit abspricht, seine Leistungen (z. B. operativ) seinem Können anzupassen. Es wird ein Überregulierungsbedarf konstruiert, der den Vorwurf enthält, dass der Arzt Leistungen erbringt, von denen er weiß, dass er für diese nicht qualifiziert ist.

Das KBV-Papier beinhaltet eine systematische Abqualifizierung der heute tätigen Fachärzte!

Durch diese Überregulierung wird von vornherein ein Teil der fachärztlichen Kollegen aus diesem Versorgungssegment ausgeschlossen.

Erfahrungsgemäß bedingen Vorgaben des G-BA stets Rahmenbedingungen, die bei identischer Abgabequalität schon heute wegen der erforderlichen Strukturvoraussetzungen die niedergelassenen Ärzte benachteiligen (Überqualifikation auch strukturell). In der Konkurrenz zum Krankenhaus ist der Einzelarzt oder sind wenige Ärzte z. B. in einer Gemeinschaftspraxis verpflichtet, umfangreiche fachliche und strukturelle Qualifikationen anzubieten. Das Krankenhaus ist im Vorteil, diese Qualifikationen durch oft mehrere ärztliche Mitarbeiter anbieten zu können, wissend, dass der Facharztstandard an den Kliniken in der Regel nur formal juristisch eingehalten wird. Dies beruht auf der Tatsache, dass 60 % der im Krankenhaus angestellten Ärzte über keine vollumfängliche fachärztliche Qualifikation verfügen, da sie sich noch in Ausbildung befinden.

Die im Papier diskutierte Verlagerung stationärer Leistungen hat bereits heute stattgefunden, ohne dass die entsprechenden finanziellen Mittel zur Versorgung dieses Patientengutes in den ambulanten Bereich verlagert wurden. Die Versorgungsrealität zeigt, dass der im § 116 b SGB V genannte Patientenkreis heute überwiegend durch die Koordination der fachärztlichen Tätigkeit durch niedergelassene Ärzte qualitätsgesichert erbracht wird.

Die Versorgungsrealität bei besonders schweren Erkrankungen (z. B. metastasierender bösartiger Tumore) dokumentiert, dass die ambulante Betreuung dieses Patientenkreises durch eine feine Abstimmung zwischen niedergelassenen Haus- und Fachärzten, sowie ermächtigten Krankenhausärzten gut versorgt ist. In Teilbereichen der Ermächtigung sind jedoch Optimierungspotentiale zu mobilisieren, wie zum Beispiel:

- Erweiterung des Ermächtigungsumfangs für Therapie und Diagnostik, auch für Begleit- und Folgeerkrankungen (z. B. bildgebende Diagnostik am Krankenhaus im Rahmen einer onkologischen Medikation).

Die jetzt schon realisierte Verlagerung der Versorgung dieses Patientenklientels aus dem stationären in den ambulanten Bereich beweist, dass die Einführung einer **neuen** fachärztlichen Versorgungsebene **nicht notwendig ist**.

Die Abrechnung nach dem **DRG-System** für die qualifizierte fachärztliche Versorgung mit Fallpauschalen wird **abgelehnt**. In Angestelltenverhältnissen ergibt eine Fallpauschale Sinn. Die Leistungsvergütung im ambulant niedergelassenen Bereich muss bei mehreren Beteiligten (z. B. Operateur, Anästhesist) getrennte Vergütungsanteile aufzeigen, da bei Auszahlung von Fallpauschalen erneut innerärztliche Verteilungsprobleme zu erwarten sind. Die Vergütung der sogenannten spezialärztlichen Leistung durch das DRG-System belastet die innerärztliche Solidarität. Die Höhe der DRG-Vergütung kann, heruntergebrochen auf die einzelnen Fachgruppenanteile, zu einer Vergütungsorientierung, aber nicht zu einer Organisationsorientierung berücksichtigt werden.

Die „*Regelung zur Umsetzung der spezialärztlichen Versorgung*“ (Seite 20, ff.) dokumentiert, dass das Konzept der KBV **den Ausschluss weiter Kreise der bisher tätigen Fachärzteschaft vorsieht**, da „*geeignete Maßnahmen zur Förderung der stationsfachärztlichen Behandlung an besonders spezialisierten Ärztenetzen, Praxiskliniken, Belegabteilungen, Krankenhäusern*“ erfolgt und **damit der Einzelarzt, oder der einzelne Arzt auch in Gemeinschaftspraxen oder MVZ's von vornherein von der spezialisierten fachärztlichen Versorgung ausgeschlossen werden soll**.

In Bezug auf die „*Vereinbarung eines Kapitels für spezialärztliche Leistungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) (Seite 22, ff.)*“ ist anzumerken, dass spezialärztliche Leistungen, zumindest für den Bereich des ambulanten Operierens, heute schon im Kapitel 31 des EBM, ff. dokumentiert sind. In der Regel sollen diese extrabudgetär vergütet werden (wie auch die belegärztlichen Leistungen im Kapitel 36 EBM). Die angestrebte Vergütung in festen Eurobeträgen ist zu begrüßen.

Die übrigen, auf Seite 17 und 18 des Papiers genannten, hochqualifizierten fachärztlichen Leistungen können dem Kapitel 31 zugeordnet werden. Ggf. kann das Kapitel 31 um diese Leistungen ergänzt werden, so dass die beklagte Regelungsvielfalt nicht mehr existiert.

Eine **Bereinigung** der Kapitel 31 und 36 um die Leistungen des Kapitels für die spezialärztliche Versorgung entfällt, da die Notwendigkeit einer Herauslösung der sogenannten spezialärztlichen Versorgung aus der fachärztlichen Grundversorgung nicht notwendig erscheint (s. Einleitung).

Die Vergütung spezialärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zu finanzieren, ist richtig. Die seit Jahrzehnten anhaltende Realität in der ambulanten Versorgung dokumentiert, dass das Erbringen höher qualifizierter Leistung durch Fachärzte bei steigenden Kosten zu keiner adäquaten Honorierung geführt hat. Es ist nicht erkennbar, warum die **Neudefinition** dieses schon heute stattfindenden Versorgungsgeschehens zu einer höheren Vergütung führen soll. Diese Leistungen werden heute schon - bei stets durch die Kostenträger blockierter Besservergütung - hochqualifiziert erbracht.

Die Übernahme von DRG-Grundpauschalen (Komplettpauschale minus ärztliche Leistung) bei Privatpatienten in Praxiskliniken (GOAE) wird abgelehnt, da es ein Recht des Selbstständigen ist, bei Verträgen zwischen Arzt und Patienten (im Gegensatz zur GKV) den finanziellen Rahmen zu definieren. Ein einheitlicher Rahmen bei privat versicherten Patienten ist nicht zu akzeptieren.

Die „Vereinbarung von **Investitionspauschalen** für die kurzstationäre spezialärztliche Behandlung“ ist zu begrüßen, aber realitätsfern.

Zum Einen greift der vorgesehene Finanzierungsmodus in die Hoheit der Länder ein und ist daher erfahrungsgemäß „nicht bundesratstauglich“. Des Weiteren ist, bei der hypothetischen Einführung der spezialärztlichen Versorgung, bei noch ausstehenden strukturellen Definitionskriterien des G-BA's, das Krankenhaus in der Regel durch die Subventionierung im öffentlichen Bereich und andere Subventionierungsformen bei der Grundinvestition im Vorteil. In den öffentlich rechtlichen Krankenanstalten ist die Grundinvestition bereits vorhanden, respektive wird sie kreditneutral durch den Betreiber der Klinik zur Verfügung gestellt. In der niedergelassenen Praxis müssen dagegen diese Investitionen erarbeitet und finanziert werden.

Daher sprechen sich die Unterzeichnenden für die Vorgabe des BMG's aus, bei der Vergütung des Krankenhauses einen Investitionskosten-**Abschlag** einzuführen.

Die **Vorgaben** der Qualitätsrichtlinien im Allgemeinen durch den G-BA wird sehr kritisch gesehen, da klinikdominierte Ärztekammern und die Deutsche Krankenhausgesellschaft nicht für die Interessen der niedergelassene Ärzte eintreten.

Daher ist zu befürchten, dass Vorgaben des G-BA's den ambulanten Bereich benachteiligen und den Wettbewerb „behindern“. Die beabsichtigte Ermächtigung aller Vertragsärzte zur ambulanten vor- und nachstationären Diagnostik und Behandlung von spezialärztlichen Fällen wird begrüßt. Dies gilt auch für Krankenhäuser unter der Bedingung, dass dort erbrachte Leistungen mit Facharztstandard unter Berücksichtigung der Qualitätssicherungsvereinbarungen erbracht werden.

Gez.

Dr. med. Norbert Metke
Vorsitzender des Vorstands
der KV Baden-Württemberg

Dr. med. Michael P. Jaumann
Landesvorsitzender BV HNO-ärzte

Dr. med. Rolf Stiasny
Vorsitzender des BFA-Fachärzte
der KV Baden-Württemberg
(mit den Mitgliedern)

Dr. med. Dieter Haack
Bundvorsitzender
BV niedergel. Chirurgen