

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)0053(1)

gel. VB zur öAnh am 16.1.2019 -

TSVG

3.1.2019



Stellungnahme

des Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) vom 21. Dezember 2018

zum **Regierungsentwurf** eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) vom 7. Dezember 2018 in Ergänzung der Stellungnahme zum Referentenentwurf vom 17. August 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)



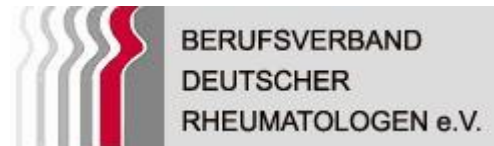
Bundesverband der Pneumologen (BdP)



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)



Bundesverband Niedergelassener Kardiologen
e.V. (BNK)



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.....	8
II. Erfüllungsaufwand.....	9
III. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen	10
Artikel 1 – Änderungen des SGB V	10
Nr. 9: § 20j SGB V [neu] – Präexpositionsprophylaxe	10
Nr. 15: § 35a [Ergänzung Absatz 3 um Satz 6] – Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen	10
Nr. 33: § 73 [Ergänzung Absatz 1 Nr. 2] – Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung.....	11
Nr. 34 a): § 73b [Änderung in Absatz 3] – Hausarztzentrierte Versorgung	11
Nr. 36 a): § 75 [Änderung in Absatz 1a] – Inhalt und Umfang der Sicherstellung	11
Nr. 40 b) bb): § 79 [Ergänzung in Absatz 6] – Organe der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen	12
Nr. 41 und 83: § 81a/§ 197a [Ergänzung eines Absatz 3b] – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	13
Nr. 43 c): § 87 [Neufassung des Absatzes 2 Satz 3] – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	13
Nr. 43 d): § 87 [Neufassung des Absatzes 2b] – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	14
Nr. 43 e): § 87 [Neufassung des Absatzes 2c] – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	15
Nr. 43 k) aa): § 87 Absatz 6 [Ergänzung eines neuen Satzes 6] – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	16
Nr. 44 a) § 87a Absatz 3 [Anpassung von Satz 5] – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	16

Nr. 48: § 89 [Neufassung] – Schiedsamt.....	18
Nr. 48: § 89a [Ergänzung] – Sektorenübergreifendes Schiedsgremium	18
Nr. 52 a) aa): § 95 [Ergänzung in Absatz 1a Satz 1] – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	18
Nr. 53: § 96 [Ergänzung eines Absatzes 2a] – Zulassungsausschüsse	19
Nr. 55 a) und b): § 103 [Ergänzung in Absatz 1 und 2] – Zulassungsbeschränkungen.....	20
Nr. 56 b): § 105 [Ergänzung und Neufassung in Absatz 1a] – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	21
Nr. 51 c): § 105 [Ergänzung eines Absatzes 1b] – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	22
Nr. 80 b): § 140a SGBV – Besondere Versorgung.....	23
Nr. 96 b) bb): § 291a [Ergänzung in Absatz 5 durch einen Satz 9] – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur	23
Artikel 15 – Änderungen der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV).....	24
Nr. 3 a) und c): § 19a [Ergänzung von Absatz 1 nach Satz 1].....	24

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 niedrighschwelligen 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 29 Mitgliedsverbänden, die insgesamt rund 165.000 Fachärzte in Klinik und Praxis sowohl in der fach- wie in der hausärztlichen Versorgungsebene vertreten, weiterhin den Gesetzgeber uneingeschränkt bei Vorhaben zur Verbesserung der haus- und fachärztlichen Versorgung in Deutschland. Insbesondere das Bekenntnis zum Stellenwert des Versorgungsbeitrags der Fachärzte in der Grundversorgung der Patientinnen und Patienten in Deutschland ist dabei ein wichtiger Schritt für eine zukunftsfähige flächendeckende ärztliche Versorgung in allen Versorgungsebenen.

Die Ausübung des freien Berufes Arzt ist bereits überreguliert. Weitere Eingriffe in die aus guten Gründen staatsfern begründete Hoheit der ärztlichen sowie gemeinsamen Selbstverwaltung lehnen wir entschieden ab. Direkte Durchgriffsregelungen auf das Praxismanagement und die Organisation der ärztlichen Tätigkeit im ambulanten Versorgungsbereich nehmen die notwendigen Freiräume zur Organisation einer patientenorientierten hochwertigen Versorgung.

Dies gilt für den freien Beruf Arzt, unabhängig davon, ob der Arzt als niedergelassener Arzt oder als angestellter Arzt in der ambulanten Versorgung und/oder im Krankenhaus tätig ist.

Der mit den vom Gesetzgeber beabsichtigten Regelungen einhergehenden Erfüllungsaufwand bei allen beteiligten Akteuren in der gemeinsamen Selbstverwaltung machen die erhofften Verbesserungen für die Patienten wieder zunichte.

II. Erfüllungsaufwand

Der in den Praxen niedergelassener Fachärztinnen und Fachärzte entstehende Aufwand, um die gesetzlichen Regelungen, die im Regierungsentwurf für ein GKV-TSVG vorgeschlagen werden, zu erfüllen, ist unverhältnismäßig hoch.

Der mit einer Erhöhung auf 25 Sprechstunden pro Woche entstehende Organisations- und Kommunikationsaufwand ist beträchtlich und verzerrt zudem unverhältnismäßig die öffentliche Wahrnehmung der bereits bestehenden tatsächlichen Arbeitsbelastung der Ärzte.

Der Ausbau der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen, welcher aus dem jeweiligen Haushalt der Kassenärztlichen Vereinigungen bezahlt wird, bringt weiteren erheblichen Erfüllungsaufwand mit sich. Die bisher betriebenen Terminservicestellen für fachärztliche Termine, welche als dringend klassifiziert wurden, haben einen Kosten in Millionenhöhe für die Kassenärztlichen Vereinigungen ausgelöst und wurde aus den Honoraren 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 Regierungsentwurfs, die Relevanz für die Fachärzte in Klinik und Praxis haben.

Artikel 1 – Änderungen des SGB V

Nr. 9: § 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 weiterhin die Einführung der Präexpositionsprophylaxe und deren Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung.

Nr. 15: § 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 weiterhin die Regelung, um die Entscheidungs- und Informationswege der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses transparent zu machen.

Nr. 33: § 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 weiterhin die Legaldefinition der fachärztlichen Versorgung insgesamt.

Nr. 34 a): § 73b [Änderung in Absatz 3] – Hausarztzentrierte Versorgung

Die Änderung in Absatz 3 sieht die Erweiterung der Möglichkeit zur Einwilligung in Verträge der Hausarztzentrierten Versorgung sowie die entsprechende Kommunikation zwischen dem Versicherten und seiner Krankenkasse in elektronischer Form vor.

SpiFa

Der SpiFa begrüßt ausdrücklich die vom Gesetzgeber beabsichtigte Erleichterung der Kommunikation zwischen dem Versicherten und seiner Krankenkasse durch Schaffung der Möglichkeit zur Abgabe von Willenserklärungen auch in elektronischer Form.

Nr. 36 a): § 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

Terminservicestellen sind nicht das geeignete Mittel, um die Anzahl der Behandlungstermine in der vertragsärztlichen Versorgung zu erhöhen. Die eigentliche Ursache für Terminverzögerungen liegt in den restriktiven Budgetvorgaben für die Praxen, die nicht abgeschafft werden.

Der SpiFa fordert deshalb 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 eine Überführung in die Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV), welche zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgung – und damit auch dem Terminangebot – in der vertragsärztlichen Versorgung führt.

Nr. 40 b) bb): § 79 [Ergänzung in Absatz 6] – Organe der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

Die vorgeschlagenen Ergänzungen in Absatz 6 sehen Begrenzungen der Vorstandsvergütungen bei den Vorstandsmitgliedern der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vor sowie entsprechende Erweiterungen der Befugnisse der Aufsichtsbehörden im Zusammenhang mit den Vorstandsverträgen.

SpiFa

Der SpiFa lehnt den Eingriff in die Ausgestaltung und Festsetzung der Vergütungen der Organe der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen als schweren Eingriff in die Hoheit der ärztlichen Selbstverwaltung ab.

Die vom Gesetzgeber hier intendierte Steuerung und Bemessung der Höhe der Vergütungen von Organen der ärztlichen Selbstverwaltung durch deren Aufsichtsbehörden ist ein weiterer ganz entscheidender Schritt hin zur offensichtlich beabsichtigten Eingliederung der ärztlichen Selbstverwaltung in die unmittelbare Staatsverwaltung.

Die Vergütungen der Organe der ärztlichen Selbstverwaltung werden aus den Honoraren der niedergelassenen Ärzte gewährt; es handelt sich also um Geld der Ärzteschaft und nicht um Geld der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen.

Nr. 41 und 83: § 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 weiterhin, insbesondere vor dem Hintergrund der EU-Datenschutzgrundverordnung, die gesetzliche Klarstellung, um eine Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu fördern.

Nr. 43 c): § 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 einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen sind 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. Grundlage der Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen bilden grundsätzlich die vom Statistischen Bundesamt nach dem Gesetz über die Kostenstrukturstatistik bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie bei Praxen von psychologischen Psychotherapeuten erhobenen Daten der Kostenstruktur; ergänzend können sachgerechte Stichproben bei vertragsärztlichen Leistungserbringern verwendet werden. Der Bewertungsausschuss hat die nächste Überprüfung gemäß Satz 3 und die anschließende Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen spätestens bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des neunten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] 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 ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] ein Konzept vor, wie er die verschiedenen Leistungsbereiche im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen einschließlich der Sachkosten anpassen wird. Dabei soll die Bewertung der Leistungen mit einem hohen technischen Leistungsanteil, die in einem bestimmten Zeitraum erbracht werden, insgesamt

so festgelegt werden, dass die Punkte, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für diese Leistungen vergeben werden, ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinken.“

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 31. Dezember 2019 eine Aktualisierung der Bewertungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vorzunehmen und dabei insbesondere die Angemessenheit der Leistungsbewertungen mit einem hohen technischen Anteil zu überprüfen. Dafür ist bis zum 30. Juni 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 sowie die vorgenommenen Erweiterungen durch den Regierungsentwurf weiterhin 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. Schon jetzt bestehen Finanzierungsdefizite im Gesundheitswesen. Die vorgesehenen Regelungen werden die Investitionsbereitschaft in ein modernes Gesundheitswesen empfindlich reduzieren.

Nr. 43 d): § 87 [Neufassung des Absatzes 2b] – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Die Änderungen in Absatz 2b sehen nunmehr für den Patienten, welcher erstmalig innerhalb von 4 Jahren in der jeweiligen Praxis behandelt wird, ein Zuschlag in Höhe von 25 Prozent auf die Vergütung der Versichertenpauschale sowie einen Zuschlag von mindestens 5 Euro für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins beim weiterbehandelnden Facharzt durch den Hausarzt vor.

SpiFa

Der SpiFa begrüßt die Änderungen grundsätzlich. Aufgrund der abnehmenden Dichte der hausärztlichen Versorgung, ist auch die Vermittlung von weiteren Facharztterminen, aber auch von Hausarztterminen durch Fachärzte real existierende Praxis. Der SpiFa ist vor diesem Hintergrund der Auffassung, dass die Terminvermittlung von und zwischen allen Versorgungsebenen vergütet werden muss.

Nr. 43 e): § 87 [Neufassung des Absatzes 2c] – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Es wird eine Neufassung des Absatzes 2c sieht vor, dass Arztgruppen, die an der grundversorgenden und unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmen, ein einmaliger Zuschlag auf die jeweiligen Grundpauschalen in Höhe von mindestens 25 Prozent für den Fall vorzusehen, dass die Leistungen gegenüber Patienten erbracht werden, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals untersucht und behandelt werden oder die mindestens 4 Jahre nicht in der jeweiligen Arztpraxis untersucht und behandelt wurden.

Darüber hinaus wird vorgeschlagen, dass spätestens innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten der Änderungen in der Zulassungsverordnung für Ärzte im Bundesmantelvertrag ein Zuschlag auf die jeweilige Grundpauschale in Höhe von mindestens 15 Prozent für den Fall vorzusehen, dass die Leistungen im Rahmen offener Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung erbracht werden; dies ist auf maximal 5 Wochenstunden begrenzt. Bei entsprechender Behandlung durch einen Augenarzt oder einen Frauenarzt bedarf es bei der Abrechnung keiner vorliegenden Überweisung.

SpiFa

Der SpiFa begrüßt die Einführung von Zuschlägen auf die Grundpauschalen und dem damit einhergehenden Bekenntnis des Gesetzgebers, dass auch Fachärzte in der ärztlichen Grundversorgung tätig sind (z.B. konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden, HNO-Ärzte), grundsätzlich.

Der SpiFa schlägt vor, den Zuschlag auf die Grundpauschalen für Leistungen in der offenen Sprechstunde von 15% auf 50% zu erhöhen, um einen tatsächlichen Effekt zu erreichen. Die bisher geplante Regelung setzt keinen ausreichenden Anreiz, das Praxisgeschehen zu Gunsten einer offenen Sprechstunde umzustellen, da durch die Budgetierung der Leistungen trotz eines Zuschlages (noch) nicht einmal der Preis der Leistung gemäß Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) erreicht werden kann.

Ein Überweisungsvorbehalt für eine Zuweisung in die offene Sprechstunde zu Vertragsärzten der fachärztlichen Versorgungsebene muss aufgehoben werden. Bereits heute fehlt der Nachwuchs im hausärztlichen Versorgungsbereich, sodass ein gesetzlich verankerter Überweisungsvorbehalt in eine offene Sprechstunde bei Vertragsärzten der fachärztlichen Versorgung die Versorgungsprobleme der hausärztlichen Versorgungsebene weiter verschärft.

Darüber hinaus schlägt der SpiFa grundsätzlich vor, die offene Sprechstunde nur auf freiwilliger Basis einzuführen.

Nr. 43 k) aa): § 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 nach Satz 5 beauftragen, Datenerhebungen in Auftrag geben oder Sachverständigengutachten einholen, sofern 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 weiterhin 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. 44 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 und Zuschläge außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 zu vergüten:

- 1. Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,*
- 2. Zuschläge nach § 87 Absatz 2b Satz 3 sowie Absatz 2c Satz 3 und 4,*

3. Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 und 3 erbracht werden, sofern es sich nicht um Fälle nach § 75 Absatz 1a Satz 8 handelt,

4. Leistungen im Behandlungsfall bei Weiterbehandlung eines Patienten durch einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach Vermittlung durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2.

Darüber hinaus können Leistungen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder wenn dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 um die in Satz 5 Nummer 3 und 4 genannten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen sind, begrenzt auf ein Jahr zu bereinigen. Dabei haben sie die vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Vorgaben nach Absatz 5 Satz 7 zu berücksichtigen.“

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], Zuschlägen auf die Versichertenpauschalen und Grundpauschalen sowie Leistungen in der offenen Sprechstunde [neu], Leistungen aufgrund einer Vermittlung durch eine Terminservicestelle [neu], Leistungen einer erfolgreichen Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 [neu] vor.

SpiFa

Der SpiFa erkennt den Willen des Gesetzgebers an, zusätzliche Aufgaben und eine Ausweitung des Angebotes der vertragsärztlichen Versorgung extrabudgetär, also ohne Mengenbegrenzung, zu vergüten.

Die vorgeschlagenen Regelungen zur Bereinigung werden begrüßt.

Nr. 48: § 89 [Neufassung] – Schiedsamt

Die vorgeschlagenen Regelungen sehen eine Neufassung des Paragraphen 89 vor.

SpiFa

Der SpiFa unterstützt weiterhin 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 weiterhin vor, Absatz 6 Satz 4 wie folgt zu ergänzen: „*und vor Amtsübernahme eventuell vorliegende Interessenkonflikte zur Ausübung des Amtes offengelegt haben.*“

Nr. 48: § 89a [Ergänzung] – Sektorenübergreifendes Schiedsgremium

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

SpiFa

Der SpiFa unterstützt weiterhin 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 weiterhin vor, Absatz 6 Satz 4 wie folgt zu ergänzen: „*und vor Amtsübernahme eventuell vorliegende Interessenkonflikte zur Ausübung des Amtes offengelegt haben.*“

Nr. 52 a) aa): § 95 [Ergänzung in Absatz 1a Satz 1] – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Die Ergänzung in Absatz 1a Satz 1 sieht vor, dass anerkannte Praxisnetze nach § 87b Absatz 4 in unterversorgten Regionen Medizinische Versorgungszentren gründen dürfen. Die Gründung ist dabei nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich.

SpiFa

Der SpiFa unterstützt den Vorschlag, wonach anerkannte Praxisnetze in unterversorgten Regionen Medizinische Versorgungszentren gründen dürfen.

Mit Blick auf die aktuelle öffentliche Debatte um die weiteren mit § 95 SGB V in Zusammenhang stehenden Änderungen durch den Regierungsentwurf wird der SpiFa in einer gesonderten Stellungnahme bewerten.

Nr. 53: § 96 [Ergänzung eines Absatzes 2a] – Zulassungsausschüsse

Die Ergänzung eines Absatzes 2a sieht eine Beteiligung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden im Rahmen eines Mitberatungsrechts bei nachstehenden Entscheidungen des Zulassungsausschusses vor:

1. ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3,
2. Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 3a,
3. Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze auf Grundlage einer Entscheidung des Landesausschusses nach § 103 Absatz 2 Satz 4 und 5,
4. Ablehnung einer Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4 Satz 9,
5. Ermächtigung von Ärzten und Einrichtungen,
6. Befristung einer Zulassung nach § 19 Absatz 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und
7. Verlegung eines Vertragsarztsitzes oder einer genehmigten Anstellung nach § 24 Absatz 7 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte.

Das Mitberatungsrecht umfasst dabei auch das frühzeitige Recht auf Information über die Verfahrensgegenstände.

SpiFa

Der SpiFa lehnt weiterhin die Ergänzung in der vorgeschlagenen Fassung ab. Die gemeinsame Selbstverwaltung ist für Aufgaben der Zulassungsausschüsse zuständig. Die Neuregelung sieht weiterhin einen direkten Eingriff in die Selbstverwaltung vor. Die Regelung lässt offen, welche Konsequenzen das Mitberatungsrecht für die aufgezählten Sachverhalte, haben wird. Die Verfahrenszeiten von Zulassungsausschüssen haben jetzt schon eine kaum noch zumutbare Grenze erreicht. Weitere Mitbeteiligte mit „Mitberatungsrechten“ werden zu

einer weiteren Verzögerung und zu einer Kostenerhöhung der Antragsbearbeitung und den Entscheidungen führen.

Darüber hinaus ist nicht auszuschließen, dass mit den vorgeschlagenen Änderungen einhergehenden Informations- und „Mitberatungs“-Rechte durch die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden sach- und zweckfremd ausgeübt werden.

Nr. 55 a) und b): § 103 [Ergänzung in Absatz 1 und 2] – Zulassungsbeschränkungen

Die Ergänzung in Absatz 1 und 2 sehen 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, welche sich gegenüber dem Zulassungsausschuss verpflichten, mindestens 80 Prozent ihrer abrechnungsfähigen Leistungen aus dem Bereich der psychiatrischen Leistungen zu erbringen 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.

Die Ergänzung in Absatz 2 sieht vor, dass auf Antrag der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden ländliche oder strukturschwache Teilgebiete eines Planungsbereichs, von den Zulassungsbeschränkungen ausgenommen werden können.

SpiFa

Der SpiFa bewertet die vorgeschlagenen Regelungen weiterhin 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 morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) budgetiert. Ähnliche Effekte sind bereits mit Einführung der Bedarfsplanung eingetreten („Seehofer-Bauch“). Diese Effekte sind bei den angesprochenen Fachgruppen ebenfalls zu erwarten („Spahn-Bauch“).

Da für die vorgeschlagenen Fachgruppen in Absatz 1 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 einzelnen betroffenen Fachgruppen des Absatzes 1 kommt.

Nr. 56 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 mindestens 0,1 Prozent und höchstens 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, insbesondere bei Verzicht auf einen Nachbesetzungsantrag nach § 103 Absatz 3a Satz 1, 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. Die Kassenärztliche Vereinigung erstellt jährlich einen im Internet veröffentlichten Bericht über die Verwendung der Mittel des Strukturfonds.“

SpiFa

Der SpiFa vermisst weiterhin 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.

Der SpiFa vermisst jedoch auch hier bei den vorgeschlagenen Regelungen eine Gegenfinanzierung. Die Finanzierung sogenannter Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt aus den Haushalten der Kassenärztlichen Vereinigungen und somit über die Honorare der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte.

Die Honorare niedergelassener Ärztinnen und Ärzte können nicht in immer weiterem Ausmaß für gesamtgesellschaftliche Aufgaben verwendet werden. 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. Der einzelne Vertragsarzt darf auf diesem Weg nicht für Organisationsprobleme der vertragsärztlichen Versorgung verantwortlich gemacht werden.

Nr. 80 b): § 140a SGBV – Besondere Versorgung

Die Änderung in Absatz 4 sieht die Erweiterung der Möglichkeit zur Einwilligung in Verträge der Besonderen Versorgung sowie die entsprechende Kommunikation zwischen dem Versicherten und seiner Krankenkasse in elektronischer Form vor.

SpiFa

Der SpiFa begrüßt ausdrücklich die vom Gesetzgeber beabsichtigte Erleichterung der Kommunikation zwischen dem Versicherten und seiner Krankenkasse durch Schaffung der Möglichkeit zur Abgabe von Willenserklärungen auch in elektronischer Form.

Nr. 96 b) bb): § 291a [Ergänzung in Absatz 5 durch einen Satz 9] – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastuktur

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 weiterhin 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.

Artikel 15 – Änderungen der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)

Nr. 3 a) und c): § 19a [Ergänzung von Absatz 1 nach Satz 1]

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

„Der Arzt ist verpflichtet, im Rahmen seiner vollzeitigen vertragsärztlichen Tätigkeit mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung zu stehen. Ärzte, die an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch teilnehmen und die insbesondere den Arztgruppen der Grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, müssen mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten. Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag nach Absatz 2 gelten die in den Sätzen 2 und 3 festgelegten Sprechstundenzeiten jeweils anteilig. 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 ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu regeln. Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können auch Regelungen zur zeitlichen Verteilung der Sprechstunden nach Satz 3 getroffen werden.“

Weiter sieht die Ergänzung eines Absatzes 4 wie folgt vor:

„(4) Die Kassenärztliche Vereinigung überprüft nach Maßgabe des § 95 Absatz 3 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Einhaltung der in Absatz 1 genannten Mindestsprechstunden. Stellt sie fest, dass der Vertragsarzt diese in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen unterschritten hat, so hat sie den betroffenen Arzt aufzufordern, umgehend die Anzahl seiner Sprechstunden entsprechend zu erhöhen oder seinen Versorgungsauftrag durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss gemäß Absatz 2 zu beschränken. Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Vertragsarzt dabei auf die Möglichkeit einer Kürzung der Vergütung als Sanktionsmaßnahme und eines Zulassungsentzugs gemäß § 95 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hinzuweisen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat die Vergütung des Vertragsarztes zum nächstmöglichen Zeitpunkt zu kürzen, wenn der Vertragsarzt

- 1. keine rechtfertigenden Gründe für das Unterschreiten vortragen kann oder*
- 2. der Aufforderung der Kassenärztlichen Vereinigung nach Satz 2 nicht innerhalb einer von der Kassenärztlichen Vereinigung zu setzenden Frist nachkommt.*

Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Vertragsarzt über die Höhe der Kürzung zu unterrichten. Bei wiederholtem oder fortgesetztem Verstoß eines Vertragsarztes gegen die in Absatz 1 Satz 2 oder Satz 4 genannte Pflicht hat der Zulassungsausschuss die Zulassung abhängig vom Umfang der Unterschreitung von Amts wegen zu einem Viertel, hälftig oder vollständig zu entziehen.“

SpiFa

Der SpiFa lehnt den Vorschlag des Gesetzgebers 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 2018: 51,1 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 Prozent der niedergelassenen Vertragsärzte weniger als 20 Wochenstunden vertragsärztlich tätig sind (vgl. Ärztemonitor 2018).

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 Versorgung in Frage. Aus diesem Grund lehnt der SpiFa diesen ordnungspolitischen Eingriff weiterhin 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.

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), Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK), 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).