

Das GKV Versorgungsgesetz aus Sicht der KVBW

Dr. med. Norbert Metke
Vorstandsvorsitzender

Verband der Krankenhausdirektoren
Deutschlands

Bad Liebenzell, 02. Mai 2011

Das Eckpunktepapier

Das Eckpunktepapier der Koalition wird von der KVBW **grundsätzlich begrüßt:**

- erstmals seit Jahren werden die Probleme der ambulanten ärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland aufgezeigt
- Nicht wie in der Vergangenheit wird versucht, durch Diskreditierung des Arztbildes in der Öffentlichkeit und eine erneute Überbürokratisierung die Probleme der ambulanten Versorgung zu lösen
- zentrale Feststellung in der Präambel: „**Der freie Beruf des Arztes muss wieder ermöglicht und geschützt werden**“
- schwergewichtig wird die zentrale Rolle des weisungsunabhängigen niedergelassenen Haus- und Facharztes als Gatekeeper zum stationären Bereich und speziell für den Hausarzt zur fachärztlichen Versorgung betont

Das Eckpunktepapier

Angesichts eines von Krankenhausdirektoren veranstaltete Hearings, beschränke ich mich schwergewichtig auf die Kommentierung der sog. sektorenübergreifenden Versorgung, also der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und ambulanter Versorgung, nach einer kurzen Stellungnahme zu den Abschnitten 1 – 14 des Eckpunktepapiers

Vorbemerkung

- Die niedergelassene Existenz ausschließlich aus GKV-Tätigkeit ist nicht gegeben (85/94 – 2007)
- Der Patient wünscht eine persönliche, konstante, an ärztliche Einzelpersonen gebundene Betreuung statt einer anonymen Versorgung mit wechselnden Ärzten in Versorgungszentren. Für ihn ist eine patientenorientierte medizinische Versorgung, frei von politischen und finanziellen Zwängen, wichtig.
 - **weisungsungebundene** freiberufliche Arzt und Psychotherapeut

Vorbemerkung

Im Gegensatz hierzu besteht eine **Konkurrenzsituation** mit einer angestellt ärztlichen Tätigkeit in Krankenhäusern und renditeorientierten MVZ in Fremdeigentum, die sich durch nachfolgende Faktoren kennzeichnet:

- **Weisungsgebundene Ärzte**, wobei der Weisungsgeber nur noch in Teilen der Chefarzt ist (medizinische Weisung). Zunehmend und dominierend bestimmen Weisungen der Verwaltung in Bezug auf wirtschaftliche Belange das ärztliche Handeln (z. B. ob ein Krankenhaus bestimmte Schwerkranke überhaupt nimmt und weiter versorgt, wie die Liegezeiten unter optimaler Ausschöpfung der Möglichkeiten der DRGs zu sein haben und weitere)
- Auf dem Boden erheblich unterschiedlicher Arbeitsbedingungen zwischen dem angestellten und dem niedergelassenen Arzt sind **potenzielle ambulante Leistungen eines Krankenhauses immer teurer, als wenn sie durch einen niedergelassenen Arzt erbracht werden**

Vorbemerkung

Die tarifliche Arbeitszeit im Krankenhaus beträgt 40 Stunden, üblicherweise sechs Wochen bezahlter Urlaub sowie Regelung und Ausgestaltung der ärztlichen Arbeitszeit durch das Arbeitszeitgesetz.

Im freiberuflichen Bereich steht die Arbeitszeit potenziell unbegrenzt zur Verfügung, der Arbeitsanfall pro Arbeitszeit wird mit dem Ziel eines besseren Einkommens optimiert, bezahlter Urlaub besteht nicht, Kundenbindung an die Praxis ist zum Überleben wesentlich, sie spielt im Krankenhaus eine andere Rolle.

Bedarfsplanung

- Flexibilisierung der Planungsbezirke
- Einbezug soziodemografischer Faktoren
- Erweiterung des Sonderbedarfs – nur bei Anpassung der Gesamtvergütung
- Einbezug der Länder
- Reduktion der Verlagerungsmöglichkeit von Sitzen z.B. in MVZ's

 , aber

- **Es gibt keine Überversorgung!** Daher kein Aufkauf von Praxen durch die KV
- Berücksichtigung von KH-Ärzten in der Bedarfsplanung verschärft den realen Mangel, da sie primär der stationären Versorgung zur Verfügung stehen
- **Wir brauchen Planungssicherheit!** Daher keine befristete Zulassung
- **Ausweisung neuer Arztsitze-Sonderbedarf ,SDFs- muss eine Erhöhung der Gesamtvergütung nach sich ziehen.**
- **Befristete Zulassung** ist realitätsfern und Maßnahmen zur Akzentuierung des Ärztemangels

Sicherstellung

- Einbezug der KH und Rehakliniken qualitativ und quantitativ
- NFD an KH
- Eigeneinrichtungen kommunaler Träger
- Aufhebung Residenzpflicht
- Zweigpraxen – und Nebenbeschäftigungserleichterung
- Delegation aber nicht Substitution ärztlicher Leistungen
- Verbesserung der Work-Life-Balance, sowie Maßnahmen der Aus- und Fortbildung von Ärzten und Nachwuchsförderung
- Strukturfonds
- Ende der Mengengrenzung und Preiszuschläge in unterversorgten Gebieten



Keine Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherstellung aus der Gesamtvergütungs-Strukturfonds ohne die KV en! (stattdessen Vorschlag KVBW: **kleinräumige Honorarverteilung Aufsatz 2008 durch die KVen plus Kassenmittel**)

Fazit I

- Neue Planung für Krankenhäuser und Niederlassung bringen keine neue Ärzte
- Bedarfsplanung ist Instrument zur Begrenzung der Niederlassung; Rolle als Instrument zur Steuerung der Niederlassung bei Ärztemangel zu hinterfragen
- Denkstruktur in Über- und Unterversorgung ist überholt

Versorgungsrealität des Patienten

Wartezeit Facharzttermine:

Vermittlung durch Krankenkassen, Einwirkung der KV'en auf die Ärzte dies zu leisten....

→ Ursache des Terminproblems bei ist das perfide Regelwerk aus Mengenbegrenzung und die Budgetierung veranlasster Leistungen...

...und sonst nichts

→ Facharzttermine einzufordern passt nicht zum Begriff der Überversorgung und zur Forderung nach Schließung von Praxen

Versorgungsrealität des Patienten

Alles Gute.

KVBW 

Poststationäres Entlassungsmanagement durch Krankenhäuser

- Entlassungsmanagement: 
- Poststationäre Versorgung: 

Versorgungsrealität des Patienten

Alles Gute.

KVBW 

Poststationäre Versorgung

- Bereits heute geben die Fallpauschalen (DRGs) nach Wunsch des Gesetzgebers dem Krankenhaus die Möglichkeit die ambulante Nachbetreuung stationär behandelter Patienten für 14 Tage selbst zu übernehmen, die DRGs enthalten auch bereits heute hierzu Beträge
- Dies findet jedoch in der Realität nicht statt, weil die Krankenhäuser hierfür keine personellen Strukturen besitzen, sich richtigerweise der Schwermorbidität widmen und desweiteren die für die ambulante Nachbetreuung in den DRGs vorgesehenen bereits heute ausbezahlten Finanzanteile nicht ausreichend sind, um die ambulante Behandlung zu übernehmen.
- Die Krankenhäuser schieben die Patienten daher an die niedergelassenen Ärzte ab, die dies über ihre restriktive Regelleistungsvolumenbegrenzung jedoch auch nicht vergütet bekommen.

Versorgungsrealität des Patienten

Alles Gute.

KVBW 

Poststationäre Versorgung

- Wenn der Patient heute in ein Loch nach der stationären Entlassung fällt, dann fällt er in das **Loch der Nichtbezahlbarkeit der Nachversorgung**. Die niedergelassenen Haus- und Fachärzte sind besser als jeder andere in der Lage, die nachstationäre Betreuung der Patienten mit Ausnahmen zu übernehmen. Sie tun dies heute. Zu fordern ist eine Nachbehandlungspauschale für ambulant niedergelassene Ärzte nach stationärer Entlassung, die selbstverständlich, sollte das Krankenhaus die Aufgabe wahrnehmen, auch dem Krankenhaus zusteht.
- Niedergelassene Ärzte organisieren die poststationäre Behandlung deswegen hervorragend, da alleine sie es sind, die eine Kenntnis des **persönlichen Umfelds** des Patienten auch unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten, wie Verfügbarkeit von Pflegediensten, Krankengymnasten etc. haben und im Gegensatz zum Krankenhaus auch in der Lage sind **Hausbesuche** durchzuführen.
- Das Krankenhaus vermehrt an der poststationären Behandlung zu beteiligen bedingt den Aufbau von **Doppelstrukturen**, die heute schon beklagt werden.

Versorgungsrealität des Patienten

Alles Gute.

KVBW 

Poststationäre Versorgung

Vielmehr fordert die KVBW, dass der niedergelassene Arzt in Ergänzung zu § 115 ff insbesondere 115 a, SGB V, die Möglichkeit haben soll, vor- und nachstationäre Leistungen im Auftrag des Krankenhauses **auch in seiner Praxis zu erbringen** und dafür vom Krankenhaus vergütet wird. **Die KVBW hat dazu einen Vorschlag zur Änderung des § 115 SGB V erarbeitet**

MVZ

Gründung durch Ärzte und Krankenhäuser(?)...Ansatz bestens....

- Keine Quersubvention durch Kliniken und Unternehmensgruppen**
- MVZ müssen selbstständig kostendeckend arbeiten, ansonsten sollte der Entzug der Zulassung möglich sein**
- Bitten um Zulassung auch rein hausärztlicher MVZ**
- Ärztlicher Leiter muss vollschichtig mitarbeiten**

Ambulante spezialärztliche Behandlung

Alles Gute.

KVBW 

- **Keine Notwendigkeit**, da bisherige Strukturen für die Versorgung dieser Patienten in Baden-Württemberg durch die Qualität der niedergelassenen Fachärzte auch strukturell und insbesondere Einbeziehung der ermächtigten Ärzte gut funktionieren
- **Keine Verbesserung der Versorgung**
- **Übermaß an Bürokratie** für die Versorgung einer kleinen Anzahl an Patienten
- **Gefährdung der ambulante Praxen**

Ambulante spezialärztliche Behandlung

Falls eine solche Leistungsebene eingeführt wird:

- **Überweisungsvorbehalt** durch die Fachärzte
- **Abgestufte Bedarfsplanung:** Nur wenn die Leistung nicht ambulant erbracht werden kann, ist das Krankenhaus dazu berechtigt; keine generelle Öffnung für die Krankenhäuser
- **Klare Einschränkungen der Leistungen**, die unter die spezialärztliche Versorgung fallen
- **Vor der Einführung muss die Vergütung definiert werden**, die auf alle Fälle außerhalb der Budgetierung erfolgen muss, sie muss MGV neutral sein

Honorar und ärztliche Selbstverwaltung

Regionale Kompetenzen in der Honorarverteilung werden dankbar begrüsst

- Die Möglichkeiten der KBV zur **Festsetzung von Mengengrenzungsmaßnahmen** muss von den KVen fakultativ übernommen werden können.
- Neben den Honorarverteilungstöpfen für die Haus- und Fachärzte, benötigen wir einen dritten für die **Psychotherapeuten...und die beabsichtigten Neuregelungen bringen die entführten BW Honorarmittel durch den Gesundheitsfond nicht zurück**

Fazit II

**Honorar ist nur ein - aber der wesentliche -
Faktor der Planungssicherheit für Ärzte.**

**Reduktion der Versorgungsproblematik
bekommen wir nur durch kalkulierbares
Honorar = feste Preise; diese bitten wir wenn
auch nur schrittweise in mengenneutralen
Honorarbereichen einführen**

Honorar und ärztliche Selbstverwaltung

Flexibilisierung der Budgetverantwortung im Arznei-/Heilmittelbereich unter der Devise „**Beratung vor Regress**“



Deutliche Reduktion der Richtlinien und deren Ersatz, wir bitten um eine Neufassung des §106 SGB V-Aufschiebende Wirkung einer Klage, und haben diese vorbereitet

- Definition der rezeptierbaren Arznei- und Heilmittel
- Mengengrenzung ausschließlich über Richtgrößen und Praxisbesonderheiten

Honorar und ärztliche Selbstverwaltung

Alles Gute.

KVBW 

Zuweisung gegen Entgelt

→ Auch wir wünschen eine **eindeutige Regelung des erlaubten Umfangs der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und medizinischen Sekundärberufen** durch Verträge zwischen den KVen und den Krankenkassen; eine Zuweisung gegen Entgelt ohne adäquate Eigenleistung durch Ärzte lehnen wir ab.

→ Wir wünschen aber auch **keine Kriminalisierung von IGELE-Leistungen**, da diese Ersatz von Mengen- und Methodenbegrenzungen der GKV sind.

Die Sitzverteilung in der KBV Vertreterversammlung muss endlich der tatsächlichen Mitgliederzahl einer KV entsprechen, dies spart der Politik Ärger und Zeit.