

## Ambulante Medizin fördern

Die Gesundheitspolitik der Großen Koalition war in der vergangenen Legislaturperiode von einer wahren Gesetzesflut geprägt. Dabei wurde der Koalitionsvertrag zwar minutiös abgearbeitet, allerdings richtete sich der Gesetzgeber hier in erster Linie nach der Richtschnur größerer Versorgungsstrukturen wie Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Kliniken. Die Bedürfnisse niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten blieben oft unberücksichtigt. Aus Sicht der KVB wäre jedoch eine Stärkung gerade der ambulanten Medizin von großer Bedeutung. Denn: Aufgrund vieler neuer technischer Möglichkeiten und dem dadurch bedingten medizinischen Fortschritt ist es realistisch, immer mehr medizinische Leistungen ambulant anzubieten. Das deckt sich auch mit den Wünschen der Patienten, da diese gerne in ihrer gewohnten Umgebung behandelt werden. Das gewachsene Vertrauensverhältnis zwischen den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten sowie deren Patienten bietet hierfür die besten Voraussetzungen.

Um dieser Entwicklung auch dauerhaft durch eine flächendeckende ambulante Versorgungs-

struktur gerecht werden zu können, müssen wir heute die entsprechenden Weichen stellen. Dies kann nur gelingen, wenn die Gesellschaft bereit ist, in ambulante Versorgungsstrukturen zu investieren und die Niederlassung in der Praxis attraktiv zu halten. Für die Gesundheitspolitik der nächsten Legislaturperiode sind daher aus Sicht der KVB folgende Forderungen wegweisend:

- Mehr Vertrauen in Ärzte und Psychotherapeuten sowie in die Selbstverwaltung
- Mehr Gestaltungsfreiheit auf regionaler Ebene
- Die Bereitschaft, in die ambulante Versorgung der Zukunft zu investieren

Mit diesen Weichenstellungen könnte die Bundespolitik dafür Sorge tragen, dass die ambulante Versorgung trotz der Herausforderungen durch den demografischen Wandel flächendeckend auf einem hervorragenden Niveau erhalten und unser Gesundheitssystem patientenorientiert, effizient und leistungsfähig bleibt.



## Editorial

Leider hat sich die gesundheitspolitische Diskussion der letzten Monate stark auf das Thema Bürgerversicherung fokussiert. Aus Sicht des KVB-Vorstands ist völlig klar, dass eine Systemdebatte das Letzte ist, was unser Gesundheitssystem benötigt. Eine Umstellung auf eine Bürgerversicherung würde vor allem mit einem hohen Maß an Verunsicherung einhergehen.



Gerade für den ambulanten Bereich ist es fraglich, ob mit einer solchen Reform künftig nicht wichtige finanzielle Mittel fehlen würden. Aber selbst wenn die höheren Ausgaben der Privaten Krankenversicherungen vollständig kompensiert würden, würde dies doch zu einer massiven Umverteilung zwischen den Bundesländern, zwischen den Facharztgruppen und letztendlich auch zwischen den einzelnen Ärzten und Psychotherapeuten führen.

Die Unruhe, die dadurch in das System gebracht würde, dient in keiner Weise einer besseren Versorgung der Patienten in Deutschland. Sinnvoller sind wichtige Weichenstellungen, die unser bewährtes System leistungsfähiger und innovativer machen. Unsere konkreten Vorschläge finden Sie auf den kommenden Seiten.

*Ihr Vorstand der KVB*

# Erwartungen und Wünsche der KVB an die neue Bundesregierung



## Mehr Freiheiten bei der Bedarfsplanung

Durch die schrittweise Überalterung der Ärzteschaft, aber auch durch die zunehmenden Ansprüche von Politik und Gesellschaft an die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung, gerät die Bedarfsplanung bisweilen an ihre Grenzen. Vor diesem Hintergrund benötigen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) mehr Flexibilität in der Planung, um beispielsweise beim Generationenübergang die Versorgungsstruktur in einer überversorgten Region gestalten zu können. Dazu gehört auch eine größere Flexibilität bei der Umsetzung von Sicherstellungsmaßnahmen.



Ein Weg, um Versorgungslücken zu schließen, ist die Einbeziehung der vor Ort tätigen Ärztenetze. Hier müssen die Möglichkeiten erweitert werden, um anerkannte lokale Ärztenetze besser unterstützen zu können, wenn diese örtliche Versorgungsprobleme beheben. Die KVen sollten dabei unter anderem die Handhabe erhalten, lokale Teil-Versorgungsaspekte ausschreiben zu können.

Die letzten Jahre waren durch einen äußerst dynamischen Ausbau der Bereiche „angestellte Ärzte“ und „Medizinische Versorgungszentren“ gekennzeichnet. Das bringt auch Probleme mit sich. So treten mittlerweile in einigen Landkreisen Monopolisierungstendenzen auf, das heißt, dass die gesamte ärztliche Versorgung einer Region von einer oder mehreren Arztgruppen in einer Hand gebündelt wird. Diese Tendenzen werden durch Regelungen bei der Zulassung verstärkt. Die Zulassungsausschüsse brauchen wieder mehr Steuerungsmöglichkeiten, um diese negative Entwicklung aufzufangen. Andernfalls besteht die Gefahr, dass Kapitalgesellschaften die geschaffenen, inzwischen zu groß gewordenen Strukturen übernehmen, wenn sie von Einzelunternehmern nicht mehr getragen werden können.

## Finanzierung

Der Grundsatz, dass Vereinbarungen zur Vergütung der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistung nur gemeinsam und einheitlich von den Krankenkassenverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen werden können, verhindert im Zusammenspiel mit der jüngsten höchstrichterlichen Rechtsprechung jegliche regionale Gestaltungsmöglichkeit bei der Finanzierung der ambulanten Medizin. Daher benötigen die KVen die Möglichkeit, mit einzelnen Krankenkassenverbänden vergütungswirksame Anlagen zum Gesamtvertrag schließen zu können. So wäre gewährleistet, dass sinnvolle Innovationen nicht am Veto einzelner Kassenverbände scheitern.

Vor dem Hintergrund der Diskussion um verfügbare Termine und Herausforderungen durch die Ambulantisierung der Medizin ist die Budgetierung der ärztlichen Leistung auch weiterhin ungerechtfertigt, leistungsfeindlich und kontraproduktiv. Es müssen daher zeitnah Schritte zur Beendigung der Budgetierung ergriffen werden.

## Ambulant vor stationär

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ muss wieder stärkere Beachtung finden. Entscheidend dafür ist, dass bei Leistungsverlagerungen in den ambulanten Bereich dauerhaft die entsprechenden Mittel folgen. Auch muss heute bereits dringend mehr in die ambulante Versorgung investiert werden, um ambulant-sensitive Krankenhausfälle verstärkt im ambulanten Bereich versorgen zu

können. Die sektorengelundene Verteilung der finanziellen Mittel behindert einen fairen Wettbewerb zwischen dem ambulanten und stationären Sektor. Es ist daher zu überprüfen, inwiefern die ambulanten und stationären Budgets zu einem System zusammengelegt werden können und welche Auswirkungen dies gerade auch auf die Förderung der Investitionen im ambulanten und stationären Bereich hätte. In einem ersten Schritt ist anzustreben, dass gleiche Leistungen – unabhängig vom Sektor der beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten – auch gleich vergütet werden.

Das Belegarztwesen stellt eine hervorragende Möglichkeit zur Verzahnung der Sektoren dar. Leider ist in den letzten Jahren ein deutlicher Rückgang bei den belegärztlichen Leistungen zu verzeichnen. Diese Tendenz muss umgekehrt werden.

In den letzten Jahren gab es zahlreiche finanzielle Förderprogramme für Kliniken – auch in Bereichen, die den ambulanten Sektor in ähnlicher Weise betreffen. Allerdings ging der ambulante Bereich dabei regelmäßig leer aus. Dies betrifft exemplarisch das Thema Hygiene, bei dem die Kliniken mit einem Hygieneförderprogramm bedacht wurden. Im ambulanten Bereich müssen die gleichen Hygienevorschriften erfüllt werden, ohne dass es dafür entsprechende Fördermittel gäbe. Diese Ungleichbehandlung sollte beendet werden.

Zahlreiche Studien kritisieren die zu stark ausgebaute Kliniklandschaft in Deutschland. In der Konsequenz bedeutet der Grundsatz „ambulant vor stationär“ in diesem Fall, dass unrentable Klinikstandorte zu schließen und in ambulante Strukturen umzuwandeln sind. Die Möglichkeiten dafür müssen erweitert werden. Insbesondere ist auch ein Zugang der Niedergelassenen zu Geldern des Krankenhausstrukturfonds zu ermöglichen, sofern diese ehemals stationäre Einrichtungen übernehmen.

### **Prüfungen und Anträge – Bürokratieabbau und verlässliche Rahmenbedingungen**

Das Antragswesen bei Prüfungen durch Krankenkassen erweist sich als starker Bürokratietreiber. Insbesondere die Vorgehensweise, die Prüfungen erst nach Monaten oder sogar Jahren zu beantragen, streut permanente Unsicherheit unter den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten. Rückforderungen nach einem so langen Zeitraum sind nicht zumutbar. Daher ist eine

Kassenfrist für Prüfanträge von vier oder sechs Wochen vorzusehen, um die Verlässlichkeit des Verwaltungshandelns für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten zu erhöhen.



Auch durch die Neuregelung des Paragraphen 106d Absatz 4 Satz 4 kommt es zu einer Flut an Prüfanträgen. Von diesen Anträgen erweist sich weiterhin ein Großteil als gegenstandslos. Dadurch wird ein enormes Maß an Bürokratie verursacht, verbunden mit unnötigen Kosten und einer noch unnötigeren Verunsicherung niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten. Um dem entgegenzuwirken, sollte eine Regelung eingeführt werden, die die Krankenkassen verpflichtet, die Bürokratiekosten unnötiger Prüfanträge selbst zu tragen. Bei offensichtlich fehlerhaften Prüfanträgen ist zudem eine Verursachergebühr vorzusehen, die sich nach der Höhe der geforderten Regresssumme richtet.

### **Prüfungen im Arzneimittelbereich**

Die regionalen Prüfvereinbarungen, wie zum Beispiel die Wirkstoffvereinbarung in Bayern, sind ein großer Erfolg der regionalen Selbstverwaltung. Sie minimieren die Regressgefahr für niedergelassene Ärzte, indem sie ein transparentes Verfahren zur wirtschaftlichen Ordnungsweise etablieren. Dadurch sparen letztlich auch die Krankenkassen. Eine Ablösung der regionalen Vereinbarungen, die die Richtgröße ersetzt, darf daher nur durch eine neue Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner möglich sein.



### Neuorientierung der Prüfung von Heil- und Hilfsmitteln

Während im Arzneimittelbereich die Ablösung der Richtgrößen zu einer Minimierung der Regressgefahr geführt hat, steht eine Neuorientierung der Prüfung im Heil- und Hilfsmittelbereich weiterhin aus. Dabei besteht auch hier die Problematik, dass niedergelassene Ärzte von ungerechtfertigten Regressen bedroht sind. Es muss daher auch für den Bereich der Heil- und Hilfsmittel eine faire Lösung gefunden werden, mit der die Regressgefahr für die Praxen gebannt wird.

### Vernetzung

Die Umsetzung gesundheitspolitischer Ziele in den Arztpraxen muss bürokratiearm und kostenneutral erfolgen können. Durch neue technologische Lösungen ist dies prinzipiell auch möglich. Es scheidet derzeit aber an einer zügigen technologischen Umsetzung in die Praxisverwaltungssysteme (PVS). Für gesetzlich notwendige Funktionen ist es daher unabdingbar, dass entsprechende Anwendungen von den KVen über eine standardisierte und verpflichtende Andockstelle in alle Praxisverwaltungssysteme implementiert werden. Die hierfür notwendige IT-Unterstützung ist den KVen durch die PVS-Hersteller kosten- und diskriminierungsfrei zu ermöglichen.

Trotz des Erfolgs der regionalen Prüfvereinbarungen gibt es seitens der Kassen immer wieder Bestrebungen, die Richtgrößen als weiteren Prüfmechanismus einzuführen oder neue Prüfmechanismen – Stichwort: Arztinformationssystem – zu etablieren. Es ist ganz entscheidend, dass diese Bestrebungen zurückgewiesen werden.

Die Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Erstattungspreise muss durch die Krankenkassen sichergestellt werden. Keinesfalls ist dies eine Aufgabe der niedergelassenen Ärzte. Schließlich haben die Krankenkassen genügend Instrumente zur Verfügung, um mit der pharmazeutischen Industrie wirtschaftliche Preise zu vereinbaren.

Unsere Botschaft ist in diesem Zusammenhang eindeutig: Durch die Ziele der Wirkstoffprüfung leisten die Ärzte ihren Anteil an einer wirtschaftlichen Ordnungsweise. Weitere Prüfmechanismen müssen daher dauerhaft ausgeschlossen werden. Die Ordnungsweise der Ärzte hat sich – außer an der Wirkstoffvereinbarung – ausschließlich an medizinischen Gesichtspunkten zu orientieren. Daher sollten Einzelprüfanträge der Krankenkassen auf die Bereiche Off-Label-Gebrauch oder Verstoß gegen einen Präparate bezogenen Verordnungsaußchluss beschränkt werden.



## Impressum

Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Elsenheimerstraße 39, 80687 München, Telefon: 0 89 / 5 70 93 - 21 92, [www.kvb.de](http://www.kvb.de)  
Verantwortlich: KVB Kommunikation. Bilder: [iStockphoto.com/diedesign](http://iStockphoto.com/diedesign) (Titelseite), [iStockphoto.com/Eskemar](http://iStockphoto.com/Eskemar) (Titelseite), [iStockphoto.com/wwwwebmeister](http://iStockphoto.com/wwwwebmeister) (Seite 2), [iStockphoto.com/francisblack](http://iStockphoto.com/francisblack) (Seite 2), [iStockphoto.com/aldegonde](http://iStockphoto.com/aldegonde) (Seite 3), [iStockphoto.com/MarcoMarchi](http://iStockphoto.com/MarcoMarchi) (Seite 4), [iStockphoto.com/psphotograph](http://iStockphoto.com/psphotograph) (Seite 4)

Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), ist selbstverständlich auch die weibliche Form („die Ärztin“) gemeint.