



Kassennärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Bericht an die Vertreterversammlung

Dr. Andreas Gassen, Vorsitzender des Vorstandes der
Kassennärztlichen Bundesvereinigung

Sitzung der Vertreterversammlung der KBV
am 27. Februar 2015 in Berlin

Es gilt das gesprochene Wort

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,
sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Wenn ‚Nähe‘ zum Fremdwort wird ... ist das geplante Versorgungsstärkungsgesetz daran schuld.“ Mit dieser doch relativ harmlosen Aussage ist es uns gelungen, die Politik ganz schön nervös zu machen. Am 6. Februar ist diese Anzeige im Rahmen unserer Kampagne in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung erschienen. Herr Minister Gröhe reagierte prompt und ausführlich. Sogar die Bild-Zeitung hat mehrmals berichtet. Damit haben wir ein sehr breites Publikum erreicht. Gleichzeitig zeigt die Reaktion aus der Politik, dass wir einen Nerv getroffen haben.

Der Entwurf für das sogenannte Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) ist zwar schon eine Weile in der Welt, aber erst jetzt scheinen seine Inhalte und möglichen Auswirkungen in ihrer ganzen Tragweite in der Ärzteschaft und in den Ländern durchzusickern. Einige Verbände und auch Gremien von Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) fangen erst jetzt an zu fordern, dass wir uns in Sachen VSG zur Wehr setzen und auf die Folgen dieses Gesetzes aufmerksam machen sollen. Ich darf daran erinnern, dass wir dies längst getan haben! Bereits im November vergangenen Jahres, nachdem der Referentenentwurf vorlag, hat die KBV eine ausführliche Stellungnahme gegenüber dem BMG abgegeben. In der Vertreterversammlung (VV) der KBV am 4. und 5. Dezember 2014 haben wir einstimmig eine Resolution zum „Erhalt der freiberuflichen ambulanten wohnortnahen Patientenversorgung“ verabschiedet. Wer meint, dass wir uns nicht eindeutig und scharf genug positioniert hätten, der sollte vielleicht noch mal einen Blick auf diese Resolution werfen.

Den Beschluss der VV vom Dezember 2014, die Kampagne der Ärzte und Psychotherapeuten „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ vor dem Hintergrund des VSG stärker politisch auszurichten, haben wir bereits umgesetzt. Der erste Schritt war die eingangs erwähnte Anzeige in einem der deutschen Leitmedien an dem Tag, als der Bundesrat über das VSG beraten hat. Heute ist eine zweite Anzeige in der FAZ erschienen mit dem Slogan: „Wir arbeiten für Ihr Leben gern. Solange uns die Politik noch lässt.“ Außerdem haben wir die Plakatwand an unserem sogenannten Baufeld 6,

vorne am Eingang der Wegelystraße entsprechend neu bestückt, wie Ihnen sicherlich aufgefallen ist. Am 4. März veranstalten wir eine Presskonferenz im Haus der Bundespressekonferenz. Dort wird es ebenfalls um unsere Kritik am VSG und unsere politischen Forderungen gehen. Auch an diesem Tag wird eine große Anzeige erscheinen, dieses Mal in der Süddeutschen Zeitung. Im Lauf des März werden weitere Anzeigen in überregionalen Tagesmedien sowie dem Deutschen Ärzteblatt erscheinen und unsere Botschaften streuen.

Wie Sie wissen, hat die Thematik die Medienwelt erreicht. Zwar waren das Thema der Sendung „Günther Jauch“ am vergangenen Sonntag die Wartezeiten. Es gelang jedoch, insbesondere die Endlichkeit der Ressource Arzt und die Unvereinbarkeit einer unendlichen Leistungszusage mit einem honorargedeckelten System herauszustellen.

Voraussichtlich am 25. März soll es eine Anhörung zum VSG vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages geben. Auch dort werden wir unsere Positionen klar vertreten. Die 2. und 3. Lesung im Bundestag soll am 22. Mai stattfinden. Und selbstverständlich werden wir die VV anlässlich des Deutschen Ärztetages in Frankfurt am Main zwei Wochen zuvor nutzen, um öffentlich noch einmal auf die Gefahren des Gesetzes aufmerksam zu machen.

Ich denke es ist deutlich geworden, dass wir nicht die Hände in den Schoß legen.

Ich habe aber auch schon auf der VV im Dezember letzten Jahres deutlich gemacht, dass wir als Körperschaft nicht alle Wege einschlagen können, die manche zwar gerne vollmundig verbal einfordern, dann aber doch lieber jemand anderen voranschicken, weil sie selbst nicht liefern können. Wir schöpfen alle uns zur Verfügung stehenden Mittel aus, um auf die Politik einzuwirken, damit sie auch die langfristigen Folgen ihres Handelns erkennen möge. Diese Mittel sind aber eher solche des Wortes, und auch dies wird nicht immer publikumswirksam auf großer Bühne gewechselt. Damit täten wir auch den berechtigten Anliegen derer, die wir vertreten, keinen Gefallen.

Am 6. Februar hat der Bundesrat seine Stellungnahme zum VSG abgegeben. Die Länderkammer stellte über 80 Änderungsanträge. Der Bundestag hat das Gesetz allerdings von Anfang an als nicht zustimmungspflichtig deklariert. Dies hat die

Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung vom 24. Februar bestätigt und nahezu alle Anträge der Länder zurückgewiesen. Das Gesetz kann somit vom Bundestag beschlossen werden.

Abgelehnt hat das BMG etwa die Absicht der Länder, statt der Terminservicestellen alternative regionale Lösungsmöglichkeiten für die Vermittlung von Facharztterminen zu erlauben. Abgelehnt hat es auch die Forderung, die Anhebung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) in den Ländern, die unter dem Bundesdurchschnitt liegen, um ein Jahr vorzuziehen. Die schlichte Begründung für diese Ablehnung: Das würde ja mehr Geld kosten. Bei einigen wenigen Anträgen hat das BMG eine Prüfung zugesagt. So hatte der Bundesrat kritisiert, dass in als überversorgt gekennzeichneten Regionen zwar Praxen geschlossen werden können, MVZ jedoch weiter gegründet werden dürfen. Hier soll nun eventuell nachgebessert werden. Bei der ASV soll der Bestandsschutz für Krankenhäuser, die noch nach dem alten § 116b zur ambulanten Versorgung zugelassen sind, befristet erhalten bleiben. Die Beschränkung der ASV auf schwere Verlaufsformen soll möglicherweise abgeschafft werden, um Altverträge leichter in die ASV überführen zu können und hier Parallelstrukturen zu vermeiden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Länder hatten sich auch zur Thematik der Parität positioniert. Sie plädieren in ihrer Stellungnahme dafür, eine solche Trennung nur innerhalb der VV der KBV durchzuführen und die VVen in den Ländern davon auszunehmen. Sie begründen dies damit, dass nur in der KBV-VV „Grundsatzentscheidungen mit grundlegender Bedeutung“ für beide Bereiche getroffen würden.

Das ist richtig. Und genau deshalb ist diese Begründung aus meiner Sicht völlig widersinnig! Gerade weil die KBV und damit deren VV für alle Ärzte und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zuständig ist, darf sie nicht gezwungen werden, parteilich zu denken und zu handeln. Der Passus zur Parität im Gesetzentwurf ist deshalb in Gänze abzulehnen. Fast schon anrührend finde ich die weitere Begründung, warum die Länder-KVen von der Paritätsverpflichtung auszunehmen seien. Es könnten nämlich, „Konflikte heraufbeschwört werden, die (noch) gar nicht bestehen“. Dies wiederum könne zu Problemen mit der Rechtsaufsicht führen. Diese Formulierung lässt aus meiner Sicht

nur zwei Schlüsse zu: Erstens, das Problem der Ungleichbehandlung wird auf Landesebene bzw. an der Basis gar nicht als solches gesehen. Vielmehr besteht die Befürchtung, es könnte erst dann zum Problem werden, wenn die Parität umgesetzt werde. Zweitens: Die Politik will sich keinen Ärger damit einhandeln.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir wollten heute unter Top 3 einen „Ausschuss zur Koordinierung der hausärztlichen und fachärztlichen Angelegenheiten“ wählen. Mit diesem Ausschuss wollten wir die Souveränität der VV erhalten, indem sie selbst bestimmt, wann eine Angelegenheit möglicherweise nur von haus- oder nur von fachärztlichen Vertretern entschieden werden soll. Die bisherige Verweigerungshaltung des Gesetzgebers, auf Verbesserungsvorschläge der Vertragsärzteschaft und der Länder einzugehen, veranlasst uns jedoch dazu, innezuhalten. Die anstehenden gesetzlichen Regelungen konterkarieren den Anspruch an eine handlungsfähige Selbstverwaltung.

Ich möchte es noch einmal betonen: Wir sind eine Körperschaft, deren Aufgabe die Interessenvertretung aller Ärzte und Psychotherapeuten ist. Eine Sektionierung nützt den Interessen unserer Mitglieder überhaupt nicht. Wer von Ihnen glaubt allen Ernstes, die Politik in Berlin – und die macht nun mal die Gesetze – würde sich beeindrucken lassen, wenn einzelne Fachgruppen aufbegehren? Womöglich noch, indem sie sich gegen Kollegen aus anderen Fachgruppen positionieren? Herr Gröhe hätte bestimmt nicht so vehement auf unsere Anzeigen reagiert, wenn diese statt mit „Ihre Haus- und Fachärzte“ mit „Ihre Allgemeinmediziner“ oder „Ihre Orthopäden“ unterschrieben wäre.

Ganz abgesehen davon sind wir als KBV nach wie vor der Auffassung, dass die Regelung im VSG auch verfassungsrechtlich gar nicht zulässig ist. Dies haben verschiedene Rechtsgutachten mittlerweile bestätigt. Ich will versuchen, die wesentlichen Aussagen zusammenzufassen. Die Juristen kommen zu dem Schluss, dass die Sektionierung der VVen sowie die Parität bei gemeinsamen Abstimmungen nicht mit dem Grundgesetz vereinbar sind. Demnach muss nämlich, um den gesetzlichen Sicherstellungs- und Gewährleistungsauftrag zu legitimieren, sichergestellt sein, dass alle Mitglieder in den demokratischen Willensbildungsprozess integriert werden. Eine Abstimmung je nach Betroffenheit durch Vertreter nur des haus- oder nur des fachärztlichen Versorgungsbereichs würde diesen

Legitimationszusammenhang kappen. Außerdem würde dies eine effektive Aufgabenwahrnehmung verhindern und zur Selbstblockade führen. Nämlich dann, wenn die hausärztliche und die fachärztliche Fraktion divergierende Entscheidungen treffen. Erlauben Sie mir ein Zitat aus einem der Gutachten: „Selbst wenn es möglich wäre, einzelne Fragestellungen der vertragsärztlichen Selbstverwaltung der ‚ausschließlich fachärztlichen Versorgung‘ oder der ‚ausschließlich hausärztlichen Versorgung‘ zuzuordnen, führt die beabsichtigte Binnenstrukturreform denklogisch dazu, dass dadurch versorgungsrelevante Einzelentscheidungen getroffen werden können, die unabgestimmt und sogar inkompatibel in Bezug auf den einheitlichen Versorgungsanspruch der GKV-Versicherten sind.“ Das Bundessozialgericht hat seinerzeit allen Vorständen, sowohl Ihnen als KV-Vorständen als auch uns als KBV-Vorstand, die Aufgabe zugewiesen, divergierende Positionen innerhalb der VVen auszugleichen und zu für die gesamte Ärzteschaft tragbaren Konzepten zu kommen. Diese Funktion wäre im Fall einer Sektionierung unmöglich auszufüllen. Eine Differenzierung innerhalb der VV verstoße des Weiteren gegen die Einheitlichkeit des Arztberufes im Sinne der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes. So weit die Ausführungen die Gutachter. Ich hoffe, dass diese verfassungsrechtliche Expertise auf den Gesetzgeber Eindruck macht.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wahrscheinlich gibt es den einen oder anderen unter Ihnen, der sich dieser juristischen und, wie ich finde, schlüssigen Auslegung trotzdem nicht anschließen mag. Aber das ist meines Erachtens gar nicht das aktuell relevante Spielfeld. Keiner von Ihnen wird bestreiten: Das VSG stellt in seinen Auswirkungen eine Bedrohung für alle freiberuflich tätigen Ärzte und Psychotherapeuten dar und insbesondere der in eigener Praxis Tätigen.

Ich bin überzeugt: Unser Problem als Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist nicht die Parität. Unser Problem heißt auch nicht „Kollektivvertrag versus Selektivvertrag“. Unser größtes Problem ist eine Politik, die ein anderes System der Versorgung in Deutschland etablieren will! Nämlich eines, in dem der Patient nicht mehr in der eigenständigen Praxis seines Vertrauens versorgt wird. Sondern in anonymen Großstrukturen von angestellten

Ärzten, die das machen – machen müssen – was die Krankenkassen am liebsten hätten, nämlich Patienten wie Stückgut „abarbeiten“.

Angestellte Kolleginnen und Kollegen in MVZ und dergleichen betreiben keine schlechtere Medizin als niedergelassene. Aber sie machen mitunter eine andere, weil sie es müssen aufgrund der zeitlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Einen konzerngesteuerten MVZ-Betreiber interessiert die Arzt-Patienten-Bindung bloß im pekuniären Sinn. Für ihn zählen am Ende des Tages nur die Bilanzen. Wollen wir ein Gesundheitssystem, das so funktioniert? Ein System, in dem Patienten irgendwohin geschleust und nach Listen abgearbeitet werden? Haben wir uns nicht alle für die Niederlassung entschieden, weil wir genau so nicht arbeiten wollten?

Wenn Herr Gröhe argumentiert, dass die jungen Ärzte in Zukunft alle angestellt arbeiten wollen und er insofern doch nur auf deren Bedürfnisse reagiere, dann sage ich: Dann kann sich Deutschland von der Versorgung, wie es sie heute kennt und schätzt, ein für allemal verabschieden! Das Rückgrat der wohnortnahen haus- und fachärztlichen Versorgung ist die inhabergeführte Einzel- oder Gemeinschaftspraxis. Die Kolleginnen und Kollegen in diesen Praxen arbeiten „für ihr Leben gern“. Sie sind sozusagen als „positiv Verrückte“ in einem Umfang für ihre Patienten da, wie es kein konzerneigenes MVZ jemals leisten kann oder will. Das honorieren unsere Patienten, wie Befragungen immer wieder zeigen, mit Vertrauenswerten, die keine andere Berufsgruppe erreicht. Ich bin sicher, dass auch die jungen Kollegen ihre Patienten mit der gleichen Hingabe und Professionalität behandeln wollen. Warum studiert man denn sonst Medizin? Doch nicht, weil man in einer Gesundheitsfabrik Patienten wie am Fließband abarbeiten will. Genau das ist es doch, was so viele junge Mediziner am Krankenhaus stört und was sie eben nicht möchten. Sie wollen eine persönliche Beziehung zu ihren Patienten aufbauen, um sie damit letztendlich auch besser behandeln zu können. Das würden sie nicht tun, wenn sie nicht mit Herzblut bei der Sache wären. Aber der Nachwuchs ist verunsichert ob der Rahmenbedingungen, in denen wir uns zunehmend wiederfinden. Der Gesetzgeber mit seinen Plänen tut hier ein Übriges. Wenn sich dann junge Kollegen nicht mehr niederlassen, heißt es, das habe man ja gewusst. Ich glaube, hier verwechselt Politik Ursache und Wirkung! Deshalb, liebe Kolleginnen und Kollegen, ist es so wichtig, dass alle Ärzte und Psychotherapeuten, denen etwas daran liegt, freiberuflich zu arbeiten im Sinne der ursprünglichen Bedeutung dieses Wortes, nämlich unabhängig und

eigenverantwortlich, dass wir alle gemeinsam uns gegen solche Pläne zur Wehr setzen! Alle sind gleichermaßen betroffen, Haus- und Fachärzte, Selektivvertragsteilnehmer und Verfechter des Kollektivvertrags. Alle, die in eigener Praxis arbeiten und dies auch in Zukunft tun wollen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das VSG ist nicht das einzige Gesetz der Großen Koalition, das unser entschlossenes und gemeinsames Handeln herausfordert. Am 4. Februar hat das Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz den Referentenentwurf für ein „Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen“ vorgelegt. Damit sollen Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen zu einem Straftatbestand nach dem Strafgesetzbuch werden. Dies gilt nicht nur für Ärzte, sondern für die Angehörigen sämtlicher Heilberufe, sowohl innerhalb als auch außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Das hatte die KBV gefordert, damit nicht nur Vertragsärzte belangt werden können, sondern alle, die sich der Vorteilsannahme oder -gewährung schuldig machen. Insofern begrüßen wir es ausdrücklich, dass der Tatbestand der Korruption im Gesundheitswesen nun auch mit strafrechtlichen Mitteln verfolgt werden kann. Nachgewiesene Bestechung und Bestechlichkeit können mit einer Geldstrafe oder einer Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren, in besonders schweren Fällen bis zu fünf Jahren geahndet werden. Die Regelung, dass ein Verfahren nur auf Antrag, z. B. einer Ärztekammer oder eines Berufsverbandes, eingeleitet wird, verhindert diffuse Verdächtigungen und pauschale Vorverurteilungen. Ross und Reiter können so künftig eindeutig ermittelt und zur Verantwortung gezogen werden, ohne einen ganzen Berufsstand unter Generalverdacht zu stellen.

Das Anti-Korruptions-Gesetz sieht auch eine Änderung des SGB V vor. KVen und KBV sollen sich regelmäßig über ihre Erkenntnisse austauschen, ob, wie und mit welchen Ergebnissen sie korruptem Verhalten ihrer Mitglieder nachgegangen sind. Die Ergebnisse sind dem BMG regelmäßig vorzulegen und zu veröffentlichen. Dies lehnen wir ab. Zum einen, weil der Erfahrungsaustausch innerhalb des KV-Systems auch auf diesem Gebiet längst stattfindet. Dazu bedarf es keiner gesetzlichen Regelung. Zum anderen, weil wir Missbrauchsbekämpfung vor allem auch präventiv verstehen. Dafür gibt es geeignetere Maßnahmen als das Führen „schwarzer Listen“ von Fällen, die bereits aktenkundig geworden sind.

Ein ganz wesentlicher Aspekt aber, der in diesem Gesetzentwurf eindeutig zu kurz kommt, ist die notwendige Abgrenzung von unerwünschten Formen der Zusammenarbeit zu solchen, die gewünscht und sogar förderungswürdig sind. Kooperation von Ärzten, Psychotherapeuten und anderen Heilberufen ist in der Regel sehr sinnvoll und wird in Zukunft immer wichtiger. Dazu gehören nicht nur Kooperationen in Bezug auf die Versorgung von Patienten, sondern beispielsweise auch das gemeinsame Erwirtschaften von Vergütung und folglich die Notwendigkeit, diese untereinander aufzuteilen. So etwas darf nicht automatisch einen Korruptionsverdacht auslösen. Das SGB V und nicht zuletzt das VSG benennt eine Vielzahl ärztlicher Kooperationsformen und sieht deren Förderung ausdrücklich vor. Dazu gehören Berufsausübungsgemeinschaften, Praxisnetze, Verträge zur integrierten Versorgung und andere Strukturverträge. Die ASV lebt geradezu von der sektorenübergreifenden Kooperation. Es wäre verheerend, wenn alle diese richtigen und wichtigen Formen der Zusammenarbeit torpediert würden, weil die Teilnehmer Sorge haben müssen, als potenzielle Straftäter angesehen zu werden!

Dies werden wir als KBV in unserer Stellungnahme zum Referentenentwurf klar adressieren. Wir fordern den Gesetzgeber auf, den vorliegenden Entwurf so zu präzisieren, dass er eine rechtssichere und belastbare Abgrenzung von erwünschten Kooperationen zu unerwünschten im Sinne korrupten Verhaltens ermöglicht.

Das Anti-Korruptions-Gesetz ist ein gutes Beispiel dafür, wie wichtig es ist, dass wir unsere Interessen gemeinsam vertreten. Die kollegiale Zusammenarbeit ist im Sinne der Patienten, und sie ist als solche zu fördern! Auf diese gemeinsamen Anliegen sollten wir uns konzentrieren.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

versorgungstechnisch im Sinne der Patienten wäre auch der Ausbau der Telemedizin. Schon im Jahr 2011 wurde der Bewertungsausschuss durch das Versorgungstrukturgesetz beauftragt zu überprüfen, ob es im EBM Leistungen gibt, die auch telemedizinisch erbracht werden können. Bis spätestens zum 31. März 2013 sollten entsprechende Beschlüsse getroffen werden. Im Juli 2013 konnten wir uns mit dem Spitzenverband der Krankenkassen auf eine Rahmenvereinbarung verständigen, die als Arbeitsgrundlage für konkrete Vereinbarungen dienen sollte. Die KBV hat daraufhin Leistungen im EBM identifiziert, die auch telemedizinisch zu erbringen sind.

Zwei davon haben wir im Juli 2013 in die Beratungen der AG EBM eingebracht. Seither hat es acht Verhandlungstermine gegeben, zuletzt im November 2014. Wobei man nicht wirklich von Verhandlungen sprechen kann, weil die Krankenkassen offensichtlich gar nicht ernsthaft verhandeln wollten. Die Beratungen zum elektronischen Arztbrief haben sie zweimal ausgesetzt mit dem Hinweis, das KV-SafeNet sei zu unsicher und man müsse auf die Telematik-Infrastruktur der gematik warten. Am 6. Januar 2015 hat die KBV einen Beschlussentwurf zur telematischen Herzschrittmacherkontrolle in den Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses eingebracht. Auch dort war es nicht möglich, eine vernünftige Gesprächsgrundlage mit den Kassen aufzubauen. Deshalb sind wir am 27. Januar schließlich mit demselben Beschluss direkt in den Erweiterten Bewertungsausschuss (EBA) gegangen. Der Schlichter, Herr Prof. Wasem, plant nun eine Expertenanhörung, um in der Sitzung des EBA am 23. Juni 2015 einen Schiedsspruch zu fällen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir wären schon viel weiter in diesem Bereich, wenn der Spitzenverband der Krankenkassen hier nicht auf totale Blockade setzen würde. Die Kassen versuchen, die Telemedizin aus Furcht vor möglichen Kosten mit allen Mitteln zu verhindern – und dies auch noch mit fadenscheinigen Begründungen. Den elektronischen Arztbrief schieben sie auf die lange Bank und wollen lieber auf die Telematik-Infrastruktur warten. Bei der Herzschrittmacherkontrolle behaupten sie allen Ernstes, dass sie für die Patienten keine Vorteile brächte! An dieser Stelle muss man dem Gesetzgeber fast dankbar sein, dass er diese Blockadehaltung der Kassen mit dem eHealth-Gesetz aufbrechen will.

Am 19. Januar hat das BMG den Referentenentwurf vorgelegt für das „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“, wie es offiziell heißt. Darin wird offensichtlich, dass die elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen zügig ausgebaut werden soll. Der Entwurf sieht vor, diverse Anwendungen, die im KV-System bereits genutzt werden, nun auch gesetzlich zu verankern und finanziell zu unterstützen. Dazu gehört beispielsweise der elektronische Arzt- bzw. Entlassbrief. Das Gesetz sieht vor, deren Nutzung finanziell zu fördern. Dies soll im Fall des eArztbriefes mittels eines extrabudgetären Zuschlags für die Jahre 2016 und 2017 geschehen. Allerdings soll die Vergütung pro

versendeten bzw. empfangenen Brief erfolgen. Dies würde jedoch voraussichtlich dazu führen, dass die Gelder sehr ungleichmäßig verteilt würden und hätte damit keinen positiven Effekt auf die gleichmäßige Etablierung der notwendigen Infrastruktur in der Fläche. Besser wäre, die Förderung nicht nutzerbezogen, sondern in Form einer allgemeinen Pauschale umsetzen, um die notwendige Infrastruktur zu unterhalten.

Positiv anzumerken ist auch, dass der Gesetzentwurf erstmals klar formuliert, dass vorhandene Strukturen an die Telematik-Infrastruktur angebunden werden sollen. Neben einzelnen positiven Anreizen sieht der Referentenentwurf aber auch diverse Sanktionsmaßnahmen vor. Diese sind aus unserer Sicht nicht nur in der Sache überzogen und rechtlich fragwürdig, sie treffen auch noch die Falschen. So sollen die Vertragsärzte mit einem pauschalen Abzug von einem Prozent ihres Honorars bestraft werden, wenn sie keinen regelmäßigen Online-Abgleich der Versichertenstammdaten vornehmen. Das ist völlig unverhältnismäßig und überdies kontraproduktiv, was die Bereitschaft der Ärzte zum sogenannten Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) angeht. Durch diese Strafmaßnahme würde faktisch das Honorar für bereits erfolgte Behandlungen von Patienten im Nachhinein gekürzt. Und das auch noch für eine Sache, die eigentlich ohnehin Aufgabe der Krankenkassen und nicht der Praxen ist! Hier würden die Falschen bestraft. Das Gleiche gilt für die angedrohte Kürzung des Haushalts der KBV für den Fall, dass die gematik die Einführung des VSDM nicht bis zum 30. Juni 2016 sicherstellt. Eine solche Haushaltssperre ist nach unserer Auffassung rechtlich gar nicht zulässig. Über den Haushalt der KBV bestimmen Sie als VV, nicht das BMG. Und anders als etwa beim Spitzenverband der Krankenkassen fließen auch keine staatlich reglementierten Gelder aus dem Gesundheitsfonds in diesen Haushalt. Ganz abgesehen davon kann die KBV, die einen Stimmenanteil von gerade einmal 15 Prozent in der Gesellschafterversammlung der gematik hat, nicht für deren Versäumnisse haftbar gemacht werden. Dies ist ein klassischer Fall von „den Esel meinen, aber den Sack schlagen“. Das Ministerium hat mit seiner Möglichkeit, Fristen für Entscheidungen zu setzen und bei Nichteinhaltung eine Rechtsverordnung zu treffen, schon jetzt ausreichende Mittel, um Beschlüsse herbeizuführen. Deshalb widerspricht die Haushaltssperre dem Gebot der Verhältnismäßigkeit. Wir sind bereit, dies gegebenenfalls auch gerichtlich klären zu lassen. Vielleicht wird dies aber auch gar nicht notwendig werden, denn Krankenhäuser und Apotheken würden die Aufgabe des Online-Datenabgleichs sogar gerne freiwillig übernehmen. Es wäre also gar nicht

nötig, die Praxen zwangszuverpflichten. Hier könnte der Gesetzgeber mit Leichtigkeit einen sektorenübergreifenden Ausgleich schaffen.

Weit über das Ziel hinaus schießt der Passus im eHealth-Gesetz wonach die Arzneimitteldaten in den Praxisverwaltungssystemen alle 14 Tage erneuert werden sollen. Dies geschieht heute einmal im Quartal, wenn die Software generell aktualisiert wird. Das passiert in der Regel mittels Versand und Einspielen einer DVD. Wenn dies nun alle zwei Wochen zu geschehen hätte, so würde das zu einem zusätzlichen jährlichen Bedarf von ca. ein bis zwei Millionen DVDs führen! Wenn Sie die alle nebeneinanderlegten, könnten sie damit eine Linie von Stuttgart nach München pflastern – pro Jahr, wohlgemerkt. Zusätzlich zu dieser Materialverschwendung entsteht durch das ständige Einspielen, Überwachen und Prüfen auch noch ein deutlich höherer personeller und zeitlicher Aufwand in den Praxen. Um ein häufigeres Update zu vertretbaren Bedingungen sicherzustellen, bräuchten wir stattdessen eine durchgehend sichere Online-Verbindung, über die die Praxen die Aktualisierung der Software automatisiert vornehmen könnten. Die strukturellen Voraussetzungen werden jedoch erst im Rahmen des Aufbaus der Telematik-Infrastruktur geschaffen. Deshalb muss der Gesetzgeber hier eine entsprechend lange Übergangsfrist einräumen. Sollte er in der Zwischenzeit auf der händischen 14-tägigen Aktualisierung bestehen, muss diese entsprechend gegenfinanziert werden.

Unabhängig davon bedarf es für die Zukunft endlich der gesetzlichen Vorgabe offener Schnittstellen für Arzneimitteldatenbanken, so dass Praxen die Möglichkeit haben, ihre Verordnungssoftware zu wechseln, wenn der Anbieter nicht in der Lage ist, eine Online-Aktualisierung über eine sichere Infrastruktur zu vernünftigen Preisen anzubieten.

Unser Fazit lautet: Mit dem Referentenentwurf für das eHealth-Gesetz folgt das Ministerium dem Grundsatz von Zuckerbrot und Peitsche. Eine wesentlich erfolversprechendere Taktik im Sinne der Akzeptanz für das ohnehin schon sehr umstrittene Thema wäre aus unserer Sicht jedoch das Motto „fördern statt strafen“. Dies haben wir nicht nur in unserer schriftlichen Stellungnahme, sondern auch in der Anhörung vor zwei Tagen noch einmal deutlich gemacht.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Freiheit heilt am besten.“ Das ist ein weiterer aktueller Slogan aus unserer gemeinsamen Kampagne für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. Dem ist eigentlich nichts hinzuzufügen. Die Diskussion um das VSG wird leider oft verkürzt auf Praxisaufkäufe und Terminservicestellen. Das sind natürlich wichtige und griffige Themen. Sie sind aus meiner Sicht aber nicht der Kern des Problems. Der Kern des Problems ist, das mit diesem Gesetz die ambulante wohnortnahe Versorgung in Deutschland, wie wir sie heute kennen, zur Disposition steht. Das können wir nicht wollen, das können die Patienten nicht wollen und das kann eigentlich – und sei es nur, weil Patienten Wähler sind – auch die Politik nicht wollen.

Ich habe Herrn Minister Gröhe mittlerweile einige Male getroffen. Ich glaube sagen zu können, dass er diese Stärke des deutschen Gesundheitssystems schätzt – der Koalitionsvertrag, den er abarbeitet, tut dies jedoch nicht. Deshalb fordern wir Minister Gröhe auf, unsere Kritik am Versorgungsstärkungsgesetz ernst zu nehmen und es so zu verändern, dass es seinen Namen verdient.

Vielen Dank.