



Beschluss des MIT-Bundesvorstands

Antragsteller: Kommission Gesundheitspolitik

Vorstand: Dr. Rolf Koschorrek MdB und Hans-Peter Küchenmeister

Änderungen bzw. Zusätze zum Referentenentwurf Versorgungsstrukturgesetz (VStG) vom 03.08.2011

Freie Arztwahl

§ 76 SGB-V lautet:

(1) Die Versicherten können unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten, den medizinischen Versorgungszentren, den ermächtigten Ärzten, den ermächtigten oder nach § 116b an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Einrichtungen, den Zahnkliniken der Krankenkassen, den Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach § 140 Abs. 2 Satz 2, den nach § 72a Abs. 3 vertraglich zur ärztlichen Behandlung verpflichteten Ärzten und Zahnärzten, den zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäusern sowie den Einrichtungen nach § 75 Abs. 9 frei wählen. Andere Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. Die Inanspruchnahme der Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach § 140 Abs. 1 und 2 Satz 1 richtet sich nach den hierüber abgeschlossenen Verträgen. Die Zahl der Eigeneinrichtungen darf auf Grund vertraglicher Vereinbarung vermehrt werden, wenn die Voraussetzungen des § 140 Abs. 2 Satz 1 erfüllt sind.

Zu einer wirklich freien Arztwahl gehört auch die Entscheidungsfreiheit des Patienten zu einer Behandlungswahl bei nicht zugelassenen Gesundheitsberufen. Und das nicht nur in Notfällen. Der Patient muss dann die über die GKV-Leistungen hinausgehenden Mehrkosten tragen.

Verbesserung im SGB-V:

Streichen von Satz 2: Andere Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden.

(2) Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächsterreichbaren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen oder medizinische Versorgungszentren in Anspruch genommen, hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen.

Verbesserung im SGB-V:

Änderung in :

(2) Wird ein anderer als einer der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen oder medizinische Versorgungszentren in Anspruch genommen, hat der Versicherte die Kostenerstattung gemäß § 13 zu wählen.

§ 95b SGB-V lautet:

(1) Mit den Pflichten eines Vertragsarztes ist es nicht vereinbar, in einem mit anderen Ärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf die Zulassung als Vertragsarzt zu verzichten.

(2) Verzichteten Vertragsärzte in einem mit anderen Vertragsärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf ihre Zulassung als Vertragsarzt und kommt es aus diesem Grund zur Feststellung der Aufsichtsbehörde nach § 72a Abs. 1, kann eine erneute Zulassung frühestens nach Ablauf von sechs Jahren nach Abgabe der Verzichtserklärung erteilt werden.

(3) Nimmt ein Versicherter einen Arzt oder Zahnarzt in Anspruch, der auf seine Zulassung nach Absatz 1 verzichtet hat, zahlt die Krankenkasse die Vergütung mit befreiender Wirkung an den Arzt oder Zahnarzt. Der Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse ist auf das 1,0fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte beschränkt. Ein Vergütungsanspruch des Arztes oder Zahnarztes gegen den Versicherten besteht nicht. Abweichende Vereinbarungen sind nichtig.

Dieser Paragraph ist als unmäßiges Sanktionsmittel in das SGB-V eingeführt worden. Für eine anzustrebende freiheitliche Versorgungsform ist er absolut kontraproduktiv.

Verbesserung im SGB-V:
Gesamten § 95 b zu streichen.

Zusammenarbeit

§ 128 Abs. 2 soll nach VStG lauten:

(2) Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren.

Unzulässig ist ferner die Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, durch Leistungserbringer.

Unzulässige Zuwendungen im Sinne des Satzes 1 sind auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen können.

Der Änderungsvorschlag nimmt in der Formulierung sinnvollen und gesundheitspolitisch gewollten ärztlichen Kooperationen, Ärztenetzen und Verbänden die Grundlage ihres Geschäftsmodells und lässt die Kriminalisierung der Beteiligten zu. Insbesondere besteht diese Gefahr, weil der Passus im VSG-Entwurf gestrichen wurde, der Netzen und ärztlichen Verbänden einen eigenen Status als Leistungserbringer einräumen sollte.

Durch optimierte, organisierte Zusammenarbeit, Anschub innovativer Therapien durch materielle Ressourcen und synergistischer Fortbildung werden ohne Belastung der Versichertengemeinschaft Wirtschaftlichkeitsreserven gehoben.

Vorschlag:

Streichen des gesamten Satz 3

Alternativ:

Streichen des Halbsatzes: „sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen können.“

(5) Absatz 4 Satz 3 gilt entsprechend, wenn Krankenkassen Auffälligkeiten bei der Ausführung von Verordnungen von Vertragsärzten bekannt werden, die auf eine mögliche Zuweisung von

Versicherten an bestimmte Leistungserbringer oder eine sonstige Form unzulässiger Zusammenarbeit hindeuten.

In diesen Fällen ist auch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu informieren. Gleiches gilt, wenn Krankenkassen Hinweise auf die Forderung oder Annahme unzulässiger Zuwendungen oder auf eine unzulässige Beeinflussung von Versicherten nach Absatz 5a vorliegen.

(5a) Vertragsärzte, die unzulässige Zuwendungen fordern oder annehmen oder Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung an Stelle der ihnen zustehenden Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflussen, verstoßen gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten.

(5b) Die Absätze 2, 3, 5 und 5a gelten für die Versorgung mit Heilmitteln entsprechend.

Eine Zuweisung von Patienten an Partner innerhalb der GKV- Versorgung muss eine Angelegenheit der Therapiefreiheit bleiben und soll sich nach den qualitativ gebotenen Gegebenheiten richten. Das kann auch eine Häufung an einen bestimmten Leistungserbringer bedeuten, wenn z.B. die Qualität überzeugt.

Deshalb ist der gesamte Absatz 5 obsolet und kann in der bisherigen Fassung gestrichen werden und bedarf keiner weiteren Zusätze.

Alternativ:

Die Formulierung „beeinflussen“ kann zu immensen Fehlinterpretationen führen, denn durch vielfältige Rechtsprechung ist ein Heilberuf gehalten, die Patienten über alle möglichen Behandlungsmaßnahmen aufzuklären, damit der Patient eine Wahlmöglichkeit hat!

Vorschlag:

(5a) ...oder Versicherten die ihnen zustehenden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch Beratung zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung vorenthalten, ...