



Hartmannbund-Hauptversammlung 2018

Antrag Nr. 1

TSVG stellt eine erhebliche Einschränkung ärztlicher Selbstbestimmung in wirtschaftlicher Selbständigkeit und freiberuflicher Berufsausübung dar

Der Hartmannbund bekennt sich ausdrücklich zur ärztlichen Selbstverwaltung als konstitutivem Element des deutschen Gesundheitssystems und wesentlicher, unverzichtbarer Voraussetzung für den Erhalt der ärztlichen Freiberuflichkeit. Es ist die freiberufliche Ausübung der ärztlichen Tätigkeit und das ihr zu Grunde liegende auf persönlicher Beziehung basierende individuelle Patienten-Arzt-Verhältnis, die das deutsche Gesundheitswesen seit über 100 Jahren prägt und bis heute wesentlich zu seiner Leistungsfähigkeit beigetragen hat. Dabei berührt der Aspekt der so verstandenen Freiberuflichkeit nicht nur die freiheitliche Berufsausübung des Arztes im engeren medizinischen Sinne, sondern auch allgemeine gesellschaftliche Aspekte im Hinblick auf den Wert und die Bedeutung freier Lebensverhältnisse an sich.

Welche Bedeutung die freien Berufe, auch in ihrer Funktion als Geheimnisträger, bei der Aufrechterhaltung freiheitlicher, pluralistischer Lebens- und Gesellschaftsverhältnisse haben, dafür legen die Zeiten totalitärer politischer Verhältnisse der jüngeren deutschen Geschichte, mit der Überwachung der Privatsphäre und Verfolgung unterschiedlicher gesellschaftlicher Gruppen, Glaubensgemeinschaften und Andersdenkender, ein beredtes Zeugnis ab. Aus diesem Grund hält der Hartmannbund alle unangemessenen und übertriebenen gesetzgeberischen Eingriffe in die Selbstverwaltung der freien Berufe für eine Einschränkung des Prinzips der Freiberuflichkeit und damit auch der Freiheit an sich.

Die grundsätzlichen Aufgaben des Staates, neben der Gewährleistung allgemeiner Rechtssicherheit auch das verlässliche Funktionieren sozialer Sicherungssysteme sowie eine für alle Bürger gleichmäßig erhältliche Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, sollten sich auf ein konsequent dem Prinzip der Subsidiarität folgendes System von Rahmengesetzgebung beschränken. Dieses Prinzip des subsidiären Umgangs mit der Selbstverwaltung ist im Bereich des Gesundheitswesens seit Anfang der 90er Jahre zunehmend verlassen worden.

Vor dem Hintergrund der Lohnanbindung der Beiträge der gesetzlichen Krankenkassen und der paritätischen Finanzierung versuchte der Gesetzgeber, angesichts des globalen Wettbewerbs durch zunehmende Eingriffe in das Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen, die Dynamik der Entwicklung der Lohnnebenkosten zu begrenzen. Die unterschiedlichen Maßnahmen waren im Hinblick auf ihre grundsätzlichen Tendenzen in sich widersprüchlich und führten, wie in über- und fehlregulierten Systemen üblich, zu einer Vielzahl von unerwünschten reaktiven Entwicklungen.

So war die 1993 eingeführte sogenannte Bedarfsplanung und die damit verbundene Einschränkung der Niederlassungsfreiheit im Grundsatz ein wettbewerbsverhinderndes Element. In der Folge ließen sich kurz vor Inkrafttreten des Gesetzes zahlreiche Ärztinnen und Ärzte nieder, die bis dahin gar nicht unbedingt gewillt waren, eine vertragsärztliche Tätigkeit aufzunehmen, aber, sozusagen um alle Chancen zu wahren, dies nun dennoch taten (der sogenannte Seehofer-Bauch). Die zu diesem Zeitpunkt dann bestehenden Zahlenverhältnisse der vertragsärztlichen Versorgung wurden normativ, allerdings völlig ohne jede Evidenz, als gegebener Bedarf festgestellt. Auf dieser Basis wurde seitdem die Bedarfsplanung fortentwickelt. Die relative Überversorgung in städtischen Regionen sowie die zum Teil nur schwer nachzuvollziehenden Verkaufspreise für fachärztliche Praxen bestimmter Fachrichtungen in Ballungsräumen mit Niederlassungsbeschränkung sind die unmittelbare Folge dieses Bewirtschaftungssystems.

Zeitgleich wurde die Wahlfreiheit zwischen den gesetzlichen Krankenkassen für die gesetzlich Pflichtversicherten mit dem Hinweis auf den zu entfaltenden Wettbewerb eingeführt. Als Reaktion darauf gründeten sich zahlreiche neue Krankenkassen, die im Wesentlichen um die jungen, gesunden, beitragsstarken Versicherten mit günstigen Beiträgen konkurrierten. Die Folge war eine wirksame Entsolidarisierung zu Lasten der alten großen gesetzlichen Krankenkassen, die durchschnittlich deutlich mehr niedrige Beiträge zahlende Rentner mit teuren gesundheitlichen Risiken versorgen mussten. Darauf reagierte der Gesetzgeber wiederum mit der Einführung des sogenannten Risikostrukturausgleichs. Zunächst im Wesentlichen durch die DMPs gesteuert, findet er seit Jahren auf der Basis der Morbidität statt. Und versuchten die Krankenkassen in der ersten Zeit daher so viele Versicherte wie möglich in die Behandlungsprogramme einzuschreiben, so bemühen sie sich in den letzten Jahren, die sogenannte Kodierqualität bei ihren Versicherten zu beeinflussen.

Die Liste der regulierenden Eingriffe des Gesetzgebers über das SGB V ließe sich noch mit zahlreichen Detailbeispielen erheblich verlängern. Das TSVG schließt mit seinen sehr kleinteiligen Regelungen nahtlos an diese Tradition an. Die minutiöse Beschreibung der Ausgestaltung der Terminservicestellen und die im Gesetz fixierte Mindestsprechstunden-Zeit stellen zwei sehr offensichtliche Beispiele solcher Maßnahmen dar. Die Terminservicestellen sollen eine kurzfristige Terminvergabe für GKV-Patienten sicherstellen. Dies kann in der im Gesetz angelegten Form nur unter struktureller Zurückstellung einer persönlichen Arzt-Patienten-Beziehung erfolgen. Die im TSVG nun neuerdings gesetzlich festgelegte Mindestsprechstundenzeit stellt für den durchschnittlich arbeitenden Vertragsarzt selbstverständlich überhaupt kein Problem dar. Nach Auskunft des Gesetzgebers soll diese Regelung nur dazu dienen, die Vertragsärzte, die Ärztinnen und Ärzte, die nur der Mindestsprechstundenzeit zur Versorgung von GKV-Patienten genügen, um dann prioritär PKV-Patienten zu behandeln, zu längerer Öffnungszeit für GKV-Patienten zu verpflichten. Abgesehen von der Tatsache, dass diese Maßnahme in der öffentlichen Diskussion der nicht vorgebildeten Öffentlichkeit den Eindruck erweckt, Ärzte müssten in der Gesamtheit zu mehr Arbeit verpflichtet werden, berücksichtigt sie z.B. nicht die Kolleginnen und Kollegen, die lange das Ruhestandsalter erreicht haben und dennoch noch in eingeschränkter Form an der Versorgung teilnehmen möchten. Auch nicht die Kolleginnen, die z.B. während der Zeit der Kindererziehung zwar an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen wollen, dies aber nur in eingeschränktem, selbst bestimmtem Umfang tun können und wollen. Ein weiteres Beispiel dafür, dass der Gesetzgeber auch bei gutwilliger Absicht die Vielfalt der Verhältnisse niemals angemessen erfassen und in die Gesetzgebung umsetzen wird.

Ein letztes Beispiel kleinteiliger – aber nicht erschöpfender bzw. kaum noch zu administrierender – Regelungen des TSVG ist die Organisation der Vergütung zusätzlicher Sprechstundenzeiten zur Verbesserung der Terminvergabe an GKV-Patienten: die Definition sogenannter neuer Patienten, die Diskrimination von Patienten in der Regelsprech- bzw. offener Sprechstunde birgt einen Komplexheitsgrad, dessen Administrierungskosten den Honorarzuwachs wahrscheinlich in großen Teilen verzehrt. Die Spitze stellt die Verpflichtung der KVen zur Überwachung der Einhaltung der Mindestsprechstundenzeiten auf der Basis von Leistungsdaten dar. Abgesehen davon, dass dies geradezu an Überwachungsmethoden aus totalitären Systemen erinnert, geht man offensichtlich davon aus, dass ein Arzt in einem bestimmten zeitlichen Rahmen eine bestimmte Anzahl von Patienten zu behandeln, bzw. eine bestimmte Anzahl an medizinischen Leistungen zu erbringen hat. Dies offenbart Normen-Vorstellungen, die der Individualität des ärztlichen Umgangs mit dem einzelnen Patienten entgegenstehen.

Der Gedanke, dass die offensichtlich unter Termingesichtspunkten nicht zu beanstandende Versorgung der PKV-Patienten nicht nur eine Folge einer angemesseneren Honorarsituation innerhalb der GOÄ, sondern im Wesentlichen ein Ergebnis einer nicht leistungsgerechten Honorierung im GKV-Bereich ist, wird überhaupt nicht zugelassen. Auf der Basis einer solchen ideologiestützten Debatte wird privatwirtschaftliches, mittelständisches Handeln selbständiger, freiberuflicher Ärztinnen und Ärzte nicht wirklich gefördert.

Der Hartmannbund fordert deshalb den Bundesgesundheitsminister auf, eine Deregulierungsinitiative im Gesundheitswesen unter Führung des BMG unter Einbezug der ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften (BÄK, KBV), sowie großer fach- und sektorenübergreifender freier ärztlicher Verbände einzurichten. Dabei sollten mittelfristige Maßnahmen entwickelt werden, die die wirtschaftliche Selbständigkeit und ein am Gemeinwohl orientiertes ärztliches Unternehmertum fördern. Das betrifft organisatorische sowie honorartechnische Aspekte in ihren grundsätzlichen Bedingungen.

Berlin, 17. November 2018