

Resolution der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Keine Einführung einer privilegierten „spezialärztlichen Versorgungsebene“. Sicherung einer positiven Perspektive für die gesamte ambulante Medizin! Die Einführung der neuen Versorgungsebene für „spezialärztliche Versorgung“ in der Form der derzeit vorliegenden Gesetzesvorlage für das GKV-Versorgungsgesetz wird von der Vertreterversammlung der KV Hamburg abgelehnt.

► *Wir fordern das Bundesministerium für Gesundheit, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Gesundheitssenatorin in Hamburg auf, sich im Gesetzgebungsverfahren für elementare Änderungen einzusetzen.*

Begründung:

1. Die entscheidenden Probleme der medizinischen Versorgung in Deutschland liegen im Bereich einer künftig bei Ärztemangel nicht mehr zu realisierenden wohnortnahen Versorgung durch Haus- und Fachärzte. Diese muss finanziell gestärkt werden. Die hochqualifizierten Facharztleistungen in Hamburg sind alle im ambulanten Bereich niedergelassener Ärzte vorhanden und werden dort erbracht mit der Folge von Kosteneinsparungen der Kassen für stationäre Leistungen.
2. Der Investitionsabschlag für Kliniken von 5 % für die geplanten Leistungen ist weder geeignet den real erhöhten Investitionskosten bei freiberuflichen Praxisärzten zu entsprechen, noch wirklich „gleich lange Spieße“ zu realisieren. Im Gegenteil. Die Krankenkassen werden versuchen, sich die Leistungen so billig einzukaufen wie möglich. Hier resultiert entsprechend ein neuer Wettbewerbsnachteil zu Lasten der niedergelassenen Fachärzte die alle Investitionen selbst persönlich verantworten müssen und nicht von Steuersubventionen profitieren.
3. Die nähere Gestaltung der Spezialärztlichen Versorgungsebene ausschließlich durch den G-BA, in dem die Vertreter der KBV mit 2 von 10 Stimmen unterrepräsentiert und die BÄK gar nicht vertreten ist, ist ab zu lehnen. Unbedingt zu fordern ist ein gesetzlich fixierter Überweisungsvorbehalt bei Zugang zur spezialärztlichen Ebene durch einen unabhängigen Haus- oder Facharzt. Ebenfalls muss in jedem Falle der Leistungsbereich eingegrenzt werden auf seltene Erkrankungen, die mit dem jetzigen System nicht ausreichend therapierbar sind und auf alle Erkrankungen mit schon gesicherter DIAGNOSE. Die kritiklose Beinhaltung der gesamten Diagnostik des im Referentenentwurf genannten umfassenden (z.B. gesamte Onkologie!) Krankheitsspektrums würde zu einer Kostenexplosion führen.
4. Die Finanzierung der geplanten „Versorgungsebene“ durch einen um weitere 3 Kassen- und 3 DKG- Vertreter ergänzten Bewertungsausschuss in Berlin ist ebenfalls dazu geeignet, die Vertragsärzteschaft gegenüber Kassen- und Klinikvertretern übermäßig zu benachteiligen. Insgesamt ist die Schwächung der bisherigen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen dazu geeignet, die Versorgung weiter zu gefährden, statt, wie angestrebt, zu verbessern.
5. Von Haus- und Fachärzten erbrachte Leistungen nach § 115 SGBV, welche den Kliniken für prä- und poststationäre Leistungen nach DRG vergütet werden, sind künftig den Haus und Fachärzten leistungsgerecht zu erstatten.
6. Die Organisation und Honorarabwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung über die KV abzuwickeln. Ein weiteres Genehmigungserfordernis über die Landesbehörde erhöht den Verwaltungsaufwand unnötig, denn die KV besitzt alle nötigen Informationen. Zudem stehen rund 1100 Ärztinnen und Ärzte im KV-Bereich aktuell 46 Genehmigungen von Krankenhäusern gegenüber, so dass eine Abwicklung über die KV sachgerecht ist.

Resolution der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

► *Wir fordern, dass mit dem neuen Versorgungsgesetz die Versprechungen aus dem Koalitionsvertrag von 2009 eingehalten werden.*

Begründung:

Dort wurde zur Sicherung der medizinischen Versorgung in unserem Land Folgendes angekündigt: "Die Ärztinnen und Ärzte brauchen einen gesicherten Rahmen für ihre Arbeit. Eine Grundvoraussetzung ist ein einfaches, verständliches Vergütungssystem, das die Leistungen adäquat abbildet. Dabei werden regionale Besonderheiten Berücksichtigung finden. Nach kritischer Überprüfung wird die Honorarreform unter dieser Zielsetzung zusammen mit den Beteiligten den erforderlichen Kurskorrekturen unterzogen. Wir wollen die Transparenz für Ärztinnen und Ärzte sowie für Versicherte erhöhen. Deshalb wollen wir die Möglichkeiten der Kostenerstattung ausweiten. Es dürfen dem Versicherten durch die Wahl der Kostenerstattung keine zusätzlichen Kosten entstehen."
(Koalitionsvertrag CDU- FDP, September 2009.)

Die Sicherung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung auf hohem Niveau in unserem Land kann nur gewährleistet werden, wenn eine innovative Gebührenordnung für die GKV-Versicherten eingeführt wird, die für die persönlich erbrachten ärztlichen Leistungen eine leistungsgerechte Vergütung mit einem betriebswirtschaftlich kalkulierten Punktwerten von 6 Cent vorsieht unter der transparenten Kontrolle von Zeitfaktoren und der Transparenz für Patienten.

So würden sich auch die Probleme der gleichmäßigen regionalen Verteilung von Ärzten durch eine positive Perspektive für den ärztlichen Nachwuchs im eigenen Land lösen lassen. Auch im Stadtstaat Hamburg ist zur Sicherung einer gleichmäßig guten Versorgung die Verwirklichung dieser Perspektive absolute Voraussetzung.

Hamburg, den 16.Juni 2011